LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT UNIÈME ANNÉE

1928

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1928 1606

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

Au seuil de la nouvelle année qui va être pour notre journal le commencement d'un second siècle d'existence, nous adressons à nos lecteurs nos vœux les meilleurs. A ces vœux nous devons ajouter l'expression de notre gratitude pour la cordialité avec laquelle un très grand nombre d'entre eux ont bien voulu nous adresser leurs félicitations pour le Centenaire de la Gazette des hôpitaux.

Nous avons aussi été particulièrement touchés par la façon si amicale avec laquelle de nombreux confrères de la presse médicale française et étrangère, de la presse politique de Paris et des départements ont tenu à saluer ce Centenaire.

Dans l'impossibilité où nous sommes de les remercier tous, nous les prions de trouver ici l'expression de nos remerciements les plus vifs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. (Troupes coloniales.) — *Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires de 1re classe, affectés au corps de santé des troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1927 et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille.* — Promotion 1923 : MM. les docteurs Aubin, Carrière, Gerbinis, Grall, Favier, Pinçon, Garcin, Andrieu, Vaisseau, Fournier, Dejou, Varrin, Blaise, Jan Kerguistel, Renucci, Marty, Ravel, Kerforne, Robin, Paule, Loustalot, Woelffel, Thomas-Duris, Foubert, Iliou, Riou, Nodenot, Benedetti, Bonnaud, Tissègre, Jospin, Galy, Giraud, Fitoussi, Péleran.

MARINE. — *Liste des élèves du Service de santé reçus docteurs en médecine et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon.* — Promotion 1923 : MM. les docteurs André, Siméon, Audoye, Larc'haut, Pennaneac'h, Martin, Lasmoles, Simon, Barbaroux, Dupuy, Dessausse, Cotty, Labernède.

LA DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS. — En mai 1928 une grande conférence internationale de langue française de défense sociale contre la syphilis aura lieu à Nancy sous les auspices de la Ligue nationale contre le péril vénérien.

A cette occasion, une très intéressante exposition sera faite comportant une partie historique concernant les maladies vénériennes, une partie sociale et une partie relative à la pharmacopée.

Les organisateurs de l'Exposition seraient très reconnaissants aux personnes détenant des documents anciens de les faire connaître et de leur donner la possibilité d'exposer soit des originaux, soit des reproductions.

Prière d'adresser toute correspondance relative à ce sujet à M. Lucien Viborel, secrétaire général de la Commission de propagande, Office national d'hygiène sociale, 26, boulevard de Vaugirard, Paris (XVe).

« MÉDECINS PARISIENS DE PARIS ». — L'Assemblée générale annuelle des « Médecins parisiens de Paris » s'est tenue le 12 décembre 1927 dans les salons du « Foyer médical ». Etaient présents à ce dîner : MM. les docteurs Baillière, Barry, professeur Léon Bernard, Bernard (de Néris), Bloch (A.), Bloch (J.-C.), Blondin (Paul), Bongrand (Jules), Bouteron, Bourguignon, Blondel, Cachera, Capette, Chenet, Constensoux, Doin, Dalle, Dartigues, David, Duclaux, Dufour, Eloy, Fatout, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Guillemin, Guébel, Labey, Laurent-Gérard, Lebègue, Lenormand, Leprince, Leroux, Le Savoureux, Mlle Lévy, MM. Lobligeois, Loubier, Merville, Mlle Mircouche, MM. Mounier, Minet, Pignot, Piot, Pitsch, Prost (Pierre), prof. Ch. Richet, Rollot, Rouhier, Schaeffer, Sée, Tarrius, Tixier, Trèves, Toupet, Vitry, et MM. Benaerts, Boutet, Kauffmann, Mlle Berger, internes et externes des hôpitaux.

S'étaient fait excuser : MM. Blondin (fils), Collin, Devraigne, Giraud, Greder, Mlle Hébert, MM. Laënnec, Lereboullet, Lotte, Luys, Marceron, Mauban, Monscourt, Perreau, Quiserne, Richet (fils), Rouget, Schreibert, Suzor, Viguerie, Watelet.

Le nombre toujours croissant des convives à chacun des dîners de cette Amicale s'explique par l'extension constante et la prospérité de cette Société. Nul doute que la grande fête annuelle qui aura lieu en février ne soit aussi brillante que les fêtes des années précédentes.

Le bureau suivant a été élu pour 1928 : Président d'honneur : M. le professeur Charles Richet; président : MM. les docteurs Henri Duclaux; vice-présidents : Vitry et Dufour; trésorier : Jules Bongrand.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général : M. le docteur P. Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (8e).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Huet (de Liége); José Moreno, professeur de thérapeutique à la Faculté de Buenos-Aires; Louis Schmjder (de Berne); A. Voyer (de Machecoul); Charles Moy (de Lannion).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE. (Professeur : M. CUNÉO.) — *Cours de chirurgie intestinale et gastrique.* — Sous la direction du professeur Cunéo, un cours de chirurgie gastrique et intestinale sera fait au laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire de la Faculté de médecine de Paris, par MM. les docteurs J.-Ch. Bloch et J. Sénèque, anciens prosecteurs de la Faculté.

Ce cours comprendra seize leçons, soit huit répétitions cadavériques et huit opérations sur le chien vivant. Ces dernières seront pratiquées dans une salle d'opération dans les conditions d'une opération normale.

Ce cours commencera vers le 15 janvier 1928. Il sera terminé avant le 10 février. Un avis ultérieur fixera la date exacte du début.

Le nombre des élèves est limité à 12. Les droits à verser seront de 4.000 fr. pour l'ensemble du cours par élève.

S'inscrire au laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, le plus tôt possible.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ. (Service du professeur VAQUEZ). — *Maladies du cœur.* — Un cours d'enseignement et de perfectionnement commencera le lundi 9 janvier 1928, à 10 h.

Il comporte deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

L'inscription a lieu au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. (guichet nº 4).

Le droit d'inscription est de 250 fr. pour une série de vingt leçons, soit de sémiologie pratique, soit de radiologie et électrocardiographie ou de 500 fr. pour les deux séries. — Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du cours.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY). — Cours de perfectionnement d'anatomie pathologique pratique du jeudi 12 janvier 1928 à 14 heures. Cours réservé aux étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté. Il correspond au programme de 3e année. Il comportera 19 séances :

Sept séances de technique des autopsies (les lundis, mercredis et vendredis à 11 heures) à l'hospice Paul Brousse, 14, avenue des Ecoles à Villejuif, sous la direction de M. Roger Leroux, agrégé, chef des travaux.

Douze séances de démonstrations pratiques de laboratoire, par M. Huguenin, préparateur, tous les jours, sauf le samedi, jusqu'au 27 janvier 1928 inclus au laboratoire d'anatomie pathologique à 14 heures.

Programme de 3e année : anatomie pathologique générale et spéciale.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — GYNÉCOLOGIE. — 1º *Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, fera ce cours à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 16 au 28 janvier 1928.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mickulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

2º *Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Champy, professeur agrégé, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 16 au 28 janvier 1928.

Ce cours, fait en liaison avec le précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide de l'important matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 9 à 10 h., et l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Pour chacun de ces cours, droit à verser, 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

ÉCOLE DE SÉROLOGIE. — Des conférences et travaux pratiques auront lieu du 20 février au 15 mars 1927, à l'hôpital Saint-Louis.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzoles, directeur de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 54, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MÉNINGITES URÉMIQUES

PAR MM.

J. MILHIT — Médecin

R. LIÈGE — Interne

des hôpitaux de Paris.

La ponction lombaire a fréquemment d'heureux effets sur les accidents nerveux de l'urémie, mais il est exceptionnel que l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle une réaction méningée et on peut, à ce sujet, rappeler l'opinion de Chauffard (1).

« Parmi les diverses inflammations des séreuses observées chez les urémiques, la plus douteuse et de beaucoup la plus rare est la méningite ».

C'est cette rareté de la méningite urémique qui nous a incités à rapporter l'observation suivante :

Observation. — M. V..., âgé de soixante ans, entre à la Maison Dubois le 11 octobre 1927. On ne nous signale rien de spécial dans ses antécédents, si ce n'est un état de constipation opiniâtre.

Il est malade depuis une semaine environ et le début de sa maladie a été marqué par une céphalée légère, des vertiges, de l'obnubilation cérébrale.

Ces troubles se sont accentués deux jours avant son entrée; il a vomi dans l'après-midi et on nous l'amène dans un état semi-comateux.

Examiné à ce moment, il est plongé dans un état de torpeur profonde, répond à peine aux questions qu'on lui pose et se trouve incapable de nous dire ce qui lui est arrivé.

Soulevés, les membres retombent lourdement.

La respiration est lente, sans rythme de Sheine-Stokes, il existe de la bradycardie (56 par minute), une légère raideur de la nuque et un très léger signe de Kernig.

Il n'y a pas de paralysie faciale, les pupilles sont en myosis; les réflexes achilléens et rotuliens sont diminués, mais non abolis; il n'y a pas de signe de Babinsky.

Il existe de l'incontinence d'urines.

L'examen du cœur et des poumons reste négatif, la tension artérielle est normale. L'abdomen est légèrement ballonné.

Bref, il s'agit d'un coma sans fièvre (37°2), sans signes de localisations cérébrales, mais avec une réaction méningée légère.

Le lendemain, le coma s'est accentué, il n'y a pas eu de selles; on pratique une ponction lombaire. Le liquide coule en jet et on retire facilement et rapidement trois tubes de liquide légèrement trouble.

Le culot de centrifugation est abondant, on trouve 350 éléments par millimètre cube.

Un examen après coloration au bleu permet de se rendre compte, qu'à part de très rares lymphocytes, ces éléments sont constitués par des *polynucléaires intacts*.

La méthode de Gram ne met en évidence aucun microbe.

Le taux de l'albumine est de 1g50, et celui des chlorures est de 7g42.

L'ensemencement du liquide sur bouillon ascite reste négatif ainsi que la réaction de Bordet-Wassermann.

Le 13 octobre, le dosage d'urée dans le sang révèle un taux de 0g72 par litre.

On pratique une saignée de 150 centimètres cubes, et une nouvelle ponction lombaire est faite trois jours après la première. Elle montre 180 éléments blancs par millimètre cube; comme précédemment, ces éléments sont des polynucléaires intacts. L'albumine est de 0g85, et l'urée de 0g95.

A la même date, un examen de sang révèle 1g07 d'urée.

On pratique une nouvelle saignée de 450 centimètres cubes, le taux d'urée sanguine s'élève à 1g26 le 18 octobre, à 1g27 le 20 octobre.

On saigne à nouveau le malade, et on pratique encore une ponction lombaire.

Le 24 octobre, il existe 240 éléments par millimètre cube; l'examen de la lame les montre constitués par des globules rouges, quelques grandes cellules, quelques polynucléaires, mais en majorité cette fois par des *lymphocytes*.

De la *polynucléose pure*, la réaction est donc passée à la lymphocytose.

L'examen du sang montre une chute brusque de l'urée à 0g51.

Le malade est resté pendant quinze jours, du 11 au 25 octobre, dans un état comateux presque complet, sa famille craignant une issue fatale l'emmène le 26 octobre.

Nous avons la bonne fortune de le revoir le 4 novembre, neuf jours après son départ du service.

Il est sorti de son coma; bien qu'incapable de se rappeler les conditions dans lesquelles il est entré à Dubois, il nous reconnaît, répond aux questions de l'entourage, et malgré l'incontinence d'urines qui persiste encore, il a pu se lever et faire quelques pas dans sa chambre.

L'urée sanguine est alors de 0,36.

L'histoire clinique de ce malade ne manque pas d'intérêt, car elle met en cause la question des « fluxions blanches méningées », des « méningites urémiques » et celle de leur pathogénie et de leur pronostic.

Widal et Philibert (1), Widal et Brissaud (2) ont décrit des *états méningés* avec polynucléose intacte s'accompagnant de fièvre, et de pronostic bénin s'observant au cours d'infections dont le foyer peut être très éloigné des méninges. L'absence de température permettait d'éliminer ce diagnostic.

L'examen d'un spécialiste fit écarter l'hypothèse d'une otite qui peut dans certains cas, tels que ceux rapportés par de Massary et P. Weill (3), par Rist (4), s'accompagner de réactions méningées avec intégrité des polynucléaires.

Dans certains cas de syphilis du névraxe, tels que ceux de Widal, Lemierre et Boidin (5), de Mosny et Portocalis (6), on peut observer un liquide céphalo-rachidien avec polynucléose; or la syphilis ne semblait pas être en cause ici, notre malade ne présen-

(1) A. Chauffard et Clovis Vincent. Méningite urémique toxique et infectieuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 avril 1910, p. 357.

(1) Widal et Philibert. Epanchement puriforme aseptique des méninges avec polynucléaires intacts. Bénignité du pronostic *Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 avril 1907.

(2) Widal et Brissaud. Epanchement puriforme aseptique des méninges avec polynucléaires histologiquement intacts. Bénignité du pronostic immédiat. Guérison malgré l'intensité et la longue durée des troubles méningés, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 fév. 1909.

(3) De Massary et P. Weill. Réaction méningée aseptique au cours d'une otite moyenne suppurée. Intégrité des polynucléaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 oct. 1907.

(4) Rist. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juillet 1907.

(5) Widal, Lemierre et Boidin. Liquide céphalo-rachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux. Intégrité des polynucléaires, *Soc. méd. des hôpit*, 22 juin 1906, p. 645.

(6) M. Mosny et A. Portocalis. Méningite aiguë syphilitique à liquide céphalo-rachidien puriforme aseptique avec polynucléaires sains. Réaction de Bordet-Wassermann passagère. Apparition tardive du signe d'Argyll-Robertson, *Soc. méd. des hôpit.*, 31 mars 1911, p. 403,

tait aucun stigmate de cette affection et la réaction de Bordet Wassermann était négative et dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Si la cause de ces états méningés peut parfois rester indéterminée comme dans le cas de Ch. Laubry et Foix (1), de Souques et Bollack (2), il semble bien ici que l'on puisse les rattacher à l'urémie.

De tels cas sont peu fréquents.

Lépine (3), à la suite d'Osborne (4), qui avait déjà noté « l'opacité et les adhérences de l'arachnoïde » dans certains cas d'urémie, fut un des premiers à poser la question des méningites urémiques.

Dans trois cas d'urémie chronique, il avait noté des lésions inflammatoires des méninges et les comparait à celles de la péricardite brightique.

Quelques mois plus tard, Chauffard (5) rapporta l'observation d'une femme de soixante ans, qui présenta un coma urémique entrecoupé de grandes crises épileptiformes, et chez laquelle la ponction lombaire montra une polynucléose pure et abondante.

La polynucélose ne fut que très éphémère et « disparut sans être remplacé comme dans la règle par une lymphocytose secondaire et plus ou moins prolongée ».

Le taux d'urée dans le liquide céphalo-rachidien était de 1g08. Cette malade guérit.

MM. Caussade et Willette (6) ont jadis publié une observation qui rappelle par beaucoup de points le cas actuel.

Il s'agissait d'un homme de vingt-six ans, ayant présenté dans la journée des attaques éclamptiques et tombé rapidement dans le coma, chez lequel la ponction lombaire montra une réaction méningée des plus nettes avec polynucléose considérable, mais qui disparut en quelques jours, avec les autres phénomènes méningées, assez frustes du reste.

Ce malade ne se souvenait d'aucune maladie pouvant expliquer cette crise qui était d'ailleurs la première. Entré au mois de mai, il sortit guéri le 15 juillet.

Se basant sur la rapidité d'évolution de ces fluxions blanches méningées, la disparition de la polynucléose sans passage à la mononucléose, ces différents auteurs estiment qu'il est préférable de parler d' « état méningé » de « fluxion blanche méningée » que de méningite. MM. Caussade et Willette (7) écrivent à ce sujet :

« La méningite en tant que syndrome n'existe pas; il n'est pas question d'un processus destructif d'une altération même superficielle de l'écorce cérébrale cause de tous les symptômes de la méningite qui ne sont que des symptômes d'emprunt ».

Notre observation nous paraît un peu différente des précédentes. Elle se singularise en effet par l'existence d'un syndrome méningé, la longue durée des accidents s'accompagnant d'une polynucléose persistante et surtout par le passage de cette polynucléose à la mononucléose.

La pathogénie de ces états méningés n'est pas univoque.

Widal (1) estime qu'ils sont « le résultat de l'accumulation des polynucléaires restés normaux après être sortis abondamment par diapédèse des vaisseaux sanguins congestionnés. Sous l'influence d'une ectasie vasculaire excessive, les lois de la circulation sont localement troublées dans la trame méningée, la congestion détermine dans les vaisseaux la stase des globules rouges, mais les globules blancs doués de mouvements amiboïdes franchissent mécaniquement les parois capillaires et s'accumulent dans la cavité voisine ».

Envisageant plus particulièrement la pathogénie de ces états méningés survenant au cours de l'urémie, Chauffard (2) avait admis l'action sur les centres nerveux de deux ordres de causes : rétention azotée, et très probablement rétention toxique complexe, et d'autre part hypertension artérielle continue avec paroxysme violent au moment de la crise, d'où une diapédèse active des leucocytes attirés par une chimiotaxie positive jusque dans le sac arachnoïdo-pie-mérien.

Pour cet auteur la rétention toxique seule est impuissante à provoquer l'émigration des polynucléaires et il y faut ajouter chez l'urémique, le paroxysme hypertensif de la crise d'éclampsie.

Caussade et Willette interprètent ces faits d'une manière un peu différente. S'appuyant, entre autres arguments sur les congestions pie-mériennes intenses déterminées par certains poisons, et sur la facilité avec laquelle on détermine des abcès aseptiques, ils pensent que la rétention des poisons complexes au cours de l'urémie agit plus spécialement et suffit à déterminer la congestion des vaisseaux pie-mériens et la diapédèse par une action de chimiotaxie positive.

Dans notre cas, comme dans ceux précédemment signalés, on en est réduit à des hypothèses difficilement vérifiables.

En l'absence d'éclampsie et d'hypertension artérielle il semble que l'on doive faire intervenir la rétention uréique ou celle de poisons complexes déterminant la congestion des vaisseaux pie-mériens et la diapédèse par une action de chimiotaxie positive.

— La question du pronostic de ces fluxions blanches méningées semble particulièrement intéressante. Pour le professeur Widal la constatation des polynucléaires intacts dans le liquide céphalo-rachidien doit faire porter un bon pronostic.

(1) C. Laubry et G. Foix. Syndrome méningé avec polynucléose rachidienne d'origine indéterminée, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 oct. 1910, p. 230.

(2) Souques et Bollack. Etat méningé avec polynucléose céphalo-rachidienne suivi d'hémianopsie durable, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 déc. 1911, p. 633.

(3) R. Lépine. Existe-t-il une méningite urémique? *Semaine méd.*, 1907, p. 361-362.

(4) Osborne. *On the nature and treatment of diapsical diseases*, Londres 1837, 2e édition. p. 36-39.

(5) Chauffard. Urémie aiguë et polynucléose rachidienne, *Semaine méd.*, 13 nov. 1907, p. 541.

(6) Caussade et Willette. Urémie convulsive et comateuse, liquide céphalo-rachidien puriforme, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 24 juillet 1908, p. 199.

(7) Caussade et Willette. Loc. cit.

(1) Widal. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 24 juillet 1908; discussion.

(2) Chauffard. Urémie aiguë et polynucléose rachidienne, *Semaine méd.*, 13 nov. 1907, p. 541.

Dans les précédentes observations où l'urémie était en cause, les malades guérirent, aussi nous semble-t-il légitime de penser, que ces méningites urémiques si l'on veut employer ce terme, ont pour *primum movens* une élévation passagère du taux de l'urée chez des malades atteints de néphrite chronique latente et qu'en elles-mêmes elles n'aggravent pas le pronostic immédiat de l'urémie.

Il convient cependant de faire une réserve car à ce processus toxique peut dans certains cas s'ajouter un processus infectieux.

Dans une de ses leçons cliniques le professeur Hutinel (1) a montré que le diagnostic de l'éclampsie urémique scarlatineuse doit se baser sur les cultures du liquide céphalo-rachidien, et sur l'examen minutieux, et l'état de conservation des leucocytes examinés.

Il a rapporté à ce sujet l'observation d'un enfant de quinze ans atteint de néphrite scarlatineuse avec anasarque qui présenta une amélioration des symptômes urémiques à la suite d'une première saignée, puis qui fut pris de fièvre mise sur le compte d'un petit abcès de la cuisse.

De nouveaux symptômes imputés à l'urémie survinrent, or la ponction lombaire et l'autopsie montrèrent qu'il s'agissait d'une méningite cérébro-spinale.

Chauffard et Clovis Vincent (1) ont également rapporté l'histoire d'une méningite urémique suivie d'une méningite à pneumocoque.

Le professeur Hutinel considère que dans ces cas il y a « mordançage » des méninges par l'urémie, Chauffard et Clovis Vincent estiment que dans leur cas, il y a eu « association d'un double processus toxique et infectieux d'une intoxication azotémique et d'une méningite pneumococcique ».

Ces deux dernières observations incitent à la prudence et montrent la nécessité de répéter les examens et les cultures du liquide céphalo-rachidien avant de conclure à la simple méningite urémique. Bien qu'exceptionnelle elle peut parfois se rencontrer, et pose alors comme nous l'avons vu des problèmes difficiles à résoudre.

(1) J. Milpit. Méningites urémiques, méningites scarlatineuses, *Progrès méd.*, 27 fév. 1909, n° 9, p. 109.
(2) Chauffard et Clovis Vincent. Loc. cit.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Il faut reparler de la *prohibition*, il faudra sans doute en parler longtemps encore... Car si, depuis tantôt huit ans qu'elle est devenue — officiellement — la loi du pays, deux choses ont été indubitablement prouvées à son sujet, c'est, d'abord, l'erreur de ceux qui s'imaginaient que quelques années suffiraient pour l' « asséchement » complet et la solution d'un problème qui a tourmenté le monde depuis que Noé planta la vigne; d'autre part, l'erreur inverse de ceux qui croyaient que, bientôt, la prohibition aurait rejoint les neiges d'antan.

Dans cette gigantesque expérience sociale, il y a bien des choses qui nous intéressent vivement, tant au point de vue général, médico-social qu'à celui plus restreint et plus proche, de l'exercice de notre profession.

Il y a quelques mois, la Cour suprême des Etats-Unis, par cinq voix contre quatre, a confirmé la validité constitutionnelle de la loi qui limite la quantité d'alcool qu'un médecin peut prescrire pour usages médicaux à un demi-litre de whiskey tous les dix jours pour un malade et à un total de cent ordonnances par trimestre pour toute sa clientèle. C'est là l'étape finale des diverses actions intentées dans le but de faire proclamer la liberté de prescrire en ce qui concerne l'alcool; ce n'est point sur cette liberté que les quatre juges dissidents ont basé leur opinion; leur motif est que, puisque le droit d'exercer la médecine est conféré, aux Etats-Unis par les divers Etats individuellement, c'est aussi à ceux-ci, et non au pouvoir fédéral, qu'il appartient de réglementer la pratique de la profession. Ce qui semble éminemment logique, mais ne conduirait pas à une jurisprudence uniforme. Et, répliquent les cinq juges de la majorité, dont l'ex-président Taft, du moment que la prohibition a été inscrite dans la Constitution fédérale, le Congrès a le droit de voter toutes mesures jugées nécessaires pour que la loi ne soit pas émasculée dans son application pratique. Ceci aussi est du simple bon sens. Mais, ce qui, en l'espèce, doit nous inquiéter particulièrement, nous praticiens c'est qu'il y a là une accusation implicite contre certains membres de la profession, accusation grave et malheureusement justifiée par les faits.

Il s'est trouvé en effet nombre de médecins qui n'ont voulu voir dans les exceptions faites par la loi en leur faveur qu'une source de revenus supplémentaires. Tel, retraité de la marine, n'exerce pas en fait, mais tous les trois mois, se procure son carnet, signe les ordonnances en blanc et les envoie à une pharmacie qui les lui paie un dollar pièce. Des pharmacies se sont montées uniquement pour trafiquer illicitement en alcool sous le couvert d'un commerce légitime (actuellement à New-York, il y en a plus de vingt qui sont l'objet de poursuites pour délits de ce genre). Certes, il est regrettable que tous aient à pâtir pour la faute de quelques-uns. Mais dire, avec le docteur Lambert, de New-York, le champion le plus en vue de la liberté de prescrire de l'alcool, que les brebis galeuses ne sont qu'en petit nombre et que c'est à la profession médicale elle-même de s'en s'en débarrasser, n'avance guère la question. Car il y a des raisons de supposer que le nombre n'est pas si négligeable et Lambert n'indique pas le moyen efficace de les éliminer. Si l'on peut écarter assez facilement ceux qui se rendent coupables de violations grossières, que faire au docteur respectable, voire passablement haut huppé qui lit en riant, d'un ton vantard (ceci n'est point inventé), la série des diagnostics sur son carnet à souches pour ordonnances de whiskey : asthénie, lumbago, névralgie, rhumatisme, névrite, hémorroïdes (!) ? De quelque opinion que l'on soit au sujet de la prohibition elle-même, ce rôle de garçon de café suppléant ne rehausse pas notre dignité. Si nous voulons pouvoir parler avec autorité de la liberté de prescrire, à nous de ne point la prostituer.

Toutefois on pourrait peut-être essayer de trouver une circonstance atténuante dans le fait qu'au moins le whiskey délivré sur ordonnance est de bonne qualité, ce qui est très loin d'être le cas avec l'alcool obtenu de sources illicites. Nous avons eu, dans ces dernières années, d'amples occasions d'étudier la toxicologie des alcools impurs. Et cela ne s'arrête pas aux produits simplement mal distillé dans leur préparation. Les pourvoyeurs clandestins, pour augmenter la production, ont simplement eu recours à la redistillation de l'alcool dénaturé pour usages industriels. Même effectuée dans les meilleures conditions, une opération de ce genre ne donne qu'un résultat imparfait. On peut facilement se figurer ce qu'elle produit dans les mains de gens sans scrupules qui savent que leurs acheteurs n'ont pas de recours contre eux, et qui sont obligés de travailler à la hâte et furtivement. Les cas d'alcoolisme aigu ont beaucoup augmenté depuis 1921 et les décès ont triplé. Chaque année, surtout au moment des fêtes, nous avons une ou plusieurs petites séries malheureuses. Récemment, à la suite d'une de celles-ci, certains ont attaqué vivement le gouvernement, l'ont voulu rendre responsable des morts causées par l'alcool industriel redistillé, *parce que* dans la dénaturation, *il se servait de poisons*. Autant dire que si un homme a, dans sa maison, pour se défendre, un revolver chargé, dont un cambrioleur s'empare et avec lequel il tue quelqu'un, la responsabilité du meurtre retombe sur le propriétaire de l'arme. Ce curieux morceau de logique nous a été présenté par un des représentants du peuple à Washington : exemple frappant de la façon dont certaines questions peuvent fausser le jugement de personnes par ailleurs normales. Cependant, le gouvernement a abandonné l'usage des substances très toxiques dans l'alcool industriel. On se sert actuellement d'aldéhol, relativement inoffensif, mais impossible à séparer complètement par redistillation et d'une odeur et d'un goût suffisants pour faire reculer le buveur le plus endurci, dit-on.

En ce qui concerne le point de vue général médico-social de la prohibition, il est prudent de ne pas trop s'avancer, même si l'on a une opinion personnelle définie, ce que nous avons tous. Les grandes élections de 1928 constitueront, bien que peu des hommes politiques en vue veuillent en convenir, un plébiscite sur la question. Les élections de l'Etat de New-York en 1926 ont montré que, même dans les Etats les plus « anti », les prohibitionnistes pouvaient détenir la balance du pouvoir. Mais ce qui nous intéresse plus, nous médecins, c'est qu'il semble qu'ici on ait déplacé le terrain de la discussion. Dans les débats, l'on chercherait presque en vain les arguments de jadis, où l'on parlait gastrite, cirrhose, delirium tremens, aliénation mentale. Si l'on combat l'alcool, c'est à cause de ses conséquences économiques et non pas parce qu'il est nuisible aux organes du corps. Si l'on attaque la prohibition, c'est au nom de la liberté personnelle. La physiologie et la pathologie de l'alcoolisme ont été reléguées au second plan. Pourtant, après tout, n'est-ce pas là la vraie base de la question? Les politiciens et ceux qui, à plus ou moins juste titre, s'arrogent le nom de sociologues, ont ici usurpé la place du médecin, ainsi qu'ils l'ont toujours fait, le font et le feront chaque fois qu'ils en auront la chance. N'y aurait-il pas lieu pour nous de répéter que l'alcoolisme est, au fond et primitivement, une question médicale. Si la boisson a des conséquences économiques, c'est parce qu'elle a une influence néfaste sur l'état physique. Ce qui fait que l'argument de la liberté personnelle, présenté avec tant d'insistance par les antis, n'a pas de valeur. Dans toute société organisée, la liberté de l'individu est toujours strictement limitée par le droit collectif des autres. Or, la société, en définitive et non pas seulement le buveur, a à payer les frais du déchet physique, mental et moral dû à l'alcoolisme et elle a parfaitement le droit de refuser de solder cette note.

Les formules du milieu n'ont pas l'heur de plaire en matière de prohibition, au moins aux extrémistes, qui sont ceux qui, quoique en minorité, font à peu près tout le vacarme. Cependant, si l'on ose risquer une prédiction, ce sera une formule de ce genre qui donnera la solution pratique. Il n'est pas possible d'envisager un retour à l'ancien *statu quo*; il n'est guère possible non plus d'accepter la loi actuelle comme définitive; elle est trop difficile d'application, le plus grand obstacle étant probablement les réactions psychologiques qu'elle soulève et dont les réformateurs à outrance s'obstinent à ne pas tenir compte. Ne serait-il pas possible de baser une solution sur les principes suivants : l'*abstinence* est un *maximum désirable*, mais *non imposable*, sinon par persuasion morale; la *tempérance* est un minimum *exigible*, parce que la société est parfaitement justifiée dans sa détermination d'éliminer tous les fléaux éliminables? Il nous semble que cela serait du *bon sens*, de la *tolérance* et prendrait en considération l'importance de l'*éducation*. Or, c'est sur cette triade, et non pas sur la force et la contrainte, que repose la solution ultime du problème de l'alcoolisme. *Chi lo sa*...?

FAXTON E. GARDNER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1927)

Etude expérimentale sur les tatouages et déduction sur la physiologie de la peau. — M. GUILLAUME. L'étude expérimentale, à l'aide de dispositifs spéciaux, du mécanisme de production des tatouages, a montré à l'auteur que seules les suspensions ou les granules colorés sont à même de réaliser le tatouage. Celui-ci s'effectue suivant un processus assez inattendu : les corps colorés déposés dans le derme sont entraînés dans la profondeur du chorion du derme et viennent s'amasser autour des vaisseaux des plexus du derme où ils se fixent d'une façon définitive.

La réactivité spécifique après une atteinte de diphtérie à la réaction de floculation chez l'homme. — M. Ch. ZOELLER a étudié la valeur de l'immunité antidiphtérique chez les sujets spontanément immunisés, chez des porteurs rebelles de bacilles diphtériques, chez des sujets antérieurement atteints de diphtérie. Après immunisation spontanée le taux de l'anti-

toxine oscille autour d'un dixième d'unité antitoxique. La persistance du bacille de Löffler dans le rhino-pharynx pendant plusieurs semaines fait croître la valeur moyenne de l'immunité. Certains diphtériques anciens présentent non seulement un certain taux d'antitoxine, mais ils possèdent la faculté de l'accroître (réactivité acquise). La réaction de floculation peut être utilisée chez l'homme pour titrer les valeurs de l'antitoxine au moins égales à une unité antitoxique.

Le pneumothorax thérapeutique bilatéral et simultané chez l'enfant tuberculeux. — MM. P. ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY ont d'abord été amenés en janvier 1926 à pratiquer une collapsothérapie partielle bilatérale et simultanée chez deux enfants dont l'état paraissait désespéré. L'un âgé de trois ans, l'autre de neuf ans, ils ont obtenu après trois mois non seulement la survie, mais une augmentation de poids de 11 à 19 kilos chez le premier, de 31 à 47 kilos chez le deuxième avec disparition de la température, de la toux et de l'expectoration bacillifère. Ces résultats si encourageants les ont incités à essayer systématiquement ce mode de traitement. Ils ont obtenu chez un certain nombre d'enfants du service d'Hérold des survies et des améliorations satisfaisantes.

Splénomégalie par pyléthrombose avec phlébite iliaque secondaire. — MM. E. CHABROL et H. BÉNARD présentent un malade chez lequel ils constatèrent successivement en 1917 une très grosse rate, une hématémèse, une phlébite du membre inférieur gauche. Durant l'évolution de cette phlébite, apparut une ascite qui nécessita à trois reprises la ponction. Depuis lors tout semble stabilisé. Seule l'hypertrophie splénique a persisté tandis que le trouble de la circulation profonde se compensait à la faveur d'un énorme paquet variqueux avec thrill et souffle continu étendu de l'ombilic à la veine saphène droite.

M. HUBERT se demande s'il ne s'agit pas d'un cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgartner dont il a rapporté deux cas.

Un cas de fièvre ondulante autochtone. Valeur diagnostique et thérapeutique de l'intradermo-réaction de Burnet. — MM. LEMIERRE, MARCHAL et JAUBERT ont observé chez une jeune femme un cas de fièvre méditerranéenne, probablement consécutif à l'ingestion de fromage de chèvre. Après un début imprécis six ondes fébriles se sont succédé sans que le diagnostic ait été porté. Deux hémocultures avaient été considérées comme négatives. Les auteurs ont pratiqué une troisième hémoculture, laquelle n'a permis d'isoler le germe qu'au bout de dix-sept jours. A ce propos, les auteurs rappellent qu'une hémoculture doit être conservée un mois, surtout si l'on soupçonne une fièvre méditerranéenne. Mais c'est l'intradermoréaction à la mélitine qui affirma immédiatement le diagnostic.

Fièvre ondulante autochtone. Intérêt de la réaction à la mélitine de Burnet. — MM. Robert DEBRÉ, Julien MARIE et Paul GIROUD rapportent l'observation d'un garçon de onze ans, atteint de mélitococcie. Cet enfant, qui n'a jamais quitté Paris, ingérait chaque jour depuis trois mois un demi-litre de lait de chèvre cru quand les premiers symptômes de l'affection apparurent. La maladie, qui évolue depuis plus d'un an, se caractérisait principalement par une splénomégalie palpable, de la fièvre survenant par poussées mais n'ayant réalisé que deux fois un cycle ondulant, des sueurs profuses, des myalgies et des douleurs abdominales. L'intradermoréaction à la mélitine de Burnet, en plus de sa valeur diagnostique, semble atténuer et espacer les épisodes fébriles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1927)

Abcès intra-osseux. — M. LECÈNE, après le rapport fait par M. Martin sur une observation d'abcès intra-osseux de M. Picqué, apporte un nouveau cas de cette intéressante lésion; abcès de la diaphyse du radius, à staphylocoque doré, chez un homme de quarante et un ans; pas de température, pas d'adénopathie; le phénomène le plus curieux est l'absence de douleurs très aiguës; le malade a guéri après intervention. M. Lecène insiste sur les difficultés et l'intérêt du diagnostic de ces affections rares.

MM. DUJARIER, LANCE, MAUCLAIRE ont également observé quelques cas d'abcès intra-osseux chez des adultes et des enfants.

Ostéomyélite post-traumatique tardive. — M. LEVEUF (rapport de M. MATHIEU) a observé chez un homme de soixante et un ans (fracture par éclat d'obus de la tête humérale suivie de résection pendant la guerre) une ostéomyélite tardive avec poussée inflammatoire aiguë. M. Leveuf a vu le malade cinquante et un jours après le début des accidents; il fit après injections de propidon, une résection secondaire précoce de la diaphyse humérale de 18 centimètres de long. La plaie fut pansée à plat sans emploi d'aucun antiseptique, le bras immobilisé sans aucun appareil; la guérison a été obtenue, le malade garde un bras utilisable et l'on peut suivre sur les radiographies les progrès de la régénération osseuse très intéressante chez cet homme de soixante et un ans. M. Mathieu insiste sur l'intérêt des résultats de M. Leveuf quoiqu'il fasse quelques réserves au sujet des indications de ces larges résections précoces.

M. SORREL trouve que les résultats de M. Leveuf sont remarquables à côté des suites si peu encourageantes des traitements habituels de l'ostéomyélite.

M. DEHELLY estime que les antiseptiques ne nuisent pas à la vitalité des tissus, et rappelle qu'il a obtenu des guérisons très rapides après résections osseuses étendues suivies d'application de la méthode de Carrel.

M. OKINCZYC serait heureux de voir mise au point une nouvelle méthode de traitement qui mette à l'abri des séquelles si désastreuses des ostéomyélites graves.

Hernies obturatrices. — M. DE FOURMESTREAUX (de Chartres) apporte deux observations de hernies obturatrices étranglées qu'il a eu l'occasion d'opérer. Une femme de soixante-dix ans, opérée par voie crurale mourut le troisième jour; un homme de soixante-cinq ans guérit après intervention par voie abdominale.

Écrasement d'un plateau tibial. — M. DEHELLY (du Havre) après écrasement du plateau tibial externe intervint, et trouvant une bouillie osseuse, glissa sous le cartilage du plateau des greffons ostéo-périostiques. Le malade, immobilisé en flexion dans un appareil plâtré, guérit et fléchit son genou sans aucune gêne.

Double kyste mucoïde de l'ovaire. — M. DEHELLY, chez une femme présentant une volumineuse tumeur abdominale, trouva un péritoine rempli d'une substance gélatineuse et enleva un énorme kyste de l'ovaire rompu; huit mois après il dut opérer à nouveau et extirper une semblable tumeur développée aux dépens de l'autre ovaire. La malade, depuis, est restée guérie.

M. LECÈNE rappelle que c'est là une de ces affections que Péan avait appelée maladie gélatineuse du péritoine. La pathogénie de ces tumeurs les rattache à l'intestin primitif de l'embryon; c'est à proprement parler le déversement dans le péritoine d'une substance aux dépens de l'épithélium intestinal; c'est d'ailleurs une lésion bénigne par elle-même.

M. AUVRAY et M. TUFFIER ont observé des cas analogues.

M. MATHIEU chez un homme opéré antérieurement d'appendicite par M. Broca, a trouvé un énorme kyste soulevant l'épiderme, kyste à contenu gélatineux en rapport avec l'appendice qui avait été laissé.

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1927)

Dilatation aiguë spontanée du duodénum. — M. Bréchot fait un rapport sur une observation de M. Charrier (de Bordeaux) qui, dans un cas de dilatation aiguë spontanée du duodénum chez une femme de vingt-neuf ans, a pu, après duodéno-jéjunostomie et drainage par gastrostomie temporaire, guérir sa malade. Le rapporteur étudie ces cas d'occlusions qui sont extrêmement rares et dont la cause échappe dans bon nombre de cas.

Ulcère de l'anse sigmoïde. — M. Charrier (de Bordeaux) (rapport de M. Bréchot) pensant chez une malade à un néoplasme de l'S iliaque, trouva à l'intervention un double ulcère simple de l'anse sigmoïde ; après extériorisation puis résection de l'anse, il obtint la guérison complète de la malade.

Courbure congénitale de la jambe. — M. Mouchet fait un rapport sur trois observations de courbures congénitales de la jambe à concavité antérieure, adressées par M. Rocher (de Bordeaux) ; M. Rocher a pu, dans les trois cas, obtenir par traitement orthopédique non sanglant un redressement complet ; il est intéressant de suivre sur la radiographie la reconstitution progressive du canal médullaire au cours du redressement de la diaphyse.

Compressions duodénales. — M. Navarro (de Montevideo) apporte trois observations de compressions duodénales ; dans un premier cas de compression duodéno-pylorique par pancréatite hypertrophique, il put guérir son malade après simple décollement de la tête du pancréas ; une deuxième compression fut observée par ganglions tuberculeux de la racine du mésentère, qui céda à l'extirpation de la masse ganglionnaire ; enfin dans un troisième cas, l'obstruction était causée par une bride due à un rein mobile ; le péritoine fermé, la néphropexie par voie lombaire suffit à amener la guérison.

Chlorome ou cancer vert des os. — M. Lecène fait une communication fort intéressante sur un cas extrêmement rare, de tumeur de l'humérus chez un homme de vingt-trois ans, présentant les symptômes d'un sarcome. Le malade ayant refusé l'amputation, M. Lecène fit une humérectomie large et enleva une tumeur osseuse vert pomme d'aspect tout à fait particulier ; l'examen histologique montra que c'était une variété de myélocytome que l'on appelle le chlorome. D'où vient cette couleur verte de la tumeur ? M. Lecène pense que ce sont des granulations dans les cellules avec une réfringence particulière. Le malade est resté guéri depuis un an et peut, malgré la résection osseuse étendue, se servir utilement de son bras.

A propos des greffes osseuses (suite de la discussion). — M. Mauclaire fait une longue étude de la réparation des pertes de substances osseuses par grosses pièces épiphysaires et diaphysaires. Il rappelle les substances employées, ivoire, greffes métalliques pures ou recouvertes de caoutchouc, etc... et étudie la valeur des différents procédés utilisés par les auteurs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1927)

Sur l'infection tuberculeuse expérimentale de la souris blanche. — M. J. Valtis étudiant l'infection expérimentale tuberculeuse de la souris blanche a observé que lorsqu'on inocule par voie péritonéale des doses faibles de bacilles virulents, ceux-ci ne se localisent pas sur le péritoine, la rate et le foie, comme il advient lorsque l'infection est provoquée par une dose massive de microbes, mais cheminent rapidement vers les poumons où ils créent des lésions nodulaires et caséeuses.

Les injections répétées de tuberculine n'ont paru avoir aucune influence sur la marche de l'infection ni sur l'intensité des lésions.

Sur l'allergie de la souris blanche et du rat blanc tuberculeux. — MM. Boquet, Nègre et Valtis ont constaté que l'infection tuberculeuse du rat blanc et de la souris blanche ne s'accompagne pas, comme chez les autres espèces animales et chez l'homme, d'hypersensibilité à la tuberculine et aux protéines bacillaires.

Encéphalite spontanée du lapin provoquée par le toxoplasma cuniculi. — MM. Levaditi, Schoen et Sanchez-Bayarri ont observé une forme de méningo-encéphalite spontanée chronique du lapin provoquée par le toxoplasma cuniculi que l'on retrouve dans les lésions. Le cerveau des animaux peut servir à pratiquer des passages réguliers. On note parmi les lésions histologiques, l'existence d'altérations des neurones qui sont spéciales à cette infection et la différencient de l'autre encéphalite spontanée du lapin provoqué par « l'encephalitozoon Cuniculi ». L'infection semble être à point de départ épendymaire.

Mécanisme de l'action préventive du bismuth dans la syphilis expérimentale. — MM. Levaditi, Sanchez-Bayarri et Y. Manin reprennent avec un composé bismuthique soluble (iodure double de bismuth et de quinine) leurs recherches effectuées avec les sels insolubles sur la prévention du lapin à l'égard de l'infection tréponémique expérimentale, et qui les avaient conduits à admettre que l'efficacité de la prévention est en rapport avec le potentiel tissulaire métallique. La prévention exercée par les composés solubles est bien inférieure en durée et en efficacité à celles que déterminent les composés insolubles. Ce fait est dû à ce que la quantité de métal que l'on peut administrer est très faible, avec les composés solubles, par suite de leur toxicité élevée. L'élimination du bismuth et sa résorption étant en même temps plus rapide et plus complète, le potentiel métallique rénal devient inférieur au potentiel métallique préventivement efficace.

Sur la virulence des bacilles acido-résistants provenant des éléments filtrables du bacille de Koch. — MM. Valtis, Nègre, Boquet, Mlle Certonciny. Même après cinq passages successifs dans les organes du cobaye, les bacilles acido-résistants, issus des éléments filtrables du bacille de Koch, ne récupèrent pas la virulence initiale des bacilles de culture. Toutefois, à la faveur d'une suppuration locale provoquée par des inoculations de passage, les éléments bacillaires contenus dans le pus sont capables d'engendrer une tuberculose d'un type tout à fait spécial à évolution très lente caractérisée par des lésions ganglionnaires très accentuées, scléreuses et par des lésions viscérales nodulaires discrètes dans lesquelles on retrouve comme dans les lésions ganglionnaires des bacilles de Koch.

Mécanisme pathogénique des accidents nerveux tardifs des trypanosomiases. — MM. Levaditi et Delorme étudiant le mécanisme, chez des lapins infectés par voie rachidienne avec « Trypanosoma Bruci » montrent que dans une première phase les protozoaires après avoir persisté dans le liquide céphalorachidien pendant cinq jours disparaissent brusquement à la suite d'une véritable crise ; au cours des réinoculations suivantes, au contraire les germes disparaissent le lendemain de l'injection en même temps que survient une forte leucocytose rachidienne (signes qui indiquent que le névraxe participe à l'état d'immunité acquise par l'ensemble de l'organisme). Puis survient un fléchissement progressif de cet état réfractaire du névraxe, qui coexiste avec le moment ou éclatent les accidents nerveux ; simultanément les trypanosomes isolés du liquide céphalorachidien se montrent anticorps résistants. Ces deux facteurs (fléchissement de l'immunité, et résistance des trypanosomes aux anticorps) expliquent l'éclosion des

accidents et des lésions névraxiques qui caractérisent la période finale des trypanosomiases humaines.

Sur les septinévrites à virus filtrables. La virulence et les modifications histologiques du système nerveux périphérique des lapins infectés par voie cérébrale avec le virus neuro-vaccinal. — M. S. Nicolau et Mme O. Dimancesco-Nicolau montrent que les ultravirus neurotropes se généralisent dans le système nerveux périphérique par la voie des nerfs, avec ou sans production de lésions manifestes dans les troncs ou les filets nerveux. Ils introduisent ainsi la notion de « septinévrite » homologue de la septicémie produite par des microbes visibles dans le sang. Des lésions ont été trouvées avec le virus vaccinal, le virus rabique, encéphalomyélistique, et herpétique chez le lapin, avec le virus poliomyélitique chez le singe. Le virus introduit par voie intracérébrale, cultive dans le névraxe et sort en cheminant le long des nerfs d'une manière centrifuge. On constate dans les nerfs périphériques des lésions d'infiltration interstitielle avec éléments mononucléaires à topographie vasculaire nette, qui augmentent d'intensité au fur et à mesure qu'on se rapproche de la racine rachidienne et des ganglions spinaux.

Sensibilisation de l'organisme humain aux injections de peptone. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Pierre Blamoutier et François Claude apportent des faits qui démontrent que la sensibilisation à la peptone peut exister chez l'homme.

Lorsque l'on pratique en série chez l'homme des injections intradermiques d'une solution concentrée de peptone, on observe souvent, entre la huitième et la douzième injection, exceptionnellement d'une façon plus précoce ou plus tardive, une réaction locale extrêmement vive, beaucoup plus intense, beaucoup plus étendue que les réactions consécutives aux injections précédentes : il se produit, à l'endroit de l'injection et dans les heures qui la suivent, un placard érythémateux et œdémateux d'étendue variable, atteignant parfois la dimension d'une paume de main. Dans plusieurs cas même, l'œdème s'étend à toute la partie du membre qui a reçu l'injection. Dans d'autres cas, les auteurs ont observé des réactions pseudo-phlegmoneuses, une fois même, un petit abcès aseptique. Il leur est arrivé en outre, d'assister toujours entre la huitième et la douzième injections à un réveil des réactions précédentes, aux points où avaient été faites les injections antérieures, sur le même bras ou sur le bras opposé, réapparaissaient des nodules œdémateux et érythémateux.

Ces phénomènes sont la démonstration d'une sensibilisation de l'organisme humain à la peptone. Ainsi la peptone serait capable de sensibiliser certains sujets au même titre que les albumines non dégradées.

Etude de l'action de quelques arsénobenzènes sur les poissons d'eau douce (Epinoches). — M. Paul Boyer. Les arsenicaux organiques trivalents du type novarsénobenzol ou sulfarsénol sont relativement peu toxiques sur les poissons. Lorsqu'on plonge une Epinoche dans une solution d'arsénobenzène dans de l'eau distillée suffisamment aérée on observe les phénomènes suivants qui se déroulent dans le même ordre aux concentrations toxiques (1 à 4 p. 100) amenant la mort du poisson en 10 à 50 minutes : phase d'agitation convulsive avec accélération de la respiration suivie d'une phase de paralysie avec ralentissement de la respiration, puis arrêt et mort de l'animal. Les arsénobenzènes du type 914 sont plus toxiques que ceux du type sulfarsénol : les premiers, à 1 p. 100 amènent la mort du poisson en 10 à 13 minutes; les deuxièmes, à 4 p. 100 en 12 à 50 minutes. La constance des résultats obtenus plus particulièrement avec les arsénobenzènes du type 914 laisse espérer que le test à l'Epinoche (test rapide et peu coûteux) pourra servir d'essai préliminaire de contrôle de la toxicité de ces corps et de réaliser ainsi une économie importante d'animaux de prix de revient supérieur (lapins, souris), ainsi qu'une économie de temps appréciable.

Sur l'utilisation en histologie des pièces conservées dans le formol pour la mise en évidence des graisses. — MM. J. Bélot et Giberton signalent que les pièces histologiques fixées et conservées même peu de temps dans une solution formolée ne peuvent servir à l'étude cytologique des corps gras. L'explication de ce fait réside dans l'existence des lipases existant dans les tissus et dont l'action hydrolysante n'est pas inhibée par le formol.

Mobilisation des plaquettes par l'adrénaline. Plaquettose par splénocontraction adrénalinique. — MM. Léon Binet et M. Kaplan montrent par des expériences poursuivies sur le chien que la rate est bien un réservoir de plaquettes, capable sous l'influence de l'adrénaline de mobiliser ces éléments et de déterminer dans le sang circulant, une plaquettose élevée, mais temporaire. Cette plaquettose se répète avec une nouvelle injection d'adrénaline. Elle fait défaut quand l'injection est pratiquée à un chien dont la rate ou bien a été extirpée, ou bien a perdu son pouvoir de contraction à l'adrénaline par une injection antérieure d'yohimbine.

Recherches sur l'opacité aux rayons X des solutions d'éosinate de cæsium. — MM. Contremoulin et Gournay ont essayé de déterminer la perméabilité aux rayons X des différentes solutions d'éosinate de césium. Ce sel dont l'injection est particulièrement inoffensive, s'élimine par le foie. Et la concentration à laquelle il peut être décelé dans la vésicule biliaire, semble particulièrement élevée.

Sur l'élimination de l'éosinate de cæsium introduit par voie sanguine. — MM. Crailley-Bert, Peyre et Blatillon étudiant l'émanation de l'éosinate de cæsium introduite par voie intraveineuse, virent que ce corps n'était pas éliminé directement pur les reins. Sur une série de chiens qui avaient subi la dérivation biliaire par fistule cholédocienne, ils virent que la bile se teintait en rouge à la neuvième minute et que les urines demeuraient claires, alors qu'au contraire, chez les chiens normaux les urines surgissent à la troisième heure après l'injection. Cela implique un premier passage par le foie, l'intestin, les chylifères suivi d'un retour dans la grande circulation et enfin de l'élimination par les reins.

— Société de biologie de Lyon (séance du 17 décembre 1927) :

Cultures du bacille tuberculeux en eau ordinaire et en eau distillée. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt ont vu que par ensemencements successifs dans des milieux de culture très pauvres, on pouvait cultiver le bacille tuberculeux dans l'eau de robinet où il donne, après accroissement progressif, un dépôt plus ou moins marqué surmonté d'un trouble uniforme. Ces cultures peuvent se reproduire par repiquages successifs. A la longue, la vitalité fléchit ainsi que la virulence.

Les cultures en eau distillée restent pauvres.

Cultivé en eau ordinaire sous couche d'huile de vaseline, le bacille donne un voile au contact de la couche huileuse.

La colorabilité et l'aspect morphologique du bacille cultivé en eau sont assez peu modifiés. L'acido-résistance persiste un certain temps et finit à la longue par s'atténuer.

Persistance de réflexes vaso-constricteurs au cours du choc peptonique. — Dans une note précédente, M. L. Jung a montré que la chute de pression peptonique pouvait survenir en dehors de toute intervention de l'encéphale,

Il constate aujourd'hui que la paralysie du système vasomoteur périphérique n'est pas complète — du moins au cours de chocs moyens — et que, par excitation centripète des vagues, on peut provoquer chez le chien une hypertension artérielle souvent aussi intense qu'à l'état normal.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique. Tome III : *Thérapies d'organes* (1), par les docteurs CARNOT, RATHERY et HARVIER.

Dans ce troisième volume du précis de thérapeutique, les auteurs ont groupé l'étude des médicaments et des agents thérapeutiques autour de la pathologie des divers appareils.

Dans chaque chapitre, les médicaments à employer sont étudiés individuellement, d'après leur mécanisme et les effets qu'on en peut attendre et, pour chacun, on trouve une véritable fiche de formulaire, mais plus explicite et documentée ; les indications utiles sont répétées lorsqu'un médicament trouve à nouveau son emploi. A cette occasion, sont données des formules pratiques, et les diverses indications qui entrent dans la rédaction de l'ordonnance.

Les auteurs abordent ensuite le traitement des symptômes et des syndromes qui amènent le malade à consulter et celui de certaines affections de l'enfant ou de l'adulte plus importantes ou plus souvent rencontrées dans la pratique, recueil de consultations avec ordonnances-types développées et commentées. Pour chaque appareil, un chapitre d'introduction résume les notions utiles de physiologie normale et pathologique.

Une part importante est faite aux agents physiques, à la psychiâtrie, à la chirurgie, esquissant pour le praticien un résumé de la conduite à tenir et des moyens dont il dispose.

Aussi la lecture de cet ouvrage est-elle variée et attrayante par l'alliance des notions concrètes et de la théorie indispensable.

Les thérapeutiques récentes sont abondamment traitées (pneumothorax artificiel, phrénicectomie, thoracotomie extrapleurale, oxygénothérapie, transfusion, etc...) mettant sous la main du praticien le plus absorbé toutes les notions qu'il ne peut aller chercher dans les travaux originaux.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils (Bibliothèque Carnot et Fournier).

Précis de médecine coloniale (1), par Ch. JOYEUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ce précis est destiné au médecin exerçant dans les pays chauds, au jeune praticien colonial, à l'étudiant.

Les maladies coloniales sont envisagées de la façon suivante : celle des appareils (première partie), les affections fébriles (deuxième partie), enfin les maladies générales (troisième partie). Cette classification, peut-être plus empirique que nosologique, a l'avantage de rendre le livre facile à consulter. Le même plan est suivi pour la description de chaque affection : définition historique, répartition géographique, causes prédisposantes, agent pathogène, symptomatologie, marche de la maladie, complications, pathogénie, anatomie pathologique, diagnostic, pronostic, épidémiologie, traitement, prophylaxie.

On appréciera dans cet ouvrage la part importante qui est faite aux questions d'*épidémiologie* et de *prophylaxie*. La plupart des maladies spéciales aux pays chauds sont de nature infectieuse, justiciables de la médecine collective et de l'hy-

(1) Un volume de 832 pages avec 139 figures dans le texte. (*Collection de Précis médicaux*. Prix : broché, 55 fr. ; cartonné toile, 65 fr. — Paris, Masson et Cie.

giène. Le médecin a un rôle d'un importance énorme consistant à les diagnostiquer à temps et à les prévenir. L. G.

L'Automne d'Adonis. Roman (1), par le docteur Lucien Graux.

Le nouveau livre de M. Lucien Graux est une œuvre curieuse et attachante, qui nous rappelle les meilleures pages de Louys. L'auteur y conte l'histoire d'Adonis, au tournant de la cinquantaine. Et rien n'est plus poignant que la tristesse de l'amant de Vénus découvrant sa propre décrépitude en subissant les moqueries des déesses et des mortelles. M. Lucien Graux nous donne là une intéressante preuve de la diversité de son talent. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON DE L'AMYGDALE

Phlegmon à point de départ amygdalien, se développant dans le tissu cellulaire de la loge amygdalienne. Essentiellement **péri-amygdalien**, il s'extériorise en clinique sur **les piliers**.

Au point de vue anatomique, il occupe dans la règle le pôle inférieur, pointant en avant, plus rarement en arrière ou en bas.

CLINIQUE

Type de description : le phlegmon périamygdalien antérieur qui est de beaucoup le plus fréquent.

Début. — Le plus souvent chez un adulte jeune qui a un passé chargé d'**amygdalite chronique** et qui la veille a pris froid.

Rarement au cours d'une scarlatine ou d'une diphtérie.

A cette période, rien de spécial, aspect d'**angine rouge banale** :

Malade fatigué, courbaturé.

Léger degré de dysphagie et de trismus.

Phénomènes généraux.

A l'examen : région amygdalienne douloureuse, écarlate, recouverte en général d'un exsudat opalin.

Gargarismes et lavages au bock restent sans effet.

État. — Rapidement et brusquement les phénomènes se précisent.

Elévation de température à 40. Frissons. Violente céphalée.

Douleur très vive à la déglutition, pulsatile. Trismus marqué. Sialorrhée. Rhinolalie.

En même temps : Etat général très touché. Insomnie. Anorexie.

Examen : difficile à cause du **trismus**. Donne maintenant des résultats très précis :

Pilier antérieur **rouge, énorme, œdémateux**, cachant complètement l'amygdale.

Enorme œdème du **voile inerte**, immobilisé, qui déborde sur la **luette grosse, tuméfiée**.

Amygdale **déplacée** en dedans, rouge, très peu augmentée de volume. Cryptes remplies d'exsudat pultacé.

Adénopathie constante, douloureuse, entraînant toujours un certain degré de **torticolis**.

EVOLUTION

Au quatrième ou cinquième jour le pus se collecte.

Signes généraux diminuent.

Signes fonctionnels au maximum.

(1) Un volume in-8. — Prix : 12 fr. — Paris 1927, Anthème Fayard et Cie, éditeur.

Examen :

Pilier antérieur **violet** sombre.

Douleur **exquise** en un point au **stylet**.

Choc en retour difficile à percevoir.

Il faut intervenir.

Pus prélevé montre : staphylo, strepto ou pneumo.

Si l'on n'intervient pas : ouverture spontanée.

Dangereuse si nocturne à cause d'inspiration de pus.

A l'occasion d'expectoration : issue de pus fétide. Soulagement immédiat.

Peut ainsi guérir spontanément. Mais souvent mauvais drainage, abcès à répétition.

COMPLICATIONS

Phlegmon diffusé, latéro-pharyngien, d'une gravité toute spéciale chez l'enfant à cause de l'ulcération des gros vaisseaux.

Otite moyenne.

Broncho-pneumonie de déglutition, suite d'ouverture spontanée.

Exceptionnellement : Spasme de la glotte. Asphyxie. Infection métastatique moins rare qu'on le dit.

FORMES CLINIQUES

Forme intraamygdalienne.

Beaucoup plus rare.

Signes fonctionnels réduits.

Examen : Tout est à l'amygdale. Rien aux piliers.

Récidives fréquentes.

Peut évoluer vers la forme précédente.

Forme d'emblée sans stade d'angine : rare.

Forme bilatérale.

Forme furonculeuse anthracoïde.

Forme du pilier postérieur.

En impose parfois pour un abcès rétro-pharyngien.

Pas de trismus. Dysphagie très intense.

Forme inférieure.

Immobilise la langue.

DIAGNOSTIC

Facile pour la forme normale.

Le tout est de ne pas passer à cô

Forme du pilier postérieur.

Abcès latéro-pharyngien.

Formes inférieures :

Amygdalite linguale.

Forme intraamygdalienne :

Angine banale.

Accidents de la dent de sagesse.

Diagnostic de **localisation** au stade de **diffusion de l'œdème**.

TRAITEMENT

Avant la collection du pus :

Compresses humides chaudes sur le cou.

Vaccinothérapie.

Siphonnages à l'eau de Seltz.

Dès qu'il est collecté, intervenir.

Abcès antérieur :

Sonde cannelée, galvano-cautère entre le pilier et l'amygdale.

Abcès du pilier postérieur :

Pointe de bistouri dans le pilier.

La rapidité opératoire est le meilleur anesthésique si l'on considère le peu d'action de la cocaïne sur les tissus enflammés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
FRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination de quatre internes titulaires et de plusieurs internes provisoires s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le 14 février 1928. Pour se faire inscrire, s'adresser à M. l'administrateur-délégué de l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse (15e), avant le 1er février 1928.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Récompenses.* (*Année 1926-1927.*) — Internes. — Prix Delord : M. Delmas-Marsalet.

Prix de l'Administration : M. Gandy

Prix du docteur Levieux : M. Guerin.

Médaille d'argent : MM. Costedoat, Magendie, Broustet, Mahon, Mailhe, Cueille, Dervillée, Giraud.

Médaille de bronze : MM. Malaplate, Gré, Mme Berchon, MM. Cloup, Lecoulant, André, Dubourg, Vernier.

Internes provisoires. — Médaille d'argent : Mlle Valette, MM. Fourcade, Veyssière.

Médaille de bronze : Mlle Frouin, MM. Bessières, Faucher.

Externes. — Médaille d'argent : MM. Daydrein, Le Goff, Sanchez, Berchon, Pennaneac'h, Quetin, Geniaux, Barbaroux.

Médaille de bronze : MM. Lafond-Grellety, Morin, Peyrabe, Sicault, Estradère, Siméon, Blazy, Hargous, Cosset, Fischer, Le Lain, Pigeard de Gurbet, Cornet.

Internes en pharmacie. — Médaille d'argent : Mlle Lesparre.

Médaille de bronze : M. Voltz.

— Le nouveau bureau de la réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux est composé de MM. Mauriac, président; Guyot, vice-président; Jeanneney, secrétaire général.

— Brest. — L'hôpital civil de Brest demande interne, service médecine (docteur Lenoble).

HÔPITAUX DE TUNIS. — A la suite des concours qui ont eu lieu à la Faculté de médecine de Paris :

M. le docteur Cherouvrier a été nommé oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital civil français.

Mme le docteur Reymond de Gentile et le docteur Cohen-Boulakia ont été nommés ophtalmologistes des hôpitaux de Tunis.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Pelous, professeur suppléant d'histoire naturelle, est prorogé pour une durée de trois ans dans ses fonctions.

M. Foucaud est nommé préparateur de bactériologie et d'hygiène.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve.) — *Est élevé à la dignité de grand'croix.* — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales A. Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Au grade de commandeur. — M. le médecin principal Cunéo (G. M. P.).

Au grade d'officier. — MM. Janin (2e corps), Trémolières (G. M. P.), Theulet-Luzie (13e corps), Gabriault (9e corps), Abadie (18e corps), Gallet (14e corps), Rathery (G. M. P.), Mendelssohn (16e corps).

(Troupes coloniales.) MM. Hermant et Gauducheau.

GUERRE. (Troupes coloniales.) — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Mouillac.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — M. Girard.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — M. Robin.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont nommés : professeurs de médecine opératoire et anatomie chirurgicale, M. le médecin-major Solier; d'hygiène sociale et coloniale, M. le médecin-major Peltier.

Liste de classement des candidats aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à la suite du concours de 1927 :

Pour la chaire de bactériologie et parasitologie. — M. le médecin-major de 2e classe Raynal.

Pour la chaire de clinique interne et des maladies exotiques. — MM. les médecins-majors de 2e classe Toullec et Raynal.

Pour la chaire de clinique externe et chirurgie d'armée. — MM. les médecins-majors de 2e classe Huard, Assali, Gautron et Bois.

Pour la chaire d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire. — MM. les médecins-majors de 2e classe Huard et Assali.

Pour la chaire d'histoire naturelle, de chimie et toxicologie. — M. le pharmacien-major de 2e classe Ferre.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Sont nommés membres de la Commission consultative de prothèse pour 1928, MM. les docteurs Rieffel, Théron, Maisonnet, Ripert, Rœderer et P. Paloque.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 31 décembre 1927 publie un arrêté portant fixation des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Ont été élus membres correspondants nationaux : MM. le professeur Bard (de Lyon), Langeron (de Lille), Darleguy (de Rochefort).

Correspondants étrangers : MM. les professeurs Henrijean (de Lille), Vittorio Ascoli (de Rome), Bonorino Udaondo (de Buenos-Aires), Montes Pareja (de Montevideo).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Un décret du 17 novembre 1927 autorisant la Société de chirurgie à porter à 60 le nombre de ses membres titulaires, un Comité secret aura lieu le 11 janvier 1928 pour déterminer le mode d'élection aux dix places nouvelles.

U. M. F. I. A. — L'assemblée générale de l'Umfia se tiendra le samedi 21 janvier 1928, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à Paris.

L'entrée de l'Italie dans l'Umfia sera annoncée au cours de cette assemblée.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 janvier 1928, à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La conférence sera faite sur « Le rôle du directeur du Service de santé de la division dans l'organisation de l'hygiène et de la prophylaxie », par M. le médecin inspecteur Roussel, directeur du Service de santé du 7e corps.

Adresser les demandes avant le 1er février au ministère de l'Hygiène, direction de l'assistance et de l'hygiène, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léopoldo Rizzo, professeur de clinique chirurgicale à Naples; E. Chartres, médecin principal des troupes coloniales, à Marseille; Désiré Simon, médecin principal en retraite; Nicolas van Heugen (de Bruxelles), Romand-Monnier (de Champagnole), Pietro Spandri (de Venise).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. P. CARNOT.) — Leçons du dimanche matin, en janvier, février et mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau, du 8 janvier au 25 mars inclus.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le professeur Bezançon reprendra ses leçons sur les Etats dyspnéiques, le vendredi 13 janvier 1928 à 10 h. 1/2.

Vendredi 13 janvier : La crise d'asthme. L'éosinophilie du sang et des crachats. Délimitation de l'asthme.

Vendredi 20 janvier : Les équivalents de l'asthme. Coryza spasmodique, etc.

Vendredi 27 janvier : Les parentés morbides de l'asthme (urticaire, migraine, etc.).

Vendredi 3 février : L'élément nerveux dans l'asthme.

Vendredi 10 février : Asthme et anaphylaxie.

Vendredi 17 février : L'élément respiratoire dans l'asthme.

Vendredi 24 février : L'évolution de l'asthme. L'asthme intriqué.

Vendredi 2 mars : Le traitement médicamenteux de l'asthme. L'adrénaline.

Vendredi 9 mars : Le traitement de l'asthme par les agents physiques et par les eaux minérales.

Vendredi 16 mars : La dyspnée des cardio-rénaux. L'asthme cardiaque.

Vendredi 23 mars : L'œdème aigu du poumon.

VISITE MÉDICALE AUX ÉTABLISSEMENTS SÉROTHÉRAPIQUES D'ÉTAMPES. — Il y a quelques jours, un groupe de médecins comprenant des membres de la Faculté de médecine, du Corps médical des hôpitaux, du muséum et de nombreux praticiens, a visité les établissements sérothérapiques Dausse, situés à Etampes et à Etrechy (Seine-et-Oise).

Les visiteurs ont parcouru dans la matinée, les laboratoires de fabrication de vaccins vétérinaires du sérum hémopoiétique de cheval (Hémogénol) et du sérum activé de taureau (Sérodausse).

Après un déjeuner que l'on pourrait qualifier de banquet et, dont les honneurs ont été faits par M. et Mme Boulanger-Dausse, les excursionnistes se sont rendus aux différentes fermes où sont stabulés et traités les jeunes taureaux et les vieux bœufs qui servent à la préparation du sérum activé de taureau, les vieux animaux fournissant les poisons séniles injectés aux jeunes mâles pour activer leur sérum contre la dépression physique ou morale de la vieillesse.

Cette après-midi si bien remplie s'est terminée par la visite des poulaillers où se trouvent les chapons et les vieux coqs qui servent à l'essai physiologique du sérum.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 g. de lait et 30 g. de pain. — A midi, 200 g. de viande sans sel, 250 g. de légumes sans sel, fruits cuits, 80 g. de pain. — A 4 heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 g. de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : 20 jours par mois, un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours, chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 g. pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

REVUE GÉNÉRALE

LES DERNIÈRES RECHERCHES SUR LES MALADIES A FUSO-SPIROCHÈTES DE VINCENT

Par Ch. DEJEAN (de Montpellier).

Depuis trois ans, les travaux se multiplient sur cette question; elle est d'actualité. Le bacille fusiforme et le spirochète que Vincent a décrits tout d'abord dans la pourriture d'hôpital et dans l'angine qui porte son nom, sont incriminés aujourd'hui dans plusieurs autres affections. Des travaux récents tendent à fixer leur rôle dans la bronchite sanglante de Castellani, dans la gangrène pulmonaire, dans certaines conjonctivites. Enfin, la thérapeutique subit de nouvelles orientations et les notions classiques sur la nature et la morphologie de ces germes viennent d'être sensiblement modifiées. Nous étudierons successivement ces différents points de vue.

I. Spirochétose bronchique. — En 1905, Castellani (1) décrit une bronchite à expectoration sanglante, simulant la tuberculose, mais bénigne, plus ou moins contagieuse, avec présence de spirochètes dans les crachats. Divers cliniciens retrouvent la même affection, d'abord chez les Orientaux, sur des noirs, puis sur des Européens. En 1919, au camp de Saint-Raphaël, nous avons observé une petite épidémie de bronchites à spirochètes parmi les malades indigènes de l'hôpital militaire n° 86.

Mais déjà en Amérique, Rothwell (2), Hall et Chamberlain (3); en France, Sabrazès (4), Roubier et Gauthier (5), Delamare (6), Robert (7), Baur et Codvelle (8) ont remarqué la présence très fréquente du bacille fusiforme et tendent à admettre l'identité des deux spirochètes *Bronchialis* et *Vincenti*. La bronchite de Castellani serait due à une lobalisation pulmonaire du fuso-spirille.

Vincent (9) insiste sur cette identification. Le *Spirocheta Bronchialis* et le *Spirocheta Vincenti* sont un seul et même germe. Dans l'expectoration de la bronchite sanglante se rencontrent fréquemment d'autres spirochètes banaux, mais aussi le bacille fusiforme en quantité variable.

La forme clinique de cette affection se précise. Début par une rhino-pharyngite d'aspect grippal ou bien par une congestion pulmonaire avec crachats rosés. A la période d'état, ce sont les signes d'une bronchite banale avec expectoration sanglante.

Il existe des formes aiguës avec fièvre et crachats muco-purulents, des formes mortelles même, par gangrène pulmonaire consécutive, et des formes chroniques, durant plusieurs années. Elle frappe indistinctement dans tous les milieux et à tous les âges à partir de deux ans.

Les recherches de Lafosse et Langla (1) sur 53 cas, confirment ces données. Quand l'analyse des crachats ne décèle pas de bacille de Koch, il faut songer à l'association fuso-spirillaire et on la trouvera fréquemment. La trachéo-bronchite qu'elle détermine est le plus souvent bénigne avec bon état général, mais son évolution est longue, tenace, récidivante. L'absence de lésions radioscopiques notables aidera le diagnostic.

Tous les auteurs n'admettent pas la spécificité fuso-spirillaire et l'identité des deux spirochètes. Bezançon et Etchgoin (2) ont examiné à ce point de vue 239 malades. Sur 27 crachats hémotoïques de tuberculeux, ils constatent 26 fois des spirochètes spéciaux, différents par leurs caractères morphologiques des *Spirocheta Bronchialis, Spirocheta Vincenti* et des spirochètes banaux *Spirocheta dentium*, *Spirocheta buccalis*. Le germe de Castellani donnerait naissance soit à la bronchite sanglante, soit à la gangrène pulmonaire. Le spirochète des hémoptysies tuberculeuses est une espèce voisine mais différente. Quant à celui de Vincent, il ne jouerait aucun rôle pathogène dans les trois affections précitées.

Les travaux plus récents de Delamare (3), de Gate et Billa (4) et de Schlossmann (5) ne tranchent pas le débat sur la pluralité et la spécificité de ces divers spirochètes. Les résultats des cultures et des inoculations aux animaux varient avec les expérimentateurs. Mais de ces études se dégagent quelques notions assez bien établies. Et d'abord celles du polymorphisme essentiel de ces germes. « Les formes longues voisinent avec les formes courtes, disent Gate et Billa, dont certaines ne présentent parfois que deux tours de spires. Il est des spirochètes à ondulations lâches et d'autres à spires serrées. On peut également mettre en évidence des formes en fouet, en boucle, en tire-bouchon... Le polymorphisme si remarquable des spirochètes dans les crachats ne se retrouve pas dans les cultures, pas plus que dans le pus des abcès d'inoculation. Soit dans les milieux de culture, soit dans les lésions expérimentales on retrouve toujours des spirochètes très fins à tours de spire assez serrés et ayant de 15 à 20μ » (6).

Ensuite, ces germes sont trouvés dans la bronchite de Castellani, dans la tuberculose pulmonaire, dont ils semblent aggraver le pronostic et dans certaines scléroses pulmonaires non tuberculeuses, à hémoptysies récidivantes.

La bronchite sanglante de Castellani persiste comme type clinique défini. Elle apparaît en dehors de la tuberculose, mais peut compliquer une tuberculose pulmonaire préexistante. Elle est due à un spirochète dont l'identification n'est pas encore assurée mais qui répond à un type assez constant de

(1) Castellani. *Lancet*, 1906.
(2) Rothwell. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1910.
(3) Hall et Chamberlain. *Philipp. Journ. of sc.*, 1911.
(4) Sabrazès. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1918.
(5) Roubier et Gauthier. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1919.
(6) Delamare. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1919.
(7) Robert. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921.
(8) Baur et Codwelle. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1922.
(9) Vincent. *C. R. de l'Acad. de méd.*, 19 oct. 1926.

(1) Lafosse et Langla. *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1926.
(2) Bezançon et Etcagoin. *Soc. de biol.*, 17 janv. 1925.
(3) Delamare. *Soc. de biol.*, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai et juin 1926.
(4) Gaté et Billa. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 25 janv. 1927.
(5) Schlossmann. *Presse méd.*, 12 fév. 1927.
(6) Gaté et Billa. *Presse méd.*, 23 avril 1927.

spirochète polymorphe, mobile, facile à colorer par les colorants usuels (fuschine de Ziehl) souvent associé au bacille fusiforme.

Enfin un dernier argument en faveur de la spécificité de cette spirochétose bronchique est l'efficacité de la médication antispirillaire. Dans les formes aiguës, l'action du novarsénobenzol ou du stovarsol procure constamment une guérison radicale et définitive. Dans les formes chroniques, l'efficacité de ces produits est moins sûre, mais ils sont capables de juguler les poussées intercurrentes.

II. Gangrène pulmonaire. — Les spirochètes paraissent jouer un rôle important dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire. Rona (1) le premier, a noté la présence de nombreux spirochètes associés au bacille fusiforme. Après lui, Feldmann (2), Kuster (3), les signalent, Buday (4), les retrouva constamment dans 35 cas de gangrène pulmonaire. Ils abondent dans les coupes histologiques des tissus nécrosés, mais aussi dans les tissus sains, à la périphérie des foyers de sphacèle. Bykowa (5) décrit de même la présence constante du fuso-spirille dans 20 cas de gangrène pulmonaire. Il divise en trois zones les foyers gangréneux : au centre, nécrose totale des tissus avec microbes saprophytes banaux ; autour, une zone moyenne où les spirochètes prédominent avec des bacilles fusiformes plus ou moins nombreux ; enfin, la zone externe, inflammatoire n'offre plus que des spirochètes.

En Amérique, Kline et Berger (6) ont observé l'association fuso-spirillaire dans 16 cas de la même maladie.

En France, Bezançon et Etchegoin (7) constatent à peu près les mêmes dispositions anatomiques et bactériologiques que celles décrites par Bykowa. Ils en concluent que le spirochète joue un rôle étiologique spécifique ; mais il ne s'agit pas, à leur avis du *Sp. Vincenti*, mais bien d'un germe spécial à cette affection.

Dans une communication plus récente Bezançon, Etchegoin, Azoulay et Bazgan démontrent à l'aide de microphotographies le rôle primordial du spirochète dans le processus gangréneux. Au centre des lésions, bactéries banales, anaérobies de Veillon, leptothrix, bacille fusiforme. Dans la paroi de la caverne gangréneuse, d'innombrables spirochètes. Dans les formes chroniques comme dans les formes aiguës, le processus nécrosant est dû à l'action du spirochète, auquel viennent se surajouter des anaérobies et en particulier le bacille fusiforme. Ce dernier n'aurait qu'un rôle saprophytique banal.

Mais « il y a des gangrènes sans spirochètes et des gangrènes sans bacille fusiforme ». En réalité la bactériologie de cette affection est très complexe, et ne se ramène pas, de l'avis de Bezançon et Etchegoin « à la simple intervention de l'association fuso-spirillaire ».

(1) Rona. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXIV.
(2) Feldmann. *Wen. klin. Woch.*, 1906.
(3) Kuster. *Verhand. d. ges. Deut. nat.*, t. XCVII.
(4) Buday. *Beit. z. pathol. Anat.*, t. XLVIII.
(5) Bykowa. *Virch. Arch.*, 1925, t. CCLVIII.
(6) Kline et Berger. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1925.
(7) Bezançon et Etchegoin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, fév.-mai 1926 ; — *Soc. de biol.*, fév.-avril 1926.

Pour Vincent (1), au contraire « la gangrène pulmonaire est sous la dépendance d'une infection polymicrobienne originellement déterminée par l'association de *Bacillus fusiformis* avec *Spirochoeta Vincenti*, ou avec le streptocoque, ou simultanément avec ces deux organismes. A cette infection se superposent plus ou moins rapidement un grand nombre de germes variés. » Il explique la présence du spirochète à la périphérie des lésions parce qu'il est aérobie ; le bacille fusiforme étant au contraire anaérobie se tient dans la profondeur des tissus gangrénés, en quantités parfois énormes. Les spirochètes sont quelquefois absents et les fusiformes, très abondants. Parfois, au contraire, les fusiformes sont rares. Mais le rôle pathogène de la symbiose ne semble pas douteux.

Pilot et Davis sur 37 cas de gangrène pulmonaire ont constaté toujours dans les crachats la présence du *B. fusiformis* et presque toujours le *Sp. Vincenti*. En revanche les recherches sur coupes histologiques colorées au nitrate d'argent sont assez souvent négatives.

Au point de vue clinique les divers travaux modernes, sans apporter de classification définitive, ont enrichi et précisé la séméiologie.

La gangrène pulmonaire débute souvent comme la grippe : courbature, fatigue générale, fièvre élevée surtout dans les premiers jours, variable plus tard. Douleurs thoraciques, mais signes pulmonaires objectifs légers, au début. La radiologie indique une sclérose bronchique généralisée. Les crachats, abondants, muco-purulents, sont toujours fétides. Mais à ce sujet même les avis sont partagés.

Vincent souligne cet élément essentiel du diagnostic : « Le diagnostic de gangrène pulmonaire ou d'abcès gangréneux, dit-il, ne doit être porté qu'en présence de signes caractéristiques, et, en particulier, d'odeur putride des crachats récemment émis. Les crachats sans odeur ou à odeur faible ne répondent pas au processus gangréneux véritable. »

Par contre, Sergent (2) s'élève contre la tendance à ranger sous le nom de gangrène pulmonaire toutes les affections à expectoration fétide. La vraie gangrène pulmononaire est pour lui la forme pneumonique classique avec « crachats rouge marron, sentant la charogne ».

Il faudrait supprimer l'expression *gangrène à rechutes*, qui crée des confusions. Divers abcès des poumons, surtout périscissuraux, pouvant simuler la pleurésie interlobaire, s'accompagnent aussi de fétidité. Mais la fétidité est due dans ce cas à l'intervention secondaire, des anaérobies, tandis que dans la gangrène cette intervention est originelle...

Le professeur Schlossmann (loc. cit.) décrit trois formes cliniques de gangrène pulmonaire. Dans la forme aiguë les signes peuvent être pulmonaires, bronchiques ou pleurétiques. Avec une courbature générale fébrile (40 à 41 degrés) apparaissent une matité absolue du lobe inférieur avec obscurité

(1) H. Vincent. *Acad. de méd.*, 22 fév. et 8 mars 1927.
(2) Sergent. *Acad. de méd.*, 8 mars 1927.

respiratoire, toux fréquente, crachats muco-purulents puis liquides et fétides, puis les signes d'une septicémie grave.

La forme *subaiguë* débute par un rhume avec céphalée, puis fièvre avec frisson, toux ou dyspnée, quelques râles bronchiques disséminés. Les crachats toujours *hémoptoïques*, deviennent verts et très fétides. L'évolution aboutit progressivement à la gangrène mortelle. C'est ici que les auteurs décrivent les formes à rémissions prolongées et à rechutes, reniées par Sergent.

La forme *chronique* a été décrite par Bezançon, Moreau, Etchegoin et Bernard (1). Elle évolue par poussées successives séparées par de longues périodes de rémission. Elle aboutit à la mort au bout de plusieurs années. Le tableau clinique est celui de la tuberculose pulmonaire chronique. La radiologie elle-même fournit les mêmes aspects que dans la tuberculose. La discrimination se fait par l'examen bactériologique.

Pour conclure, notons que le plus souvent, l'odeur de l'haleine, la fétidité des crachats, leur aspect, enfin l'examen microscopique, permettront un diagnostic facile des diverses formes gangréneuses.

Au point de vue thérapeutique, le salvarsan et le stovarsol donnent des résultats incontestablement efficaces. Administrés dès le début, ils peuvent arrêter le cours de cette grave affection.

III. Conjonctivite. — En mars 1927, nous avons décrit, en collaboration avec J. Temple (2) une conjonctivite d'un type spécial, caractérisée bactériologiquement par la présence du fuso-spirochète de Vincent dans l'exsudat conjonctival. C'est la première fois que les fuso-spirilles étaient signalés sur la conjonctive. Leurs caractères constatés à mainte reprise sur les frottis, ne laissaient pourtant aucun doute sur leur véritable nature.

Le bacille fusiforme, assez abondant, offrait des formes courtes, rectilignes, aux extrémités effilées, et des formes longues, parfois filamenteuses, en anse, ou en S italique. Les spirilles, plus rares, plus ténus, ondulés, en spires lâches et irrégulières, étaient le plus souvent isolés, ou groupés par deux ou trois individus. Ils ne prenaient pas le Gram et se coloraient par la fuschsine. M. le professeur Lisbonne, a bien voulu examiner quelques préparations et confirmer le diagnostic.

L'allure clinique de la maladie oculaire était tout à fait spéciale. Chez une femme de soixante-huit ans, sans antécédents remarquables, sans indication apparente du mode de contamination, une conjonctivite s'installe à l'œil gauche et résiste pendant six mois à tous les modes usuels de traitement. L'unilatéralité persistante, la longue durée, l'évolution aiguë intermittente, avec périodes de rémission et rechutes, la cuisson très vive, très pénible, que la malade compare à une sensation de brûlure, l'intégrité de la cornée, caractérisent déjà cette forme nouvelle de conjonctivite. Mais surtout, la sécrétion conjonctivale, non adhérente, concentrée dans le fornix inférieur et vers l'angle interne, était blanchâtre, épaisse, collante avec des concrétions d'aspect et de consistance lardacée. C'est dans ces concrétions lardacées, écrasées et étalées sur lames que se trouvaient spirochètes et bacilles fusiformes.

Le collyre au sulfate de zinc en solution à 1,50 p. 100, a paru influencer très favorablement la marche de cette affection. La guérison a été complète et assez rapide.

Voici donc une conjonctivite d'un type clinique nouveau, coïncidant avec la présence du fuso-spirochète de Vincent, fait exceptionnel puisqu'il n'avait jamais été signalé. Il est logique de voir dans ce rapprochement plus qu'une simple coïncidence, et de faire jouer un rôle étiologique à la symbiose microbienne. En effet, les fuso-spirilles, étaient abondants au cours de la phase aiguë de l'affection; leur nombre a diminué progressivement avec l'atténuation des symptômes; enfin l'affection a pris fin du jour où ils ont disparu des sécrétions.

Remarquons encore que les spirilles étaient peu nombreux relativement à l'abondance des bacilles fusiformes. Mais le fait n'est pas exceptionnel. Il explique peut-être la présence des concrétions blanc-grisâtres, épaisses et lardacées dans lesquelles le bacille anaérobie se logeait à l'abri de l'air. En effet Vincent remarque, dans les angines ou autres affections à fuso-spirilles, la présence d'un exsudat diphtéroïde dans les cas où se trouvent des bacilles nombreux et des spirilles rares. Ces derniers prédominent, au contraire dans les formes ulcéreuses, l'ulcération paraissant être l'apanage du spirochète.

IV. Thérapeutique. — L'arsenic est le remède classique des spirilloses. Comme nous l'avons dit, les formes aiguës de bronchites à spirochètes et de gangrènes pulmonaires sont très sensibles à l'action du novarsénobenzol et du stovarsol.

Dans la bronchite sanglante, sous leur influence, les signes fonctionnels s'atténuent rapidement, les caractères physiques disparaissent, les crachats redeviennent normaux après la troisième ou la quatrième injection. Le mode d'administration est l'injection intraveineuse, aux mêmes doses que dans la cure antisyphilitique. Dans les bronchites chroniques à spirochètes, le même traitement fait sentir son efficacité, la toux s'apaise, la dyspnée diminue, l'obstruction des voies respiratoires se dégage, l'état général se relève. Mais la guérison est plus difficile à obtenir; elle est rarement définitive comme c'est le cas habituel pour les formes aiguës.

Les mêmes agents thérapeutiques exercent une action incontestable contre la gangrène pulmonaire, et peuvent en arrêter le cours fatal, s'ils interviennent dès le début. Kline et Berger (1) ont obtenu la guérison rapide et complète de six cas et l'amélioration notable de cinq cas de gangrène par le novarsénobenzol. Fontanel (2) a noté l'efficacité du

(1) Bezançon, Moreau, Etchegoin et Bernard. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1926.

(2) Ch. Dejean et J. Temple. Conjonctivite avec fuso-spirilles de Vincent, *Ann. d'ocul.*, mars 1927, t. CLXIV.

(1) Kline et Berger. Loc. cit.

(2) Fontanel. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 3 juin 1924.

stovarsol. Couvy (1) fait également ressortir les bons effets du stovarsol. Mais comme le traitement ne peut être souvent appliqué que tardivement, le pronostic de cette affection reste sombre.

Des voies nouvelles ont été récemment ouvertes à la médication anti-fuso-spirillaire, Sabrazès (2) a traité successivement par l'émétine, les iodures, la créosote, une bronchite sanglante rebelle au novarsénobenzol. L'affection qui durait depuis cinq ans ne fut guère influencée par ces divers agents. Elle céda, au contraire complètement, à l'absorption prolongée d'*adrénaline*. Le malade prit XXX gouttes de la solution à 1 p. 1000 pendant trois mois et fut débarrassé de sa bronchite. Plusieurs autres malades ont, depuis, bénéficié du traitement à l'adrénaline.

Le *bismuth* a été tenté avec succès contre diverses manifestations de la fuso-spirillose. Mangabeira-Albernaz (3) a guéri plusieurs angines de Vincent aussi rapidement qu'avec le néosalvarsan. Les avantages seraient : suppression des douleurs une à deux heures après le début du traitement, application locale indolore, économie. Il utilise l'émulsion à 10 à 30 p. 100 de tartro-bismuthate acide de potasse ou de tartro-bismuthate de potasse et de soude dans l'huile d'olive, en attouchements locaux quotidiens. Il a guéri avec cette émulsion un cas d'otite fuso-spirillaire. L'ulcère phagédénique des pays chauds céderait encore assez rapidement à l'insufflation quotidienne locale de tartro-bismuthate en poudre.

Enfin nous avons vu que l'instillation conjonctivale de la solution forte (1,50 p. 100) de sulfate de zinc paraît exercer une action favorable sur la conjonctivite à fuso-spirilles.

V. Morphologie du fuso-spirochète. — La forme des espèces microbiennes était jusqu'à nos jours considérée comme relativement fixe. On connaissait les formes d'involution fréquentes dans les vieilles cultures, les modifications dues aux changements de milieux. Mais l'aspect dans des conditions définies était un caractère assez stable et fort important pour le diagnostic microscopique. Les récentes découvertes sur les transformations du bacille de Koch, filaments cyanophiles et formes filtrantes, sur le streptocoque hémolytique, pouvant revêtir l'aspect bacillaire, viennent modifier ces notions.

Pour le spirochète de Vincent et les germes voisins, Bezançon et Etchegoin ont cherché à préciser la classification. Ils ont voulu fonder sur la forme et quelques caractères culturaux une distinction des espèces voisines. Le spirochète des crachats hémoptoïques des tuberculeux a, d'après eux 7 à 15 μ de long et un pas de spire de 3 μ. Il est différent du *Sp. dentium* plus court, plus étroit, à spires plus serrées, du *Sp. buccalis*, transparent et limité de chaque côté par un trait brillant, du *Sp. bronchialis* à bouts carrés, plus étroit, progressant régulièrement, rapidement et bien droit. Le spirochète de la gangrène pulmonaire est long de 8 à 20 μ, épais de 0 μ 40 à 0 μ 50, plus large que le *Sp. Vincenti*, moins que le *Sp. buccalis*; il a des bouts arrondis et des spires lâches; ses mouvements sont ondulants ou en tire-bouchon, vifs et saccadés. Le *Sp. Vincenti* est bien différent des espèces précédentes et ne pousse pas sur leurs milieux de culture (sérum de cheval dilué et peptoné).

Pour Vincent et Delamare au contraire les différences de forme, de coloration, de mouvement entre le *Sp. bronchialis* et le *Sp. Vincenti*, sont insuffisantes pour justifier leur séparation. C'est un seul et même germe. D'ailleurs toutes les espèces susmentionnées sont très voisines. Les variations d'aspect s'expliquent par le polymorphisme. Ce polymorphisme a d'ailleurs été noté par maints auteurs, notamment par Gate et Billa.

Le professeur Sanarelli (1) de Rome vient d'apporter à cette question des documents du plus haut intérêt. En cultivant les spirochètes sur des « milieux catalyseurs » (fragment d'organe dans le fond du tube de gélose), il obtient des cultures très riches, et arrive à cette conclusion que les spirochètes intestinaux, anginaux, buccaux et pulmonaires ne peuvent être distingués les uns des autres.

L'addition de *B. Mesentericus* dans les cultures en bouillon favorise le développement du *spirochète, qui se transforme*, au bout de quelques jours, en *bacille fusiforme*. Le repiquage de ces bacilles fusiformes fournit à nouveau des spirochètes.

Sanarelli a observé à l'ultramicroscope les phases de cette transformation : la forme en fuseau serait due à une torsion du filament bactérien le long de l'axe.

Les bacilles fusiformes ne seraient donc que des spirochètes transformés, ayant perdu la « propriété d'effectuer une rotation hélicoïdale autour de leur axe ». Il propose en conséquence de désigner les deux formes microbiennes d'un seul et même nom *Heliconema Vincenti*.

Quant aux spirochètes de la bronchite sanglante et de la gangrène pulmonaire ils ne formeraient pas des espèces distinctes, mais appartiendraient au même type fuso-spirillaire.

Enfin Léon-Kindberg et Cattan, à propos d'un cas de broncho-pneumonie à fuso-spirilles (2), confirment les expériences de Sanarelli. La culture du spirochète leur a fourni non seulement une succession de spirilles et de bacilles en fuseaux mais encore des *cocci*, qui semblent être une variété d'aspect de ce même germe. Nous devons ajouter que dans nos recherches sur la conjonctive, avec G. Temple, nous avons constamment rencontré une multitude de cocci gram-négatifs, extra et intraleucocytaires, qui nous ont aussi paru dériver des bacilles fusiformes.

(1) Couvy. *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 1924, p. 533.
(2) Sabrazès. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 31 oct. 1926, t. XLVII.
(3) Mangabeira-Albernaz. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1927, t. VIII.

(1) G. Sanarelli. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1927, t. XLI.
(2) Léon-Kindberg et R. Cattan. Pneumopathie à expectoration fétide fuso-spirillaire. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 2 déc. 1927.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1927)

Cellules nerveuses et virulence des glandes salivaires. — MM. Y. MANOUÉLIAN et J. VIALA.

Recherches expérimentales sur la vaccination antidysentérique chez l'homme. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS.

Impossibilité de vacciner la chèvre contre le *M. melitensis* par des doses énormes de vaccin. — M. BURNET. La chèvre, vis-à-vis du *melitensis*, n'est pas susceptible de *vaccination*, mais seulement de ce qu'on a appelé *prémunition*. Cette conclusion ne s'applique pas à l'homme, lequel peut être vacciné préventivement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1928)

Installation du bureau. — M. GLEY, président sortant, prononce l'allocution d'usage. Il remercie d'abord M. Achard, secrétaire général, et M. Hanriot, trésorier, du concours qu'ils lui ont apporté dans l'accomplissement des devoirs de sa charge. Il rappelle ensuite le souvenir des morts de l'année.

La coutume veut que le président fasse un résumé des grandes discussions qui ont eu lieu à l'Académie. M. Gley le fait à grands traits, mettant en valeur les discussions sur l'alcoolisme, le pain, la réforme des études prémédicales, la tuberculose et le cancer.

M. Gley cède la présidence à M. Béclère, président pour 1928. M. Quénu, vice-président, et M. Jules Renault, secrétaire annuel, prennent place au bureau.

M. BÉCLÈRE, en prenant le fauteuil de la présidence, exprime à M. Gley les sentiments d'admiration de l'Académie pour la façon magistrale avec laquelle il a présidé les débats. Il rend hommage à son dévouement, à la droiture de son jugement, à sa fermeté et à son autorité.

En toutes circonstances, la parole ardente et grave et l'éloquence aux belles envolées de M. Gley ont bien servi l'Académie et la science française, aussi les paroles de M. Béclère ont-elles été accueillies par d'unanimes applaudissements.

Le nouveau président fait ensuite un exposé de la découverte de Rœntgen et de la formidable évolution qu'elle a amenée dans les sciences médicales. Personne ne pouvait le faire mieux que M. Béclère qui a assisté aux débuts de la radiologie et a pris une part si grande à son développement.

Deuxième note sur la prémunition du nourrisson contre la tuberculose par injection sous-cutanée de B. C. G. — M. WEILL-HALLÉ apporte des précisions sur la posologie et les résultats de la vaccination par injections sous-cutanées de B. C. G.

Seize enfants appartenant à des milieux fortement contaminés ont été vaccinés. Les plus anciens en 1924, les plus récents en 1927 avec des doses variant de 2 milligrammes à 1/16 de milligramme.

Il s'est depuis produit 3 décès qu'on ne peut imputer à la tuberculose.

Les suites des vaccinations furent bénignes. Les résultats de cette méthode, volontairement limitée jusqu'à ce jour, semblent devoir en légitimer l'extension.

M. CALMETTE entretient alors l'Académie des intéressants essais faits chez les adultes en Norvège, dans un hôpital-école. Il estime que la vaccination par le B. C. G. est une méthode prophylactique dont devront profiter d'abord les infirmiers des hôpitaux et des sanatoriums.

Une conférence internationale du rat. — M. le professeur Gabriel PETIT, après avoir démontré que les rats sont l'un des pires fléaux qui menacent la richesse et la santé publiques, qu'ils coûtent des centaines de millions et propagent de redoutables maladies, telles que la peste, expose et donne en exemple, en s'appuyant sur des documents officiels, l'effort remarquable accompli par le Danemark en matière de dératisation.

Une loi, due à l'initiative des autorités sanitaires, oblige non seulement les villes maritimes, mais les 1.200 communes du pays, à poursuivre énergiquement la lutte contre les rats, à l'aide de procédés reconnus scientifiquement efficaces, en particulier la culture bactérienne « Ratin ».

M. Gabriel Petit annonce qu'un Congrès, comprenant des délégués de toutes les nations civilisées, se tiendra cet été, avec grand prestige, au Havre et à Paris, pour étudier, du point de vue international, ce grand problème d'hygiène sociale qui n'a jamais été plus urgent.

Sur les hépatiques appendiculaires. — M. CAPLESCO.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1927)

M. VARIOT, à propos de la récente communication de M. GUILLAUME, rappelle qu'il a publié en 1888, en collaboration avec M. Moreau, un travail sur le même sujet et qu'il était arrivé aux mêmes conclusions. Il s'étonne que trente-neuf ans après la publication il ne soit pas cité étant donné que son étude l'avait conduit à un traitement des tatouages.

Anévrismes syphilitiques traités par des séries de novarsenobenzol intensives et prolongées. — M. Marcel PINARD montre une ectasie de l'aorte ayant effondré le sternum, qui a été améliorée rapidement par une série de 914 terminée par deux doses de 1g,0 et qui continue à être traitée dans le même esprit. L'auteur montre un deuxième malade porteur d'un anévrisme syphilitique de la carotide externe qu'il a présenté à la Société en janvier 1922 avec le docteur Mendelsohn. Cet homme, traité par des séries successives de 914 terminées par des doses de 0g90, ou de 1g05 ou 1g20, a bientôt reçu près de 150 grammes de novarsenobenzol depuis six ans, va aussi bien que possible et conduit chaque jour son taxi sans manquer une seule fois.

M. HALLÉ ne croit pas nécessaire de faire des traitements intensifs pour améliorer les malades. Il rappelle un cas d'anévrisme traité par le sirop de Gibert. Il semble que ce sont surtout les lésions de médiastinite concomitantes qui rétrocèdent par le traitement.

M. SICARD pense que les petites doses prolongées et continues d'arsenobenzol ont la même action que les grosses doses et qu'elles ont l'avantage d'éviter des accidents de shock.

M. CAUSSADE rappelle un cas de Dieulafoy où avec de petites doses de cyanure (4 milligrammes par injection), l'amélioration était celle apportée par M. Hallé et qu'elle portait sur la périaortite.

Traitement de l'artérite sténosante douloureuse chez les diabétiques. — M. Marcel LABBÉ présente une femme diabétique atteinte d'artérite sténosante généralisée extrêmement douloureuse surtout au membre inférieur gauche, nécessitant un séjour permanent au lit depuis plusieurs mois. Une sympathectomie fut pratiquée par M. Fredet. A partir de ce moment une amélioration progressive se produisit. Voilà

maintenant un an et demi que l'opération a été faite : l'amélioration fonctionnelle non seulement s'est maintenue, mais a augmenté.

Hyperthyroïdisme provoqué par la thyroxine synthétique chez un malade atteint d'un syndrome pluriglandulaire avec sclérodermie et cataracte. — MM. P. SAINTON et H. MAMOU présentent un malade de vingt-cinq ans, atteint d'un syndrome d'insuffisance thyro-testiculaire accompagné de sclérodermie et de cataracte. Ce cas vient à l'appui de la théorie de l'origine endocrinienne de la sclérodermie; quant à l'apparition de la cataracte, elle peut être mise sur le compte d'une insuffisance parathyroïdienne. Les traitements ont été sans influence sur la cataracte qui continue à évoluer. En dernier lieu, ce malade a été traité par des injections sous-cutanées de thyroxine synthétique; à la suite de l'injection totale de 5 milligrammes, 5 seulement, est survenu un syndrome d'hyperthyroïdisme net : tachycardie, tremblement, excitabilité psychique très marquée, amaigrissement de 2kg800 en deux semaines, sans glycosurie. Il y a donc lieu de se montrer très prudent dans l'emploi de la thyroxine en injection sous-cutanée chez l'homme.

M. COYON signale un cas qui confirme l'opinion de M. P. Sainton.

M. BEZANÇON insiste sur l'association de sclérodermie et cataracte.

Volumineux abcès amibien du foie ayant simulé une pneumonie et une suppuration pulmonaire. Signes radiologiques et guérison. — MM. E. BEZANÇON et Etienne BERNARD rapportent l'observation d'un abcès amibien du foie ouvert dans les bronches, dont le diagnostic fut rendu longtemps impossible par les signes cliniques et les examens de laboratoire. Une thoracectomie pratiquée fait constater que la collection siège dans le foie, mais si profondément qu'elle est inaccessible. L'amibiase devenue certaine, le traitement médical est à nouveau institué et cette fois poursuivi, d'abord novarsenobenzol, puis émétine. Guérison rapide et complète.

Le syndrome pleuro-pulmonaire de la base dans les abcès du foie. L'exploration lipiodolée des abcès du foie. — MM. Noël FIESSINGER et Robert CASTÉRAN rapportent deux observations d'abcès du foie amibien guéris par l'émétine, qui l'un pendant quatre mois, l'autre pendant cinq semaines se cachèrent derrière l'évolution d'une congestion pleuro-pulmonaire de la base avec matité, râles sous-crépitants, souffle tubo-pleural, liquide séro-fibrineux à la ponction, fièvre persistante, amaigrissement progressif et obscurité radiologique. Les signes disparurent quand l'abcès émergeant en avant fut traité et guéri par l'émétine.

En s'appuyant, d'une part, sur les renseignements radiologiques fournis par le lipiodol, et, d'autre part, sur le fait que la fièvre ne vient pas du pus mais de la vitalité des amibes de la paroi — ce qui prouve la chute thermique dès le début du traitement émétinien malgré la persistance de l'abcès — Noël Fiessinger et Robert Castéran s'élèvent contre le traitement chirurgical et démontrent la curabilité des abcès amibiens du foie même quand leur volume est considérable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1927)

Résection diaphysaire pour ostéomyélite. — M. LECÈNE à propos des communications récentes à ce sujet, rapporte une observation de résection diaphysaire du péroné pour ostéomyélite aiguë, chez un enfant de deux ans et demi: après section du péroné au niveau de sa partie moyenne, chute de la température, qui remonte dix jours après; M. Lecène intervient à nouveau et resèque le reste du péroné; guérison et régénération totale consécutive de l'os. L'auteur rappelle que les résections diaphysaires totales sont des opérations anciennes puisque les premières ont été tentées par des chirurgiens anglais et américains vers 1866; si depuis, elles ont été abandonnées, c'est que les résultats éloignés n'ont pas toujours été très encourageants; il faut craindre les incurvations et les pseudarthroses et on ne pourrait conclure qu'après l'étude d'une quantité de faits bien étudiés, à l'utilité d'une modification du traitement actuel des ostéomyélites aiguës.

Fractures des os du carpe. — M. MOUCHET fait un rapport sur quelques observations de fractures rares des os du carpe, envoyées par MM. SOLCARD et GUICHARD (marine); une fracture du pisiforme, guérie sans traitement spécial; une fracture cunéenne externe du radius avec fracture du trapézoïde, guérison après simple application d'une écharpe; enfin une fracture du scaphoïde.

Entérotomie chez un nourrisson. — M. Jean QUÉNU (rapport de M. MATHIEU) a pu, chez un enfant de sept mois et demi ayant avalé un long clou pointu fixé dans l'intestin grêle, après examens radiologiques faits en série, localiser le corps étranger et l'extraire après laparotomie et entérotomie. Guérison sans incidents.

Occlusions précoces après appendicite. — M. OKINCZYC fait un premier rapport sur un travail de M. HAUTEFAGE qui, chez un enfant de onze ans incisé auparavant pour abcès appendiculaire, fit à froid l'ablation de l'appendice; occlusion six jours après; nouvelle opération, libération des adhérences et guérison après iléo-colostomie; et un deuxième rapport sur le même sujet, sur une observation de M. BERGOS (d'Alger), qui intervint pour une occlusion après appendicectomie pratiquée sept ans auparavant; après libération des adhérences, M. Bergos dut terminer par un anus contre nature; le malade fit un tétanos aigu et mourut quarante-huit heures après. M. Okinczyc insiste sur l'extrême rareté de ces tétanos post-opératoires,

Cordotomie. — M. ROBINEAU fait un rapport sur une observation de M. Yves DELAGENIÈRE qui, chez une femme de quarante-neuf ans, opérée pour fibrome et présentant un cancer inopérable du col avec douleurs atroces, fit une section des cordons antéro-latéraux au niveau de la IIIe dorsale; les suites furent bénignes, la malade se leva le troisième jour; cessation des douleurs aussitôt après l'opération; la malade mourut cinq mois après, mais ayant cessé de souffrir depuis le jour où la cordotomie fut pratiquée. M. Robineau, malgré quelques réserves au sujet du lever précoce chez ces opérés, recommande dans ces cas de cancers inopérables et si douloureux, de pratiquer la cordotomie qui, faite en moelle saine, est une opération bénigne.

M. DE MARTEL appuie les dires de M. ROBINEAU; en Amérique, tous les chirurgiens pratiquent cette opération sur les cancéreux; pour sa part, M. de Martel en a fait 58 dans des cas semblables et considère cette opération comme très bénigne.

Luxation de l'humérus. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation de M. GRIMAULT (d'Algrange) qui opéra un malade ayant, après torsion du bras, présenté une luxation de l'humérus hors de la peau déchirée, avec plaie souillée de terre; après dissection, la luxation est réduite, sutures sans drainage; suites opératoires simples.

Kyste mucoïde de l'ovaire. — M. SAUVÉ a pu, chez une femme de soixante-six ans, opérer une tumeur analogue à celle présentée par M. Dehelly; kyste de l'ovaire avec masse de gélatine intra-péritonéale. La malade est actuellement en bonne voie de guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1927)

Pièce de monnaie enclavée dans la bronche droite et dont la présence ne fut révélée qu'au bout de dix ans à l'occasion d'un examen radiologique. — M. André MARTIN.

Deux cas d'accidents toxiques dus au « vernis du Japon ». — M. Jean BERTRAND. Il s'agit de deux jeunes malades, dont l'une présenta une dermite de la face et des avant-bras après avoir soigné et élagué un « vernis du Japon ». Dans la suite, chaque fois que cette malade touchait à l'arbre, elle refaisait une poussée de dermite à la face et aux avant-bras. Ayant changé de domicile et habitant maintenant dans une maison au voisinage de laquelle cet arbre n'existe pas, la dermite a définitivement disparu.

L'autre malade présenta dans les mêmes conditions une poussée d'urticaire généralisée avec arthralgie. Ne touchant plus à l'arbre, l'urticaire disparut et ne se renouvela pas, mais une employée de la maison qui malgré les conseils du médecin continua à s'approcher de l'arbre et à en palper les feuilles fut prise d'un érythème des mains et des avant-bras avec arthralgie des deux poignets ayant duré plusiers jours.

Une manifestation rare de la maladie du sérum. — M. Jean BERTRAND.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1927)

Premier essai chez l'homme d'une thérapeutique nouvelle des affections pulmonaires par voie intracardiaque droite. Nouvelle technique de ponction des cavités droites du cœur par voie épigastrique. — MM. CHERECHEWSKI et DE WILLIENCOURT présentent l'observation d'un malade hospitalisé pour cancer de l'estomac. Au cours de son hospitalisation ce malade fit une bronchopneumonie extrêmement grave. On lui injecta par voie épigastrique dans le ventricule droit 5 centimètres cubes d'une solution de bleu de méthylène. La toux et l'expectoration diminuèrent et le malade guérit rapidement de sa bronchopneumonie.

Les auteurs signalent que cette injection intracardiaque droite de substance médicamenteuse est peu douloureuse et d'une technique aisée. Poursuivant leurs recherches ils espèrent avoir ainsi une action bactéricide plus active que par la simple injection intraveineuse sur la flore microbienne du poumon au cours des affections pulmonaires aiguës, et peut-être aussi sur la flore microbienne secondaire associée au bacille de Koch chez les tuberculeux pulmonaires.

Considérations pronostiques et thérapeutiques du symptôme « fièvre » chez les nourrissons. — M. Jean BERTRAND.

Présentation de feuilles d'observation de maternité. — M. ASSELIN DE WILLIENCOURT.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1927)

Fistule urinaire urétro-périnéale. Autoplastie urétrale, guérison. (*Présentation du malade.*) — MM. JEANBRAU et A. BONNET.

Petit adénome prostatique faisant clapet chez un jeune sujet. — MM. E. JEANBRAU et A. BONNET.

Sur la signification nosologique de la « névraxite anxieuse diffuse » décrite par M. Targowla. — MM. P. PAGÈS et H. VIALLEFONT ont observé de nombreux exemples de ce syndrome qui correspondent rigoureusement à la description de M. Targowla et Mlle Serin. Ils considèrent pour des raisons géographiques, étiologiques, symptomatiques et évolutives, qu'il s'agit non de sclérose en plaques, mais d'une forme clinique de névraxite épidémique.

Mucocèle géante du sac lacrymal. — MM. H. VILLARD et Ch. DEJEAN.

Un cas de septicémie à pneumobacille de Friedlander. — MM. BORY et JARRY relatent l'observation d'un malade présentant à son entrée à l'hôpital un syndrome clinique caractérisé par une température à oscillations ascendantes, un état infectieux d'allure sérieuse et une péricardite sèche à très gros frottements. Une hémoculture permet d'isoler du sang circulant une culture pure de pneumobacilles de Friedlander. Un peu plus tard s'installe une pleurésie double avec épanchement minime. L'examen cytobactériologique de cet épanchement montre une formule de polynucléaires non altérés : pas de germes.

Le malade guérit après avoir présenté une courbe fébrile d'allure typhoïdique, avec descente en lysis. La convalescence est traînante.

Comme traitement les auteurs ont utilisé le salicylate de soude en ingestion, qui leur a paru donner d'excellents résultats.

Coquillages et fièvres typhoïdes. — MM. BERTIN-SANS et CARRIEU rapportent une statistique portant sur les infections typhoïdiques observées à Montpellier pendant l'année 1926. Il y en a eu 164, parmi lesquelles 84 soit plus de la moitié ont été attribuées par les médecins qui les ont soignées à l'ingestion de coquillages; les moules, les huîtres puis les clovisses ont joué le principal rôle. Les décès ont été plus fréquents dans ces fièvres d'origine coquillaire. La lutte contre ces infections est très délicate, car il est légalement impossible d'interdire la vente de ces produits. Il faut s'appuyer sur le décret du 31 juillet 1923 et éduquer le public, mais il est dangereux, sous prétexte de prendre des précautions contre ce danger, de donner aux consommateurs une tranquillité trompeuse.

Le traitement des névralgies sciatiques dites essentielles par les rayons X et par les ultraviolets. — MM. P. LAMARQUE et P. ALINAT.

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1927)

Les accidents nerveux consécutifs à la vaccination jennérienne. — MM. E. EUZIÈRE et P. PAGÈS apportent six observations de cet ordre : trois présentent un tableau de névraxite anxieuse diffuse, les trois autres sont une chorée généralisée, une forme algo-myoclonique et une forme radiculo-névritique.

Trois fois quelques symptômes discrets s'étaient manifestés antérieurement à la vaccination. Le tableau clinique s'est constitué dix jours en moyenne après l'inoculation vaccinale; sauf deux fois il n'y avait pas eu d'accidents locaux au point inoculé.

Les auteurs considèrent que ces accidents reproduisent avec fidélité les diverses formes de la névraxite épidémique dans la région montpelliéraine au moment de l'observation et cette constatation leur paraît un argument en faveur de la thèse de l'origine névraxitique des troubles nerveux post-vaccinaux.

Cancer des voies biliaires. — MM. E. FORGUE et M. LAPEYRIE apportent l'observation et présentent les pièces anatomiques d'un cancer primitif des voies biliaires siégeant au niveau du carrefour des canaux hépatiques, cystique et cholé-

doque, accompagné de métastases sur le trajet des voies biliaires intrahépatiques.

L'observation clinique se résume ainsi : femme de quarante-quatre ans, ictérique depuis six mois. Apparition de l'ictère brusquement, sans douleur, jamais de fièvre. A l'examen, très gros foie régulier, pas de vésicule biliaire palpable; décoloration complète des matières fécales et urines très pigmentées. Etat général remarquablement bien conservé. Intervention exploratrice, mort quinze jours après d'insuffisance hépatique par hémorragies multiples.

Un cas de hernie inguino-interstitielle avec ectopie. — MM. A. Guibal et Marchand.

Un cas de diabète infantile traité par l'insuline. — MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal.

LIVRES NOUVEAUX

Électrologie (1), par Delherm et Laquerrière. T. XXXI du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix).

La première édition de l'*Électrologie* de Delherm et Laquerrière avait été rapidement épuisée et cette nouvelle édition était attendue depuis longtemps déjà. C'est que, tout en conservant le plan général de l'ouvrage, les auteurs l'ont profondément remanié et ont augmenté beaucoup certains chapitres.

Les généralités sur les modalités du courant électrique, indispensables pour un ouvrage destiné aux praticiens ont reçu de plus larges développements. Elles sont accompagnées d'un chapitre trop souvent absent dans les traités d'électrothérapie, sur « les précautions à prendre dans les installations électroradiologiques ». Un chapitre spécial donne les notions nouvelles sur les diverses radiations : infrarouges, spectre lumineux, lumières colorées, rayons ultraviolets. Ça et là dans les différents chapitres ces notions trouveront leurs applications, en particulier, au chapitre des névrites et névralgies et surtout dans l'exposé du traitement actuel des troubles de développement de l'enfance.

Dans la première édition, les auteurs avaient volontairement laissé de côté ce qui a trait à la pathologie externe. Cette lacune est maintenant largement comblée : un long chapitre traite des différentes arthrites, des tuberculoses ostéo-articulaires, fractures, séquelles de fractures et affections articulaires, affections orthopédiques, accidents du travail et blessures de guerre.

Les méthodes nouvelles d'électrodiagnostic trouvent à côté des anciennes, la place qui leur est due : les unes ne sont pas opposées aux autres mais leurs résultats sont comparés, comme on compare la pesée rapide faite avec une balance qui mesure des kilogrammes aux méthodes minutieuses destinées à donner des renseignements exacts à un milligramme près. Tour à tour après la technique de l'électrodiagnostic classique sont exposées la technique de Cluzet et les méthodes de recherche de la chronaxie de Lapicque, de Bourguignon, de Strohl avec le schéma du montage des appareils de ces deux derniers auteurs. Les auteurs exposent les détails de technique, les conceptions modernes sur le point moteur telles qu'elles résultent des expériences de Bourguignon, les tableaux de chronaxie

(1) Deuxième édition, un volume de 543 pages avec 160 figures. — Paris, 1927, Maloine.

chez l'homme normal, la valeur de la recherche de la chronaxie en pathologie, enfin l'explication de la réaction de dégénérescence à la lueur de l'étude de la chronaxie.

L'électrothérapie neurologique reçoit de nouveaux développements en particulier au sujet de l'introduction électrolytique des médicaments dans les névralgies, dans la paralysie faciale, dans l'hémiplégie; au sujet du traitement actuel du goître exophtalmique et de la paralysie infantile.

En résumé, si par la clarté de leur exposé Delherm et Laquerrière ont écrit un ouvrage utile à tous les praticiens, la minutieuse mise à jour dont il a été l'objet le fera consulter journellement par les électrologistes. H. BEAU.

Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, IXe Congrès, Montréal, 1926 (1). Président, M. le professeur Albert Le Sage.

I. Texte préliminaire des rapports.

II. Rapports et travaux.

Publiés sous la direction de MM. les professeurs Gustave Archambault, Roméo, R. Boucher et Hector Aubry (de Montréal.

CALENDRIER DES CONGRÈS

1928. — 25 janvier. Paris. Fédération française d'athlétisme. Manifestation de propagande à la Sorbonne : *Le véritable visage du sport.*

Février. Paris. Etats généraux du thermalisme et du tourisme. — Secrét. gén. : M. Moncorgé.

21-25 avril. Journées médicales belges. — Secrét. gén. : M. R. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.

22-30 avril. Salon des médecins. — Secrét. gén. : docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

Avril. Jubilé Charles Nicolle à Tunis. — Secrét. gén. : docteur F. Gérard, rue de Serbie, Tunis.

3-8 avril. Journées médicales et vétérinaires marocaines. — Secrét. gén. : docteur Lépinay, rue de Marseille, Casablanca.

22-30 mai. Congrès international de thalassothérapie. Bucarest. Constantza. — Secrét. gén. : docteur Léo, 50, avenue du Président-Wilson, Paris.

Mai. Réunion neurologique annuelle. — Secrét. gén. : docteur Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Mai. Réunion des Sociétés de biologie. Secrétariat général, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

14-18 mai. Londres. Troisième centenaire de la publication du Traité « *de motu cordis* » de William Harvey, célébré par le College Royal des médecins de Londres.

29-31 mai. Nancy. Conférence de défense sociale contre la syphilis. — Secrétariat général : docteur Sicard de Plauzolles, 44, rue de Lisbonne, à Paris.

Juin-juillet. Paris-Le Havre. Congrès International pour la destruction du rat. — Renseignements : professeur Gabriel Petit, Ecole d'Alfort (Seine).

1er-5 juillet. Journées médicales de Rio de Janeiro. — Secrét. gén. : M. Balmiro Valverde, rue Sao José, 84, 4e ander, à Rio de Janeiro.

2-8 juillet. Congrès international de l'habitation. Fédération internationale de l'habitation et de l'aménagement des villes. — Secrétariat général : 29, rue de Sévigné.

5-8 juillet. Congrès international d'assistance publique et privée. — Secrétariat général : 49, rue de Miromesnil.

8-12 juillet. Congrès international de la protection de l'enfance. — Secrétariat général : 37, avenue Victor-Emmanuel III.

8-13 juillet. Conférence internationale du service social. — — Secrétariat général : 2, rue Vélasquez.

15 juin-15 juillet. Exposition internationale de l'habitation et du progrès social. — Secrétariat général : 29, rue de Sévigné.

23-27 juillet. Stockholm. IIe Congrès international de radiographie. — Secrét. gén. : M. Axel Renander, Sophia Remmet, à Stockholm.

23-28 juillet. Anvers. Congrès international des aliénistes et neurologistes. — Président : professeur Claude; secrét. gén. : docteur F. Meeus, 21, Nervierstraat, Anvers.

29 juillet-1er août. Copenhague. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Secrét. gén. : docteur R. Miégeville, 11, place Vintimille, Paris.

Juillet. Journées thermales de Clermont-Ferrand.

3-6 septembre. Budapest. Ve Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles.

25-27 septembre. Rome. Congrès international de la tuberculose.

1er octobre. Paris. Congrès français de chirurgie. — Président : M. A. Gosset; secrét. gén. : docteur Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

2 octobre. Paris. Congrès français d'urologie. — Secrét. gén. : docteur Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

4 octobre. Paris. Congrès français d'orthopédie. — Secrét. gén. : docteur Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris (VIIe).

Octobre. Paris. Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils. — Docteur Reynès, à Marseille.

Octobre. Paris. XXe Congrès d'hygiène. — Secrét. gén. : docteur Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.

Octobre. Paris. Congrès de médecine sociale et des accidents du travail.

Octobre. Paris. XIIIe Congrès de médecine légale.

Décembre. Le Caire. Journées médicales et centenaire de l'hôpital Kaar el Aïni.

1929. — Printemps. Madrid. IIe Réunion de la Fédération de la Presse médicale latine. — Secrét. gén. : M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris.

Mai. Journées médicales de Paris. — Secrét. gén. : docteur Descomps, 44, rue de Lille, Paris (VIIe).

Juillet. Congrès de la Société internationale de chirurgie (Varsovie). — Secrét. gén. : M. Léopold Mayer, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

Septembre. Montpellier. XXe Congrès français de médecine. — Secrét. gén. : prof. Rimbaud, 1, rue Levat, Montpellier.

Septembre. Paris. VIe Congrès des pédiatres de langue française.

1931. — Londres. Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

Croisières médicales. S'adresser au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre, et au service des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 11 janvier. — Jury : MM. Bernard, président; Gosset, Debré et Quénu. — M. GIRARD. Sur un cas de phlegmon dans la partie droite du gros intestin. — M. LANEL. Etude sur la tuberculose pulmonaire.

Jeudi 12 janvier. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Duval et Gatellier. — M. DANIEL. L'exploration radiologique du temporal. — M. CHAUVEAU. Les algues marines en thérapeutique. — M. BARON. Etude sur la bactériologie des cystites.

(1) Deux vol. in-8. — Imprimerie-librairie Beauchemin Limited Montréal, 1926.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

R. C., 176.249, Seine.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32.028, Seine.

N° 3. — MERCREDI 11 JANVIER 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 11 JANVIER 1928. — N° 3.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : Mlle Soulas, MM. Balmès, Lonjon, Anselme-Martin; internes provisoires : Mlle Lafourcade, MM. Dufoix, Arnal, Jayle; candidats classés : Mlle Pélissier, MM. Aubert, Nicolas, Camboulives, Caillol.

Concours de l'externat. — Sont nommés :

Externes titulaires : MM. Arnal, Granel, Mouliérac, Suquet, Montagné, Mourab-Saheb, Auriol, Mlle Fose, MM. Crouzet, Stœrr, Fraissinet, Jakhajn, Diacono, Bergé, Le Forestier; externes provisoires : MM. Calas, Marron, Carratier, Bétoulières, Bec, Galtier, Aubert, Bory; candidats classés : Mlle Michel, MM. Bastide, de Andreis, Raffali, Mazauric, Maynard, Ibanez.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Gérard (G.), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, à compter du 1er janvier 1928, professeur d'anatomie à ladite Faculté (chaire vacante : M. Debierre, dernier titulaire).

— Nancy. — La chaire de clinique propédeutique et pathologie interne de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire d'ophtalmologie.

M. Jeandelize, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er janvier 1928, professeur d'ophtalmologie à ladite Faculté (chaire transformée).

La chaire d'hygiène et bactériologie de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire d'hygiène et médecine préventive.

M. Parisot (Jacques), professeur d'hygiène et bactériologie à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur d'hygiène et médecine préventive à ladite Faculté (chaire transformée).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — Un concours s'ouvrira le mercredi 20 juillet 1928 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour un emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve.) — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Genty, Grille, Richard, Schutzenberger, Lattes, Bru, Terris, Beguier, Apard, Marlaud, Penet, Turquéty, Brot, Lescuras, Mosse, Dejean, Vinsonneau, Leenhardt, Suttel, Clary-Bousquet, Collez, Quesnot, Giraud, Delfino, Liébault, Prieur, Maurel, Mesnard, Marion-Gallois, Simonin, Simon, Bourgin, Chambas, Georgeot, Escalie, Parant, Lévy, Pelissier, Poulaud, Bastien, Cabouat, Binet, Billard, Pauliac, de Butler d'Ormond, Gosselin, Mendoul, Ségal, Schlesser, Nodet, Meyniard, Froelich, Houlbert, Laurent, Lemaître, Vaton, Grangeneuve, Cheynce, Sigalas, Dourlhes, Chauvin, Le Rasle, Barreau.

MM. les pharmaciens Marcelet, Deffins, Macé, Barthet, Personne, Pacton; M. le dentiste Bonnafy-Dergys.

(Troupes coloniales. Réserve.) MM. les docteurs Moitron et Pochard.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, vient d'être élevé à la dignité de grand officier de la couronne d'Italie.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Mauran (Maroc), Scheydt (de Cette).

Médaille de vermeil. — Mlle Glotz, externe de l'hôpital de la Charité, à Paris; les docteurs Delanoë (Maroc), Gobert, à Tunis.

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Pélissier (de Mar-

seille), Prunet, inspecteur départemental d'hygiène du Cher; Routhier, Valette (Maroc); le médecin major Bastien, MM. Telling (Sfax), Biecheler (Kairouan); les médecins-majors Seilhan et Ramery; M. Paul Durand (Tunis).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Rollet du Coudray (de Tours), Huriez (de Lille), Félix Bérard et Brochier (de Lyon), Guilluy (de Lille), Léon Tixier (de Paris), Julien Marie, Bouillé, Bohn, Le Baron, internes des hôpitaux de Paris; MM. Cousin, Magat, Paris, Mlle Suzanne Weill, MM. Boisramé, Collard, Aujay, externes des hôpitaux de Paris; Noury, de l'Institut Pasteur; le docteur Ghaurand (Kairouan).

GUERRE. — Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire reçus docteurs en médecine en novembre et décembre, nommés médecins aides-majors de 1re classe et ayant reçu des affectations provisoires sont affectés avec la mention service:

Aux hôpitaux militaires du gouvernement militaire de Paris : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Sohier, Pages, Nahon, Cadi, Péraldi, Reberol, Salaün, Arthenac, Duc, Tanguy, Audrain, Bernier, Durand, Dassonville, Senequier, Willemin.

A l'hôpital militaire d'Alger : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Jude, Brucker, André, Lapeyre.

A l'hôpital militaire de Bordeaux : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Camoreyt, Cazaux, Cauvin, Boyrie, Augère, Peyré.

A l'hôpital militaire Scrive de Lille : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Spetebroot, Marot, Bidegaray.

A l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Poulin, Paléologue, Normand, Darre, Humann, Cluzel, Julliard, Marchetti, Lados, Trippier-Dubourg.

Aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Syrmen, Robert, Meynadier, Doumenc, Marmillot, Connes, Huguier.

A l'hôpital militaire Sédillot, Nancy : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Petitdemange, Harter (R.-J.), Maitrerobert, Harter (J.-O.), Roussel, Mettetal.

A l'hôpital militaire de Toulouse : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Aujaleu, Reynaud, Prouzet, Gorsse, Lacaux, Duban, Chemin, Garayon, Gosse-Gardet.

A l'hôpital militaire Gaujot à Strasbourg : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Gounelle, Picard, Leder, Collin, Horrenberger, Houpert, Duport.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un poste de médecin directeur est vacant au sanatorium de Boulou-les-Roses (Corrèze).

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Nous apprenons que le professeur Portmann (de Bordeaux) vient d'être désigné comme rapporteur au Ier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie avec MM. les professeurs Mouret (de Montpellier) et Wittmaack (de Hambourg sur « la structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille ».

Ce Congrès se tiendra sous la présidence de M. le professeur Schemiegerow, à Copenhague, du 29 juillet au 1er août 1928.

LE REPOS DES FEMMES EN COUCHES. — Le *Journal officiel* du 5 janvier publie la loi portant modification de l'article 29 du livre Ier du Code du travail et de la prévoyance sociale concernant le repos des femmes en couches.

La suspension du travail pendant douze semaines consécutives avant et après l'accouchement, et pendant quinze semaines en cas d'une maladie résultant de la grossesse ou des couches ne peut être une cause de rupture du contrat de travail.

IXe SALON DES MÉDECINS. — Il s'ouvrira du dimanche 22 au 30 avril prochain inclus, comme à l'accoutumée, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — M. Mathieu-Pierre Weil fera, le dimanche 15 janvier à 10 h. précises, à l'amphithéâtre des concours de l'A. d., rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain), une conférence sur le « rhumatisme de la ménopause ».

I. DE JONG

S. I. de Jong vient de s'éteindre après une longue maladie. Jusqu'à ses dernières heures il parlait de l'avenir, de recherches à poursuivre. L'angoisse de la fin lui a été épargnée. Il est mort en dormant : c'est, pour ceux qui l'ont aimé, la seule des consolations.

Intelligence lumineuse, esprit curieux et chercheur, que toute nouveauté séduisait, il voulait travailler dans la gaieté; sa verve pétillante d'esprit et de charme savait animer les problèmes les plus difficiles de la biologie et de la bactériologie.

Nommé interne des hôpitaux en 1903, lauréat au concours de l'internat, lauréat de la Faculté de médecine en 1907, il était, au moment de la déclaration de guerre, assistant au dispensaire anti-tuberculeux de Laennec.

Il part le 2 août 1914 comme médecin aide-major au corps colonial, devient chef de laboratoire aux armées puis médecin consultant. Il est bientôt décoré de la croix de guerre puis fait chevalier de la légion d'honneur à titre militaire.

Médecin des hôpitaux en 1919 il est nommé agrégé d'anatomie pathologique en 1924. Ses auditeurs se souviendront longtemps de la façon vivante et pittoresque dont il exprimait sa pensée.

C'était un clinicien qui savait illustrer d'exemples vécus son enseignement histopathologique.

Son œuvre scientifique fut commencée avec le professeur Bezançon dont il était l'élève préféré, et qui, jusqu'au bout, lui aura prodigué les soins les plus attentifs. Ses travaux cliniques concernent surtout les affections de l'appareil respiratoire et la tuberculose. Ses études sur l'histo-chimie, la cytologie et la bactériologie des crachats éclairent le diagnostic et le pronostic des affections broncho-pulmonaires.

Nous perdons en lui un véritable ami, un maître à l'âme généreuse qu'aucune détresse ne laissait insensible, un homme de cœur qui, en toutes circonstances, avait fait plus que son devoir. Puissent ces sentiments adoucir quelque peu l'immense douleur de Mme de Jong qui fut pour lui une compagne admirable de dévouement, et à laquelle nous adressons ici nos plus respectueuses condoléances!

ÉDOUARD PEYRE.

LA PHYSIOTHÉRAPIE DES TISSUS INTERSTITIELS

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique de la Salpêtrière.

I

DIRECTIVES GÉNÉRALES

L'observation clinique permet d'étudier, au sein des tissus interstitiels, d'incessantes variations objectives, dont j'ai tenté ailleurs (1) la description et l'interprétation.

Ces données apportent à la physiothérapie des directives précises concernant ses indications et sa technique dont l'exposé fera l'objet de ce travail.

Les moindres interstices de nos tissus, organes et appareils, sont comblés par le tissu interstitiel, imbibé du liquide interstitiel, ou lymphe primitive, et dans lequel cheminent les vaisseaux sanguins, lymphatiques et les nerfs. Si nous mettons à part les nerfs émanés du névraxe, parce que leur pathologie est tout à fait spéciale, l'innervation végétative, le système lymphatique et les vaisseaux sanguins, enfin le tissu interstitiel et le liquide qui le baigne, constituent un ensemble de formations anatomiquement distinctes, mais physiologiquement associées en vue des fonctions de nutrition et de désassimilation. Toute cause morbide susceptible d'altérer les unes ou les autres aura donc sa répercussion sur cet ensemble.

Les réactions, cliniquement constatées dans les tissus interstitiels, sont les unes anatomiques, les autres fonctionnelles.

Les premières sont : l'inflammation avec ses aboutissants : suppurations, nécrose, ou transformation du tissu interstitiel en tissu fibreux (sclérose), ou encore la surcharge graisseuse ou la lipodystrophie, les maladies des tissus et organes interstitiels.

Les réactions fonctionnelles sont de deux ordres : 1° Dans les tissus interstitiels, apparaît un gonflement, analogue à celui produit par une injection hypodermique; fréquemment, ce gonflement se prolonge en traînées orientées vers les lymphatiques, dont les ganglions augmentent alors de volume. Ce gonflement peut être interprété comme l'indice d'un trouble humoral, atteignant le liquide interstitiel. Or, celui-ci, qui vient du sang, est drainé par les lymphatiques sur le trajet desquels les ganglions lymphatiques ont la valeur fonctionnelle de véritables postes d'épuration.

On le sait, tout le système lymphatique aboutit aux confluents des veines sous-clavières et jugulaires qui deviennent, ainsi, les confluents lymphatico-sanguins. Tout ce qui compromet la perméabilité du drainage lymphatique provoque l'accumulation de liquide, immédiatement au-dessous du point obstrué, c'est l'œdème de stase lymphatique.

(1) Alquier. Les réactions fonctionnelles cliniquement appréciables dans les tissus interstitiels. (Doit paraître prochainement dans le *Journal de médecine de Paris*.)

2° Les tissus présentent des alternatives de relâchement et de rétraction spasmodique, comparables aux réactions vaso-motrices dilatant ou contractant les vaisseaux sanguins; les deux me paraissent dépendre de l'innervation végétative.

On ne sait pas exactement à quels éléments anatomiques appartient la rétraction tissulaire, elle varie d'un instant à l'autre, sa durée paraît indéterminée, elle est provoquée ou atténuée par tout ce qui agit sur l'innervation végétative. Son importance pratique est capitale : c'est elle qui, morcelant le liquide interstitiel en placards ou nodosités, donne l'aspect aujourd'hui bien connu sous le nom de cellulite. Aux crises de rétraction correspondent les douleurs par irritation de l'innervation sensitive des tissus rétractés, les crampes par irritation des nerfs moteurs; enfin, d'innombrables réflexes végétatifs par répercussion locale ou à distance sur tout le système nerveux végétatif.

De ces notions, se dégage, pour la physiothérapie, un double objectif : désencombrer les lymphatiques engorgés et régulariser la rétraction tissulaire, ainsi que les réactions vaso-motrices.

Trois ordres de causes entravent ou limitent l'action de la physiothérapie :

1° **L'état irréductible de certaines lésions.** — Sclérose. — Certaines sont véritablement irréductibles. Mais leur nombre se restreint peu à peu avec les progrès de la technique. Celle qui consiste à déterminer de petites irritations ayant pour but de ramener le tissu fibreux à l'état embryonnaire peut aboutir à une sclérose plus dense dès que l'irritation se calme. Il faut, à mon avis, dissocier doucement les tissus et provoquer la congestion sanguine en évitant les ruptures vasculaires.

Les cicatrices perpendiculaires aux lymphatiques sont particulièrement redoutables si elles aboutissent à la bride fibreuse, interrompant le drainage lymphatique. Un fait, entre tous : Une malade ayant subi la résection d'une côte cervicale se présente avec une cicatrice chirurgicalement irréprochable, coupant la base du creux sus-claviculaire, un peu au-dessus de la clavicule. D'où un engorgement lymphatique permanent de toute la région latérale du cou aggravant les douleurs qui avaient motivé l'intervention. La cicatrice étant irréductible, la malade va de spécialiste en spécialiste n'obtenant, depuis des années, que de petites améliorations passagères.

Adipose. — Beaucoup d'obèses sont, heureusement, surtout des infiltrés, et ici la physiothérapie fait merveille. Mais, en cas d'adipose véritable, et surtout si celle-ci devient lipomatose, la physiothérapie donne de bien faibles résultats. Il faut s'adresser au processus morbide qui a engendré la surproduction et l'accumulation de graisse.

2° **L'état des fonctions nerveuses.** — Il est rare que le nervosisme, l'irritabilité du sujet aillent jusqu'à l'intolérance complète vis-à-vis de tous les agents physiques.

La mise en train est, certes, hérissée de diffi-

cultés, mais, lorsqu'on parvient à rétablir, chez ces malades, l'équilibre nerveux, une véritable transformation physique et morale s'opère en eux.

Une cause permanente d'irritation atteignant un point quelconque de l'innervation végétative peut provoquer des crises de rétraction tissulaire et des troubles vaso-moteurs qui ne céderont que si l'épine irritative vient à être supprimée. Par exemple, dans certaines névralgies ovariennes, l'amélioration qu'on arrive à obtenir, plus ou moins difficilement, est interrompue brusquement par de nouvelles crises douloureuses. En cas d'adhérences des viscères abdominaux, le traitement physiothérapique supprime les infiltrats, l'engorgement, les rétractions et améliore la vaso-motricité, autant du moins que le permettent les lésions définitives. On arrive, tout au moins, à améliorer : troubles locaux, nutrition générale et nervosisme. Mais les interventions chirurgicales montrent qu'après tous les traitements physiothérapiques, actuellement connus, les adhérences persistent et, de ce fait, des récidives sont toujours possibles dès que se reproduiront les troubles morbides causes d'infiltrat ou d'irritation nerveuse.

Certaines affections organiques du système nerveux cérébro-spinal s'accompagnent de cellulite avec : infiltrat et engorgement, d'une part; rétraction tissulaire douloureuse et troubles vaso-moteurs, d'autre part. Si la cellulite est simplement surajoutée à l'affection nerveuse, elle cède, sans difficulté particulière, et on s'aperçoit que sa présence exagérait les troubles nerveux. Mais, surtout dans les lésions qui atteignent la région comprise entre les noyaux gris centraux et la moelle cervicale inférieure, le gonflement avec engorgement lymphatique et la rétraction avec les troubles végétatifs semblent bien faire partie de la maladie et partager son évolution. On arrive bien à modifier les réactions tissulaires, mais elles se reproduisent aussitôt ou bien elles apparaissent à peu près immuables.

Lors des plaies nerveuses atteignant les nerfs riches en filets sympathiques, nerfs médian et sciatique, on observe un œdème rendu douloureux par la rétraction tissulaire, et souvent rouge. Il peut prendre l'aspect de causalgie ou du syndrome de Volkman cellulitique. Dans certaines fractures de jambe s'observent un œdème sus-malléolaire et un pied-bot spasmodique par cellulite due à la même cause et qui cède dès qu'on a réduit, au niveau du foyer de fracture, l'infiltrat irritant.

3° **La cause du processus morbide.** — Pendant la phase aiguë des maladies infectieuse, il vaut mieux s'abstenir de toute physiothérapie proprement dite et se garder de réveiller une inflammation mal éteinte en voulant trop tôt la traiter. La résorption trop brusque d'un infiltrat infectieux peut déterminer un accès de fièvre et des phénomènes d'infection générale.

Ailleurs, la physiothérapie serait inopportune : elle doit faire place au traitement thyroïdien dans le myxœdème; aux toni-cardiaques dans l'œdème de stase sanguine. En cas d'insuffisance veineuse, la périphlébite cellulitique est justiciable du traitement physiothérapique de la cellulite, mais il ne faut pas négliger le traitement médicamenteux des lésions veineuses proprement dites.

Chez les cardiaques, les intoxiqués, surtout par insuffisance hépato-rénale, chez les affaiblis, la résorption trop rapide de l'infiltrat interstitiel fatigue et déprime dans les vingt-quatre ou quarante-huit huit heures qui suivent.

Après avoir reconnu, chez le sujet à traiter, l'existence dans les tissus interstitiels des réactions justiciables de la physiothérapie et constaté que rien ne vient contre-indiquer le traitement, comment régler ce dernier?

L'examen objectif du sujet, répété chaque fois, et ses réactions pendant et après chaque séance, nous indiquent la marche à suivre, et permettent de constater, pas à pas, les effets du traitement.

Avant tout, il faut rechercher dans les tissus, les traces d'une infection latente adéno-lymphangite et périviscérite cellulitiques. Des ganglions augmentés de volume, mous, avec fréquentes petites poussées de gonflements et réunis entre eux par des traînées de lymphangite, avec périadénite cellulitique, sont suspects d'infection. Souvent alors, en suivant du doigt l'adéno-lymphangite, on est conduit sur une dent infectée, un sinus douloureux à la pression. C'est là qu'il faut rechercher l'infection latente ; si on arrive à l'améliorer, l'adéno-lymphangite cède, et le traitement physiothérapique donne son plein rendement. On peut encore trouver la cellulite localisée autour de la vésicule biliaire, dans la fosse iliaque droite, avec adéno-lymphangite ascendante ou une péri-métro-salpingite cellulitique avec ganglions échelonnés, dans le petit bassin, autour de l'hypogastrique et à la région présacrée.

Ici encore, la physiothérapie doit être subordonnée à l'évolution de l'infection causale et évitant de réveiller l'inflammation latente, désencombrer les lymphatiques. Ceci doit se faire dans le sens du courant lymphatique :

Au cou, il faut commencer par la partie inférieure et remonter, progressivement, à mesure que l'adéno-lymphangite cède, en ayant bien soin de ne jamais laisser derrière soi, un groupe ganglionnaire engorgé, sous peine d'accumuler l'infiltrat contre un barrage empêchant sa migration. Aux membres, c'est l'inverse, traiter d'abord la racine, puis descendre, peu à peu, vers l'extrémité, quel que soit le siège de la lésion. On peut avoir la surprise de guérir le patient, presque sans avoir touché l'endroit malade, en rétablissant ainsi le drainage lymphatique, là où il était obstrué. Au contraire, la guérison est impossible, tant que persiste l'engorgement lymphatique. Notons, en passant, que pour l'étage abdominal supérieur, puisqu'on ne peut atteindre directement le canal thoracique et ses affluents directs, il faut assouplir les tissus de chaque côté de la colonne dorsale, sous les côtes et dans toute la hauteur de l'aisselle, enfin dégager la chaîne mammaire interne. Pour le petit bassin, profiter des larges anastomoses inguino-pelviennes, et dégager d'abord les ganglions inférieurs pour atteindre ensuite ceux situés plus haut.

Si l'adéno-lymphangite manque ou a disparu, le

traitement a pour objectifs et comme guide, la rétraction tissulaire et les troubles vaso-moteurs dépendant tous deux de l'innervation végétative.

La rétraction peut certes être considérée comme une réaction de défense, fixant sur place le liquide interstitiel et empêchant sa migration vers les lymphatiques. Mais, elle n'a pas la systématisation des troubles par engorgement lymphatique; comme toutes les réactions de l'innervation végétative, elle apparaît désordonnée dans sa topographie, dont tout ce qu'on peut dire est qu'elle prédomine aux points morts de la circulation lymphatique, là où le brassage du liquide interstitiel par les contractions musculaires est le moins efficace. Désordonnée aussi dans ses variations, comme d'ailleurs, les troubles vaso-moteurs. Mais ceci n'est qu'une apparence due à notre ignorance des réflexes végétatifs.

En pratique, il faut, tout d'abord, se garder de tomber dans l'erreur commise par ceux qui, les premiers, ont étudié la cellulite et ne pas s'attacher à résoudre, coûte que coûte, quelques nodosités, que trop souvent, on irrite en voulant les désagréger, alors qu'il est facile par des manœuvres faisant jouer l'élasticité des tissus, de libérer à la fois toute une région anatomique, sans provoquer aucune réaction irritative.

Bien plus, si nous savons provoquer la détente des points réflexogènes dont il est question ci-dessus, nous faisons du même coup céder la rétraction même en des points éloignés et qu'on ne peut traiter directement, sans immédiatement déclancher une crise d'irritation nerveuse végétative. Par exemple, un spasme pelvien provoque une crise de rétraction en tous les points du corps atteints de cellulite; en agissant sur la région présacrée, on détend parfois du même coup les spasmes sous-hépatiques et de la nuque, etc. Les réactions vaso-motrices sont un guide précieux pour l'appréciation des troubles nerveux végétatifs. Ce qui importe, c'est leur régularité et leur intensité. Pour la régularité, deux remarques seulement : 1° L'état marbré de la peau est pathologique; lorsque l'érythème provoqué devient uniforme, sans places blanches ou cyanosées, on peut conclure à une rééquilibration des réactions végétatives dans leur ensemble; 2° une irritabilité vaso-motrice variant à tout propos a la même signification anormale et la disparition de cette variabilité est d'un bon augure. Pour ce qui concerne l'intensité, nous pouvons dire ceci : que les manœuvres physiothérapiques provoquent quelques réactions vaso-motrices, rien de mieux. Tantôt, les tissus traités se réchauffent et sont animés de légers battements artériels, ou bien au contraire, la peau se refroidit et pâlit. Peu importe le sens de la réaction, vaso-dilatation ou vaso-constriction; l'essentiel est sa présence, indice d'une répercussion sur l'innervation végétative. Mais, si l'excitation dépasse le but, l'excès des réactions vaso-motrices constitue un excellent signal avertisseur; on assiste à une crise d'éréthisme vasculaire, avec battements exagérés des artères, rougeur et chaleur du tégument, ou bien la pâleur et l'algidité vont jusqu'à la lipothymie. Dans les deux cas, peuvent exister une crise sudorale, l'agitation, l'angoisse, etc. Ces réactions sont plus vives dans la station debout ou assise que dans le décubitus. A la base du cou, on peut, non seulement, les provoquer, mais en diriger le sens. Les excitations mécaniques orientées sur la face antérieure des apophyses cervicales transverses provoquent la vaso-dilatation, non seulement facio-cervicale, mais thoraco-abdominale, avec signes de congestion pulmonaire et hépato-splénique. Au contraire, le pincement doux et répété de la peau qui recouvre le tendon sternal du sterno-mastoïdien et l'extrémité interne de la clavicule, une traction douce de cet os, comme pour l'amener en avant, produisent la vaso-constriction, avec refroidissement parfois de tout le corps, rétraction du foie et de la rate, disparition des râles pulmonaires et rétablissement du murmure vésiculaire. On peut faire alterner les deux réactions en quelques minutes et tâter ainsi le degré de l'irritabilité nerveuse.

Ainsi donc en prenant comme guide les réactions fonctionnelles objectivement constatables dans les tissus interstitiels, la physiothérapie en s'adaptant aux possibilités de chaque sujet, peut mieux remplir les indications de chaque cas particulier.

Agissant à la fois sur l'équilibre humoral et sur l'équilibre nerveux, elle procure à nos organes et appareils, les conditions physiologiques d'un bon fonctionnement et rétablit ainsi l'équilibre physique et moral dans les cas en apparence les plus divers.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS

LA CIGUE. — LA CICUTINE (BROMHYDRATE)

La ciguë est l'une des rares ombellifères qui soit douée de propriétés toxiques.

On en connaît plusieurs espèces. La plus fréquente sous nos climats est *la grande ciguë ou ciguë officinale* (ciguë de Socrate, Conium maculatum). Il en est d'autres non moins dangereuses : la ciguë d'eau, *la petite ciguë*, cette dernière aisément confondue avec le persil et même le cerfeuil. Sa toxicité pour l'homme peut varier dans des conditions encore mal connues; la chèvre qui l'ingère sans inconvénients, fournit sous son influence un lait toxique.

L'Amérique du Nord a son espèce propre (Cicuta maculata) plus toxique encore que les précédentes et d'effets particulièrement rapides.

On emploie les *feuilles*, rarement fraîches, plus souvent *sèches*, recueillies avant la saison des fleurs et gardées à l'abri de l'air et de la lumière et *les semences*.

La saison d'été est celle de la plus grande richesse en principe actif.

Historique. — Les propriétés physiologiques de la ciguë sont connues de tous temps et sans doute, son emploi par les Athéniens comme poison judiciaire, ne marque-t-il pas le début de l'histoire toxicologique et médicale de la ciguë. La médecine paysanne de tous temps employait des applications de feuilles fraîches de ciguë en cataplasme, et la médecine de nos pères l'imitait en utilisant l'emplâtre à la ciguë

contre les névralgies rebelles, celles du cancer en particulier.

A l'intérieur, ses indications étaient fréquentes : tous les spasmes, les « convulsions » de l'hystérie au tétanos, la coqueluche, la phtisie même. Mais la toxicité du médicament toujours élevée malgré ses variations, en fit abandonner l'emploi.

Ce n'est qu'en ces dernières années, en particulier depuis les travaux de P. Marie et de ses élèves (1921) que la ciguë a retrouvé dans certains cas une faveur nouvelle. Encore est-ce à son principal principe actif que l'on s'adresse; et l'histoire contemporaine de la ciguë est surtout celle de la cicutine; leurs effets présentent, en effet, la plus grande ressemblance.

Composition chimique. — Les travaux des chimistes depuis Brandes (1827) et Gieseke (1828) jusqu'à ceux de Pouchet et de Richaud (1922) ont montré dans la ciguë la présence à côté d'une huile essentielle et d'un hydrocarbure, celle d'une série d'alcaloïdes. Le principal est la *cicutine* $C^8H^{17}N$ de Gieseke (conicine de Brandes) qui nous occupera seule. Parmi les autres il faut signaler la méthylconicine et la γ-conicéine, non moins toxiques à la présence desquels il semble qu'on doive rapporter certains troubles inconstants relevés par les cliniciens et les expérimentateurs dans les intoxications par la ciguë.

La cicutine est un liquide oléagineux, volatil, de saveur amère, d'odeur vireuse et étourdissante. Elle se dissout faiblement dans l'eau froide (1 p. 90) moins encore dans l'eau chaude et se dissous en toutes proportions dans l'alcool et dans l'éther. Ladenburg l'identifie à la propylpipéridine. Il donne comme formule globale : $C^8H^{17}NO$. Elle s'oxyde à l'air, brunit, se résinifie et perd son activité.

Elle se combine avec les acides pour former des sels qui cristallisent difficilement. Le *bromhydrate*, au contraire, cristallise bien; il est aisément soluble dans l'eau et contient 61 p. 100 de cicutine. C'est dans son emploi que se résume à peu près uniquement l'emploi de la ciguë dans la thérapeutique actuelle.

Propriétés physiologiques de la cicutine. — Pouchet décrit ce qu'il nomme les effets diffusés de la cicutine; nous en retrouverons la description à propos de l'intoxication cicutique. Nous n'étudierons ici que son action locale et son action sur les divers appareils.

Action locale. — Le bromhydrate de cicutine n'est pas irritant; il est seulement *analgésique*.

Employée en nature, la *cicutine est au contraire extrêmement irritante*; elle provoque la fluxion sanguine et une inflammation avec altération cellulaire qui peut aller jusqu'à la nécrose d'où production *d'ulcérations gangréneuses*. Les hématies sont détruites. Son application directe sur le derme provoque une douleur intense.

Même en dehors de ces phénomènes graves, il est habituel qu'on observe d'abord une exagération passagère et de la contractilité des fibres musculaires qui font place à de *l'anesthésie et de l'acinésie*.

Action sur les divers appareils. — *Système nerveux.* — Ses effets sont comparables à ceux du curare l'action portant surtout sur les terminaisons nerveuses, avec moins d'énergie du reste. C'est par le courant sanguin et du fait du contact direct que l'action paraît s'exercer puisque les effets en sont empêchés par l'interruption de la circulation artérielle.

Après une *phase transitoire d'excitation* avec tremblement apparaît graduellement *une diminution d'excitabilité nerveuse*; l'action, comme avec le curare, porte sur les *plaques motrices* des muscles. Au bout d'un certain temps seulement, on observe une *diminution de la sensibilité générale*. Ce n'est qu'à une période avancée qu'on note une paralysie des N ganglionnaires.

Son action, à la différence de celle du curare, se fait cependant sentir *assez précocement* sur le *pneumogastrique qui est paralysé*; d'où *phénomènes d'asphyxie* qui représentent le *danger cardinal* de la ciguë.

Son action sur le *sympathique* se fait également sentir : *mydriase de la période terminale* de l'intoxication. La pupille réagit, il est vrai, par de la mydriase dès le début, secondairement par du myosis, mais il semble qu'à cette période le N III soit seul en action.

Le pouvoir excito-moteur de la moelle est respecté; l'antagonisme avec la strychnine n'est donc qu'apparent.

Les anciens observateurs ont décrit, avec la ciguë des troubles convulsivants, comparables à ceux de la strychnine; ils semblent dus lorsqu'ils existent à la présence de méthylconicine.

Appareil circulatoire. — Les effets varient un peu avec les doses. Les doses très élevées peuvent donner au début de l'excitation avec palpitations précipités.

Habituellement, on observe *une accélération préliminaire avec augmentation de l'amplitude du pouls et élévation de la tension artérielle*. Puis apparaissent les *effets dépresseurs* : diminution de fréquence et d'amplitude du pouls, chute de la tension artérielle s'accentuant régulièrement jusqu'à la mort du cœur qui ne se produit que très tardivement; la ciguë donne parfois des troubles du rythme que l'on n'observe pas avec la cicutine seule.

Dépassée la période d'asphyxie, le retour à la normale se fait d'abord dans la sphère du X.

A noter que des doses réfractées de cicutine ne reproduisent pas les phénomènes d'excitation du début; elles accélèrent et accentuent seulement l'action dépressive.

Sang. — Malgré leur fragilité, les hématies ne sont pas lésées par la cicutine administrée per os; il y a seulement diminution de leur pouvoir oxydant.

Appareil respiratoire. — La sensibilité des muqueuses respiratoires diminue; les *muscles bronchiques perdent leur motilité* en même temps qu'est sécrété *un mucus* abondant et fluide.

On observe d'abord une accélération puis un ralentissement du rythme respiratoire, aboutissant, si la mort survient à l'asphyxie terminale.

Sécrétions. — Toutes les sécrétions sont augmen-

tées : salive, larmes, urines, sueurs; l'action semble ne pas porter sur les nerfs sécréteurs.

Organes génitaux. — La ciguë détermine de l'anaphrodisie, de l'arrêt de la menstruation.

Nutrition générale. — La ciguë détermine de l'*hypothermie*; les urines sont fétides et laissent au fond du vase un dépôt visqueux épais.

Absorption. — Élimination. — La cicutine et d'une manière générale les principes actifs de la ciguë sont *rapidement absorbés*; ils sont *rapidement éliminés* aussi *par les divers sécrétions :* urines surtout, mais aussi larmes, salives, sueurs, mucus bronchique et sans doute aussi glandes mammaires.

Indications. — L'ancienne médecine en reconnaissait de nombreuses pour la ciguë. On utilisait son action topique et analgésique dans les cancers ulcérés et douloureux. On recherchait ses effets généraux antispasmodiques contre l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, le tétanos, l'asthme, la toux convulsive de la coqueluche et de la phtisie, ses effets analgésiques contre les tics douloureux de la face, les névralgies, la sciatique en particulier.

L'emploi en est abandonné actuellement en particulier pour les doses analgésiques trop voisines des doses toxiques.

On l'emploie actuellement, sous forme de *bromhydrate de cicutine* dans *toutes les formes de contracture pyramidale* et en ne recherchant que les *effets moteurs* du médicament.

Paraplégies en flexion avec crampes quelle qu'en soit l'origine : tumeurs, mal de Pott, traumatisme myélite syphilitique — *hémiplégies avec contracture d'origine cérébrale.* La contracture diminue, les mouvements deviennent plus aisés en même temps que diminuent les crampes. Un traitement d'entretien est nécessaire à la permanence des effets.

Accidents myocloniques d'origine diverse, en particulier myoclonies de l'*encéphalite épidémique* paramyoclonus multiplex. Les résultats y sont d'ailleurs inconstants (P. Marie, Bouttier et Pierre).

Maladie de Parkinson, accidents parkinsoniens de l'*encéphalite*, résultats également variables.

La cicutine ne donne aucun résultat dans la sclérose en plaques, ni l'athétose.

Ramond et Parturier l'ont également essayée en thérapeutique gastrique contre les spasmes du pylore, les douleurs des types divers des dyspepsies nerveuses ou des dyspepsies réflexes dues à des troubles appendiculaires, vésiculaires ou à des lésions utéro-annexielles; usages exceptionnels, effets inconstants.

Posologie. Mode d'administration. — La ciguë et la cicutine figurent au tableau A. On employait autrefois diverses préparations de ciguë (semences ou feuilles). Elles sont actuellement tombées en désuétude et nous n'y insisterons pas. Emplâtres et cataplasmes de formules diverses pour l'usage externe; potions surtout pour l'usage interne.

Le Codex admet pour la poudre une dose quotidienne de un à cinquante centigrammes, pour l'extrait aqueux cinq à vingt centigrammes, pour la teinture dix à quarante gouttes. Toutes préparations hautement toxiques et infidèles, justement tombées dans l'oubli.

Le médicament le plus employé actuellement est le *bromhydrate de cicutine* en solution aqueuse que l'on stérilisera par *tyndallisation* si on l'emploie en *injections sous-cutanées ou intramusculaires.* Pierre Marie et Bouttier emploient la *solution au millième* (1 centimètre cube = un milligramme). On peut également l'administrer *per os* en *granules d'un demi-milligramme* ou en potion.

Quels que soient le mode d'administration, la dose et l'indication on devra ne pas perdre de vue la *haute toxicité du médicament;* on ne devra donc l'administrer qu'après avoir vérifié l'état du cœur, des vaisseaux et des reins; on débutera en tâtant la sensibilité du malade par des doses très faibles (un demi-milligramme) et on surveillera de près les réactions au médicament.

Quelle que soit la dose des vingt-quatre heures on ne donnera jamais plus d'un milligramme par prise.

Les doses prescrites dans les vingt-quatre heures sont très variables suivant les auteurs; les doses classiques sont faibles mais il est prudent de ne point s'en écarter sans raison majeure. La *posologie des injections est beaucoup plus faible que la posologie per os.*

En potions, en granules on a pu prescrire sans inconvénient en vingt-quatre heures, de un demi à deux centigrammes par prises espacées d'un milligramme. Doses et mode d'administration inhabituels.

En injections on prescrira comme *traitement d'attaque un à trois milligrammes* lorsque la tolérance a été jugée bonne; *on cessera la médication le cinquième jour pour une durée de deux à trois jours.*

Il arrive que les effets persistent après cessation de la médication. Mais on est habituellement amené à faire un *traitement d'entretien :* on donne alors *deux ou trois injections par semaine,* la première un peu plus faible, qui suffisent à entretenir les bons effets acquis.

Certains auteurs ont très notablement dépassé ces doses : Tixier neuf milligrammes, cinq centigrammes, Richaud dix centigrammes ou plus; ce sont des doses d'exception semble-t-il.

Intolérance. Intoxication. — Ciguë et cicutine demeurent en effet des médicaments *extrêmement toxiques.* D'après les études de Richaud la dose toxique chez le chien serait per os de 0g10 par kilogramme et intraveineuse de 0,02 à 0,03. Chez l'homme Richaud a observé de l'intolérance après administration de 0g16.

La cicutine ne donne aucun trouble convulsif; ceux qu'on observe résultent de la présence de ses dérivés éthylés ou méthylés.

L'*intolérance* au médicament est annoncée par un malaise général indéfinissable, de l'anorexie, de la mollesse des jambes; elle ne se produit en général qu'à la longue mais doit faire suspendre immédiatement la médication.

Les *signes d'intoxication*, déjà décrits dans le passage du *Phédon* qui relate les derniers instants de Socrate s'annoncent, par de la *langueur*, de l'affai-

blissement musculaire qui aboutit à l'incertitude de la démarche puis *au fléchissement des jambes*. En même temps les paupières s'alourdissent, il survient des phosphènes, l'accommodation ne se fait plus sans un effort provoquant du vertige; le *pouls s'accélère, les pupilles se contractent*.

Les vertiges augmentent, des palpitations apparaissent avec anxiété précordiale, de la pâleur, la tension s'élève; la *pupille se dilate*; la sensibilité s'exagère, les réflexes deviennent brusques puis la réaction musculaire fléchit. On constate de la polyurie.

Dans une période terminale apparaît de l'ataxie médullaire avec tremblements et un état de collapsus croissant : la *température tombe*, une sensation de *froid glacial* débute aux extrémités inférieures et remonte vers le tronc.

Enfin apparaît de la *cyanose*, de l'algidité et le malade *meurt d'asphyxie*.

A aucun moment n'existent de troubles cérébraux ni psychiques.

En dehors de l'intoxication médicamenteuse c'est la confusion entre le persil et certaines espèces de ciguë qui est le commémoratif habituel.

Traitement de l'intoxication. — L'élimination du poison est rapide et *tout malade qui a dépassé la période d'asphyxie est susceptible d'être sauvé*. La principale indication thérapeutique est donc : *pratiquer la respiration artificielle* avec énergie, *plusieurs heures de suite si nécessaire*.

Les autres indications sont l'accessoire : donner un vomitif, laver l'estomac avec une solution de tannin à 2 p. 100 si le poison a été absorbé par la bouche.

Réchauffer le malade, le frictionner, donner de l'éther, des stimulants diffusibles, de l'alcool.

La strychine n'est qu'un antagoniste apparent et est dépourvue d'action spécifique.

Longtemps après guérison le malade conserve de façon habituelle de la faiblesse musculaire.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 30 décembre 1927)

Vaccinothérapie des formes prolongées de fièvre typhoïde. — MM. Huber et Virgile Jordachesco apportent cinq observations de fièvre typhoïde à bacille d'Eberth prolongées et traitées entre le trentième et le cinquantième jour par la vaccinothérapie. Une seule injection d'un demi-centimètre cube de vaccin a amené l'apyrexie complète en quarante-huit heures dans quatre de ces cas, en quatre jours dans le cinquième cas. Les auteurs préconisent ce traitement dans les formes prolongées non compliquées où il donne des résultats comparables à ceux qui ont été apportés pour les formes à rechute.

M. Pagniez a obtenu dans deux cas de fièvre typhoïde prolongée une chute rapide de température par la vaccinothérapie.

Un cas de pleurésie à cholestérine; présence d'un ferment lipasique dans l'épanchement. — MM. Rouillard et Nativelle rapportent l'observation d'une femme de trente-huit ans qui présentait une pleurésie à cholestérine, pleurésie de la grande cavité, tout à fait latente, remontant sans doute à vingt et un ans. L'inoculation du liquide n'a pas tuberculisé le cobaye. L'épanchement contenait 12 grammes de cholestérine par litre, alors que la cholestérinémie était de 1g50. La perméabilité pleurale était fort diminuée. Les auteurs ont pu mettre en évidence dans le liquide pleural une monobutyrinase, ce qui confirme l'hypothèse généralement admise, que la formation de cholestérine dans ces épanchements est due à l'action d'un ferment lipasique.

Traitement du prurit et des dermatoses prurigineuses par la méthode de Lebedjew. — MM. Sézary et Benoist rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement des dermites aiguës, du prurit simple, du prurigo, de l'eczéma, des prurits périnéaux et même du pityriasis de Hebra par la méthode de Lebedjew. Celle-ci consiste dans l'injection intraveineuse, quotidienne ou trihebdomadaire de 1 gramme de bromure de sodium dissous dans 10 centimètres cubes d'eau physiologique. Dans les trois quarts des cas et souvent après l'échec des autres thérapeutiques usuelles, le prurit a disparu ou s'est notablement atténué. Les lésions cutanées se sont généralement amendées ensuite, soit spontanément, soit avec l'aide de topiques qui étaient inactifs avant le traitement. Les auteurs ne pensent pas que, comme le croyait Lebedjew, la bromothérapie agisse uniquement par son action neuro-sédative. Ils ont constamment observé après l'injection une leucopénie intense qui indique un choc hémoclasique. Ils attribuent donc les heureux effets de cette médication à une action conjuguée neuro-sédative et désensibilisante.

M. Sicard pense que les injections intraveineuses de salicylate de soude, de carbonate de soude, d'hyposulfite de soude peuvent déterminer peut-être les mêmes résultats.

M. Tzanck signale que seulement dans 3 cas sur 10 la méthode de Lebedjew est suivie de succès. Dans le cas d'insuccès, M. Tzanck injecte par voie intraveineuse du sang dilué dans l'eau distillée; suivant la quantité de sang et d'eau on peut doser le degré du choc. Par cette méthode nouvelle d'auto-hémothérapie, il a obtenu d'excellents résultats.

M. Hallé a obtenu de bons résultats dans le traitement du prurit sénile par les injections intraveineuses de silicate de soude.

M. Netter pense que l'action du choc est peut-être moins à invoquer que celle du brome.

— Eloges de MM. Gilbert, Ribierre, Foix, Méry et Florand.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 14 décembre 1927)

Le syndrome parapéritonéal. — M. Grégoire fait un rapport sur un travail de MM. Guibal et Rémy (de Nancy). Ces auteurs ont constaté qu'en dehors de toute lésion des organes intrapéritonéaux, à la suite d'une simple irritation de la face externe de la séreuse, une série de réflexes peuvent se déclencher, analogues à ceux causés par les lésions intrapéritonéales. Ils donnent à ces accidents le nom de syndrome parapéritonéal et apportent trois observations; dans ces cas, il faut toujours d'ailleurs ouvrir le péritoine, car il vaut mieux faire une laparotomie inutile que de laisser passer inaperçue une lésion viscérale quelconque.

A propos des épiphysites de croissance. — M. Lance revient sur ces affections de l'évolution des os dont M. Mauclaire a rapporté une nouvelle localisation. Tous les os peuvent

être atteints et l'auteur, les passant en revue, insiste sur l'importance du pronostic et du traitement de ces lésions.

L'aboutissant de ces affections est en général la guérison spontanée, mais il est préférable d'imposer un traitement au malade, pour éviter les déformations osseuses permanentes.

Traitement des ulcères gastriques. — M. CUNÉO fait un rapport sur un important travail de MM. Jacques-Charles BLOCH et MAYER, sur les résultats éloignés du traitement des ulcères gastriques par la gastro-pylorectomie par le procédé de Kocher. L'enquête a porté sur 27 cas, dont 17 cas d'ulcères du pylore, 9 de la petite courbure, 1 ulcère du duodénum. Les observations sont divisées en trois groupes : 1° les malades, au nombre de 21, ayant obtenu une guérison parfaite; 2° les malades, au nombre de 4, ayant tiré un bénéfice de l'opération quoique présentant encore quelques troubles; 3° les malades, au nombre de 2, avec troubles sérieux (vomissements, anorexie, douleurs). Aucun malade n'a présenté d'hémorragie après l'intervention.

Tous ces opérés ont été suivis à l'écran et les données de la clinique ont concordé avec les examens radiologiques. M. Cunéo étudie tous les détails des examens et insiste sur l'intérêt de l'étude des résultats de la résection par le procédé de Kocher qui est encore peu employé par les chirurgiens français.

M. LAPOINTE pratique assez volontiers le Kocher qu'il faut employer chaque fois que les conditions le permettent.

Traitement de la sacralisation de la Ve lombaire. — M. DEHELLY (du Havre), ayant obtenu par la résection des apophyses transverses des résultats nuls a fixé la vertèbre au sacrum au moyen d'une greffe ostéo-périostique et a pu amener par cette opération la cessation des douleurs de la malade.

M. MAUCLAIRE insiste sur les multiples causes de la douleur dans les sacralisations.

Sur les anévrismes artério-veineux traumatiques des membres. — M. LERICHE apporte à la discussion en cours les remarques que lui ont suggéré 9 anévrismes opérés par lui, et le résultat des recherches expérimentales poursuivies à ce sujet depuis plus de deux ans.

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1927)

Pyocolpos chez un enfant de trois mois. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur une observation de M. TIERNY (d'Arras) qui après laparotomie trouva chez un enfant de trois mois une volumineuse masse rétro-utérine, remplie de pus et qu'il guérit après marsupialiation. M. Ombrédanne pense que c'est un cas d'hématocolpos dû à des règles précoces et infecté secondairement. Il y avait chez cette petite malade un cloisonnement transversal du vagin, ce qui est un cas extrêmement rare.

Appareil à transfusion. — M. CADENAT présente un nouvel appareil à transfusion de sang pur inventé par M. TZANCK.

Invagination intestinale aiguë. — M. CADENAT fait un rapport sur une observation de M. FERRÉ qui opéra une femme de trente-cinq ans pour une occlusion subaiguë, et trouva une invagination intestinale; guérison après résection du segment invaginé.

Neurotomie rétrogassérienne. — M. ROBINEAU rapporte une observation de M. PORTOLOBEJ (de Jassy); malade atteint de névralgie grave; échec de tous les traitements, arrachement du nerf sus-orbitaire, sympathectomie cervicale double, etc... M. Portolobei fait une neurotomie rétrogassérienne et guérit son malade. M. Robineau étudie les suites et les troubles dus à cette opération; pour sa part, sur 100 opérés, il n'en a perdu que 6; il opère sous anesthésie locale ou rectale éthérée.

Tumeur de la cuisse. — M. DENIKER présente deux intéressantes observations de tumeurs qu'il a eu l'occasion d'opérer. Ostéochondrome de la cuisse et tumeur syphilitique développée sur le biceps crural chez des hommes de quarante ans. Les deux tumeurs ont été faciles à énucléer.

Election. — M. OMBRÉDANNE est nommé président pour 1928; M. CUNÉO, vice-président.

— La prochaine séance aura lieu le 12 janvier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1927)

Deux cas de varices traitées par les injections sclérosantes. — M. FILHERMAN.

Diverticule duodénal. — M. PEUGNIEZ.

Des petites doses en thérapeutique thyroïdienne. — M. Léopold LÉVY étudie l'opothérapie tyroïdienne dans l'obésité. Il rejette les doses non thérapeutiques, mais cependant, rapporte des cas modifiés par une opothérapie à doses minimes (2 centigrammes pro die). Il montre ensuite les résultats obtenus parfois dans le myxœdème acquis de l'adulte par des doses de 5 milligrammes et même de 1/50 de milligrammes, envisage l'opothérapie thyroïdienne dans certaines formes de maladie de Basedow et dans le vaste champ de l'instabilité thyroïdienne.

A propos des angiocrinoses. — M. Léopold LÉVY, à propos du cas de M. Hartenberg, donne son schéma de l'interprétation générale des troubles anglocriniens qui permet de comprendre pourquoi diverses opothérapies (tyroïdienne, ovarienne, surrénalienne, hypophysaire, parathyroïdienne), appliquées à doses convenables, rétablissent l'équilibre vagothyroïdien, et font disparaître les troubles observés. Il considère l'oligurie comme un trouble anglocrinien parallèle aux autres phénomènes vaso-moteurs et vaso-sécrétoires.

Sur les angiocrinoses. — M. SÉDILLOT rapporte les observations de trois malades ayant présenté des crises angiocriniennes (vésiculaires, gastriques, cæco-appendiculaires, rectales, parotidiennes, etc.). Faute d'un diagnostic exact, ces malades étaient à la veille de subir diverses opérations. Un traitement d'opothérapie thyroïdienne régulatrice les a guéries complètement, en quelques semaines.

Sur la vaccination par voie buccale. — M. MELANET.

Cancer utérin (présentation de pièces). — M. PETIT DE LA VILLÉON.

L'alcoolomanie : son traitement psycho-physiologique. — M. BERILLON.

Myosite ossifiante à localisations multiples. — M. Ch. GUILLERT.

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1927)

Diverticules duodénaux. — M. R. GAULTIER.

Traitement opératoire des prostates chroniques. — M. Jack MOCK.

Splénomégalie mycosique. — M. REGARD rapporte un cas d'anémie splénique d'origine mycosique, et projette une microphotographie mettant en évidence le filament mycélien au sein du tissu splénique en pleine transformation myéloïde.

Notes sur un voyage médical en Tchéco-Slovaquie. — M. LAIGNEL-LAVASTINE insiste sur l'intérêt hydro-minéral de la Tchéco-Slovaquie qui possède comme une Auvergne ther-

male. Outre Marienbad et Garlsbad, il importe de bien connaître Yachimow, centre du radium, Podebrady, centre cardiologique, Darkow dont l'eau iodée guérit beaucoup de goitres exophalmiques et Piestany dont les bains de boue méritent leur réputation.

La chirurgie estétique mammaire. — M. Dartigues.

Hématémèse accidentelle à répétition, à intervalles éloignés. — M. Pron.

Election du bureau pour 1928. — Président : M. Henri Duclaux; vice-présidents : MM. Lavenant, R. Gaultier, Lobligeois; secrétaire général, M. Paul Blondin.

LIVRES NOUVEAUX

Le cancer. Formes et variétés du cancer et leur traitement (1), par le docteur P. Ménétrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Les données nouvelles que fournit la pathologie expérimentale sont considérables; elles ont été exposées par l'auteur dans des chapitres très développés et d'un grand intérêt.

Les types anatomiques et histologiques des tumeurs ont été minutieusement étudiés et précisés dans des cadres nouveaux qui se remplissent, notamment en ce qui concerne les tumeurs des glandes endocrines, des glandes sexuelles, les tumeurs des tissus nerveux, les dérivés néoplasiques des ébauches embryonnaires, les embryomes, etc., etc.

(1) Deuxième édition, 1 vol. gr. in-8 de 768 p. avec 322 fig. — Prix : 120 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des méthodes de diagnostic utilisant les techniques plus perfectionnées des laboratoires ont été étudiés par l'auteur, permettant une reconnaissance plus complète des formes viscérales des cancers et contribuant ainsi sans doute à cette augmentation apparente du nombre des cancers, que révèlent les statistiques, et qui semble si fort préoccuper le public.

Dans l'exposé des méthodes thérapeutiques, l'auteur a donné des indications générales destinées à guider le médecin non spécialiste dans le traitement du cancer, à le renseigner sur le choix du traitement à instituer. Mais en ce qui concerne l'application pratique de ces divers traitements, chirurgie, curiethérapie, rœntgenthérapie, diathermocoagulation, etc., il insiste sur ce fait que leur apparente facilité dissimule de très réelles difficultés.

Pour l'exposé de ces nouvelles méthodes de traitement, l'auteur a eu la collaboration particulièrement compétente du docteur Rubens-Duval, chef du laboratoire Saint-Michel pour l'étude du cancer.

L. G.

La Chirurgie (1), par le docteur Henri Bouquet.

Voici un excellent livre de vulgarisation. Il est dû à un de nos meilleurs écrivains médicaux. Le docteur Bouquet y déploie toute son érudition, et toute son adresse pour instruire le grand public qui parle, trop souvent, à tort et à travers de la chirurgie et des chirurgiens.

M. Bouquet débute par la définition de la chirurgie et la délimitation de ses frontières et il fait un excellent portrait du chirurgien complet.

(1) [Bibliothèque des merveilles]. Un volume in-16, illustré de planches hors texte et de gravures dans le texte. — Prix : broché, 9 fr.; relié percaline, tête rouge, 12 fr. — Paris, Hachette.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. Pneumothorax artificiel. Interventions chirurgicales, par Michel Léon-Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 160 pages avec 12 figures. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Prix : 15 fr. — — Paris, Masson et Cie.

Le matériel chirurgical d'opération, les progrès et l'avenir de la chirurgie marquent les étapes de ce livre dans lequel l'auteur intéresse, instruit et ne lasse jamais.

... Souhaitons que le lecteur de ce livre soit plus tard un parfait patient qui comprendra son chirurgien, admirera ses efforts et lui vouera cette gratitude si rare aujourd'hui et qui est cependant la meilleure récompense pour le bon chirurgien.

F. L. S.

Atlas de cinquante aquarelles urinaires dessinées par Reignier et extraites des huit séries des travaux manuels de l'hôpital d'urologie (1). Pièces opératoires du docteur F. CATHELIN.

Ces aquarelles constituent une très belle collection qui permettra à tous les urologues de posséder dans leur bibliothèque non seulement un véritable musée anatomo-pathologique mais aussi de posséder un incomparable moyen d'enseignement.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS APPENDICULAIRES

Forme fréquente de l'appendicite; nous insisterons d'emblée sur l'**importance** de diagnostic des **signes généraux** (température, pouls, état général, modifications sanguines) toujours **plus fidèles** et **plus précoces** que les manifestations locales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'envisagerons que les abcès situés près du cæcum et de l'appendice.

Parois : péritonite plastique.

Contenu : pus fétide plus ou moins cholocat.

ÉTIOLOGIE

Le microbe : coli, strepto, anaérobie.

Causes de la perforation : **purge**, lavement, absence de glace.

Causes de la réaction localisée : adhérences, petitesse de la perforation, présence de l'épiploon.

L'abcès, dans son siège, varie comme les rapports de l'appendice avec la paroi et avec le cæcum.

CLINIQUE

Type de description : l'**abcès antérieur, le plus fréquent**.

Début. — Ou bien crise qui ne s'arrange pas.

Ou bien crise qui reprend (deuxième temps).

Dans les deux cas après une rémission légère : constitution d'un **plastron évolutif**.

Sous une contracture douloureuse, en l'amadouant, on sent :

Un **blindage dur, douloureux**, de la dimension d'une paume de main, faisant **corps avec la paroi**.

Plus ou moins vertical, ou bien il tient à la fosse iliaque, ou bien est séparé de la crête.

Signes digestifs persistent, l'état général reste atteint, la résorption ne se fait pas.

Etat. — **Signes fonctionnels.** — Douleurs subsistent à tendance pulsatile.

Signes digestifs augmentent.

Signes généraux : capitaux.

Température oscillante à clochers vespéraux, accompagnée de frissons et de sueurs.

Pouls rapide.

Amaigrissement.

Facies altéré, terreux.

Langue sèche.

Leucocytose sanguine.

Signes physiques. — Sauf abcès étendu, toujours peu nets.

Le plus souvent : plastron plus gros, plus dur, avec un point douloureux très vif.

Plus rarement : carton mouillé avec sa dépressibilité spéciale ou fluctuation franche.

Ne pas attendre ces modifications caractéristiques pour intervenir.

EVOLUTION

Abandonné à lui-même, ouverture à la paroi. Amaigrissement extrême. Voussure, œdème, fluctuation et ouverture.

Deux gros dangers : poussées de rétention, septicopyohémie.

Résorption est exceptionnelle et le fait de très petits abcès.

FORMES CLINIQUES

Abcès postérieur. — Evolution **insidieuse**. Signes dans la **fosse lombaire**. En avant : derrière un cæcum distendu et sonore, empâtement profond douloureux.

Evolution : psoïtis, phlegmon périnéphrétique, abcès sous-phrénique.

Abcès pelvien. — Signes fonctionnels spéciaux : douleur plus à **gauche**. **Troubles urinaires** et rectaux.

Examen :

En avant : rien.

Toucher rectal et vaginal font le diagnostic : empâtement douloureux et dur collé aux parois.

Evolution : rectum, vagin, vessie. Très mauvais drainage.

Abcès sous-hépatique. — Dyspnée, névralgie **phrénique**.

Signes dans la **région vésiculaire**.

Evolution grave : vers la plèvre.

Forme mésocœliaque : collectée au sein des anses grêles.

Forme à foyers multiples : chez l'enfant.

Formes rares : phlegmons paraappendiculaires, phlegmon périnéphrétique, psoïtis, phlegmons de Retzius.

Appendicite herniaire.

DIAGNOSTIC

Le gros point : le reconnaître au **début** pour **intervenir d'urgence**; importance capitale des **signes généraux**.

Diagnostic spécial à chaque forme.

Forme antérieure. — **Tuberculose iléo-cæcale** à forme appendiculaire. Diagnostic très difficile.

Enfant : invagination, adénophlegmon iliaque.

Forme postérieure. — Le gros diagnostic : **PHLEGMON PÉRINEPHRÉTIQUE.**

A côté de cela : pyélonéphrite, pyonéphrose.

Forme sous-hépatique. — **CHOLÉCYSTITE.**

Abcès du foie.

Abcès sous-phrénique d'origine digestive.

Forme pelvienne. — La méconnaître : toujours faire **toucher rectal** au cours d'appendicite.

La confondre avec :

Phlegmon du ligament large, **SALPINGITE.**

TRAITEMENT

Evacuer d'urgence et avant tout, par la voie variable suivant le siège de l'abcès.

Drainer.

Bien se protéger dans les formes antérieures.

Ne s'occuper de l'appendice dans le premier temps que si l'on tombe dessus.

(1) Ed. hôpital d'urologie, 156 *bis*, av. de Suffren, Paris (XVe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Notre cher collaborateur et ami M. Louis Delherm vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur avec la citation suivante :

« Chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital de la Pitié; 37 ans de pratique professionnelle. Victime des rayons X, a contracté une maladie des yeux consécutive à ses fonctions. Chevalier du 6 juillet 1919. »

Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser nos félicitations bien affectueuses et nos vœux les plus vifs.

LA RÉDACTION.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes : MM. Djegayadassou, Pitot, Audoire, Paradis et Grimaud.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. le professeur agrégé Champy est nommé professeur d'histologie (chaire vacante : M. Prenant, dernier titulaire). (*J. O.*, 11 janv. 1928.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Brocq, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Abadie (d'Oran), Delherm, Feuillié, Grivot (de Paris), Guérin (de Lille), Hautant (de Paris), Rocaz (de Bordeaux), Sourbés (de Mezin).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bergouignan (d'Evian), Bonniot (de Paris), Carbou (de Carcassonne), Chevalier, Chouquet (de Paris), Condamy (de La Rochelle), Fringuet (de Brioux-sur-Boutonne), Jacquemin (de Larressorre), Pamart (de Paris), Rocher (de Rouen), Rochon (de Clermont-Ferrand), Santenoise (de Saint-Ylle), Schwartz (de Colmar), Séjournet (de Paris), Seta (de Bastelica), Tacussel (de Chablis).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Commission de surveillance et de contrôle des soins médicaux. — Sont désignés pour faire partie de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1928 comme membres titulaires :

M. le médecin inspecteur Odile, président; MM. les docteurs Lenglet, Noir et Decourt; suppléants : MM. les docteurs Steinmetz, Caillaud, Humbel et Philippeau.

GUERRE. (Troupes coloniales.) — M. le médecin inspecteur général Lasnet, chargé de mission, est mis à la disposition du ministre des Colonies pour remplir les fonctions d'inspecteur général du Service de santé et de président du Conseil de santé des colonies, en remplacement de M. le médecin inspecteur Audibert.

M. le médecin inspecteur Audibert est détaché au ministère des Colonies pour y remplir les fonctions d'adjoint à l'inspecteur général du Service de santé des colonies, en remplacement du médecin inspecteur Houillon, appelé à un autre emploi.

UN HOMMAGE AU PROFESSEUR VITTORIO ASCOLI. — Les élèves et les amis de M. le professeur Vittorio Ascoli (de Rome) viennent de célébrer à la Clinique médicale de la Policlinique Umberto Ier le dixième anniversaire de son enseignement. On remarquait dans l'assistance S. E. M. Boselli, le professeur Durante et de nombreux collègues et élèves de l'éminent professeur. Des discours furent prononcés par le professeur Sabatini et par S. E. M. Boselli, et il fut offert au maître un splendide volume, hommage de reconnaissance et d'admiration pour ses beaux travaux.

Les nombreux amis que compte en France M. le professeur

Vittorio Ascoli s'associeront à cet hommage rendu à un illustre clinicien et à l'éminent journaliste qui dirige avec tant de maîtrise *Il Policlinico*, le recueil fondé par Guido Baccelli et Francesco Durante.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le 16 février 1928 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 16 mars 1928 au 15 mars 1929 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à sept.

Les candidats ayant à accomplir le service militaire devront en faire la déclaration au moment de leur inscription. S'ils sont admis aux places d'interne titulaire, la date de leur entrée en fonctions sera reportée au 16 mars qui suivra leur libération.

Les internes titulaires seront nommés pour un an. Leurs fonctions pourront être prorogées successivement trois fois, pour une nouvelle année, par le Préfet de police, sur avis de MM. les médecins et chirurgiens, chef de service et du directeur de l'établissement. L'accomplissement du service militaire ne sera pas un obstacle à la présentation des demandes de prorogation dont l'effet, dans ce cas, se produira ou se continuera à dater du 16 mars de l'année de la libération.

Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 7.200 fr., y compris l'indemnité de logement.

Une indemnité spéciale de nourriture est allouée aux deux internes de garde.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer, entre Paris-Saint-Lazare et la Garenne-Bezons, est remboursé aux internes.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (sous-direction du personnel). Il sera clos le 28 janvier 1928, à 16 h.

Les candidats doivent remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français;

2° Etre âgés de moins de trente ans (cette limite sera reculée d'autant de temps que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre);

2° Etre pourvus d'au moins 12 inscriptions en médecine;

4° Avoir accompli le stage obstétrical;

5° N'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils doivent adresser au Préfet de police :

1° Une demande sur papier timbré;

2° Un extrait authentique, sur timbre, de leur acte de naissance;

3° Les pièces établissant leur situation au point de vue militaire et, s'il y a lieu, leurs services pendant la guerre;

4° Une notice indiquant leurs titres scientifiques et hospitaliers;

5° Un certificat de scolarité de date récente;

6° Le certificat d'accomplissement du stage obstétrical;

2° L'engagement écrit de se démettre, en cas de nomination, de toutes fonctions dans les hôpitaux, hospices ou cliniques.

La liste des candidats est soumise à l'agrément préalable du Préfet de police.

Le concours a lieu à la Maison départementale de Nanterre dont l'accès est interdit aux candidats pendant les quinze jours qui précèdent la première épreuve. Il comprend deux séries d'épreuves :

A. *Epreuves d'admissibilité*. — Une composition écrite sur un sujet, soit de pathologie médicale ou chirurgicale, soit de pathologie générale.

B. *Epreuves définitives*. — 1° Une épreuve orale théorique. Dix minutes sont accordées pour l'exposition du sujet après dix minutes de réflexion, avec faculté de prendre des notes. L'épreuve comporte deux questions : une question d'anatomie macroscopique descriptive, une question de pathologie ou de petite chirurgie.

2° Deux épreuves cliniques : *a*. une épreuve de clinique médicale; *b*. une épreuve de clinique chirurgicale.

Pour chacune des deux épreuves il est accordé :

Dix minutes pour l'examen du malade;

Dix minutes de réflexion avec faculté de prendre des notes;

Dix minutes d'exposé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Mendel, Dagron, Lucien Rosenwald et Paul Ducor (de Paris), Emile-Edmond Défossez (d'Anzin), Lassale, ancien accoucheur en chef de la maternité de Nîmes; Alfred Pasquier (du Chatelet, Belgique), Emile Dutrieux (de Charleroi); MM. Marcel Lacouture, interne des hôpitaux de Bordeaux et René Plaintain (à Conches).

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — M. Rist fera le dimanche 22 janvier à 10 h. précises, à l'amphithéâtre des concours de l'A. P., rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain), une conférence sur « le charlatinisme et la tuberculose ».

« L'ANIMATEUR DES TEMPS NOUVEAUX » [131, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve). Fondateur : Louis FOREST. Abonnements : 1 an, 52 fr.; 6 mois, 26 fr.; 3 mois, 13 fr. Comptes de chèques postaux : Paris, 886-20]. — C'est un journal exclusivement d'abonnés. N'est en vente nulle part. A été créé dans un but de rééducation nationale des esprits; — lutte contre l'esprit de routine; — combat la politique de partis; — est contre la lutte de classes, pour une colloboration efficace du capital et du travail; démontre la nécessité d'être « de son temps » en tout et pour tout en appliquant les méthodes de standardisation, de nationalisation, de normalisation.

L'avenir de la France, la prospérité de tous ses habitants sont intimement liés à l'exécution de ce programme nouveau.

Demandez des numéros spécimens. Quand vous les aurez lus, vous voudrez vous abonner.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 17 janvier. — Jury : MM. Carnot, président; Nobécourt, Chabrol et Philibert. — M. CHABRUN. De l'infection humorale chez l'enfant en bas-âge. — M. DESSART Etude sur la diphtérie.

Mercredi 18 janvier. — Jury : MM. Roger, président, Bernard, Couvelaire et Ecalle. — M. CASTAN. Les injections intracardiaques d'adrénaline. — M. LARSONNEUR. Les injections intramusculaires dans la première enfance. — M. PELLETIER. Le bassin gonococcique. — M. MAHIEU. Etude sur les méningococcémies.

Jeudi 19 janvier. — Jury : MM. Achard, président; Duval, Chevassu et Gatellier. — M. BONNET. Etude de l'hépatomégalie chez les hypertendus. — M. DARIUS-GHOUILA-HOURI. Etude des fistules vésico-intestinales.

REVUE GÉNÉRALE

L'URÉMIE TOXIQUE

PATHOGÉNIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE

Par le docteur A. PUECH,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Après que Piorry eût créé le terme d'urémie et jusqu'aux premières années du XXe siècle, on engloba sous cette dénomination ce que Chauffard (43) appelle « les accidents grands et petits dus à l'insuffisance de la dépuration urinaire ». On décrivit ainsi une petite et une grande urémie et des accidents nerveux, digestifs, respiratoires, etc., constituant autant de symptômes liés à l'altération des reins.

Peu à peu, à ces vieux « cadres cliniques » se sont substitués des « cadres pathogéniques » dont chacun comporte un effort vers le traitement [de Gennes (64)]. L'analyse des troubles constatés au cours des néphrites, grâce à l'association étroite de la clinique et de la biologie, due toute entière à des travaux français, ceux de Widal et de son école en particulier, ont montré que ces troubles sont fonction de trois facteurs : l'hypertension, l'œdème, l'intoxication. Ceux-ci sont à l'origine d'autant de syndromes qui peuvent être associés ou isolés : syndrome hydropigène, syndrome urémigène [Castaigne (28)], syndrome cardio-vasculaire. Widal (140) précise que la rétention du chlorure de sodium commande les œdèmes, la rétention de l'urée s'observe dans l'urémie sèche; il ne précise pas la cause de l'hypertension. Il décrit une néphrite chlorurémique, une néphrite azotémique, une néphrite hypertensive. Cette classification constitue un progrès énorme pour le pronostic et le traitement des maladies des reins.

Pratiquement, on peut la considérer, semble-t-il, comme définitive. On peut seulement la compléter et en discuter les bases physio-pathologiques.

Nous n'insisterons pas sur le syndrome hypertensif ni sur le syndrome hydropigène. S'ils sont définitivement établis dans leur traduction clinique, leur mécanisme de production reste toujours discutable.

En ce qui concerne l'urémie toxique (urémie vraie de Volhard et des auteurs allemands, par opposition à la pseudo-urémie hypertensive d'origine mécanique) l'augmentation des déchets sanguins en reste la meilleure signature, et tous les travaux contemporains ont confirmé le trouble du fonctionnement rénal vis-à-vis de l'urée et des substances excrémentielles dans la néphrite azotémique.

Toutefois, azotémie et urémie ne sauraient être synonymes. Widal n'a jamais d'ailleurs confondu les deux termes et considère l'urée comme un témoin de l'intoxication de l'organisme. Aussi d'autres intoxications ont-elles été incriminées à l'origine du syndrome, ou au moins de certaines de ses modalités : créatinine et substances azotées diverses, acidose surtout, rétention chlorée sèche ont fait récemment l'objet de nombreux travaux.

A côté de cette étude du déterminisme pathogénique des accidents, un autre problème se pose : celui de leur physio-pathologie; c'est-à-dire des modalités de production des troubles biologiques; les travaux d'Ambard surtout et de son école nous ont appris à explorer et à fixer l'état des fonctions de sécrétion rénale; plus récemment a été découverte la fonction « ammonio-productrice du rein. » Mais insuffisance rénale et urémie ne doivent pas être confondues et les perturbations de la nutrition générale doivent également être envisagées, bien que plus mal précisées.

I. PATHOGÉNIE DE L'URÉMIE TOXIQUE

1. **Les rétentions azotées. — Le syndrome azotémique.** — Dans le SYNDROME AZOTÉMIQUE il y a augmentation dans le sang de l'*urée dosé par l'hypobromite* (normalement à jeun 0g20 à 0g40 p. 1.000), c'est-à-dire de l'urée plus une certaine quantité de produits azotés non uréiques.

Il n'est pas besoin de rappeler les signes de ce syndrome décrit par Widal (140) et ses élèves [A. Weill (138), Pasteur Vallery-Radot (110 et 111)], et aujourd'hui classique, non plus que les règles du pronostic d'après le taux de l'urée sanguine dans la néphrite chronique. Selon le précepte de Widal, « nul ne doit aujourd'hui prendre la responsabilité de traiter un malade atteint de néphrite sans s'être assuré auparavant de l'existence ou de l'absence de la rétention azotée ». Aussi le dosage de l'azotémie est-il, en France, de pratique courante. Et il n'est pas douteux que le nombre des urémies a beaucoup diminué depuis qu'on institue le régime hypoazoté devant la constatation d'une rétention azotée dès ses débuts.

Le tableau de l'urémie azotémique se confond à peu près avec celui de l'urémie classique. C'est, à un premier degré, la céphalée, la fatigue, l'asthénie physique et intellectuelle [neurasthénie prémonitoire de Teissier (131)], l'inappétence; puis l'amaigrissement, le prurit, l'anémie, la rétinite albuminurique; la somnolence diurne avec insomnie nocturne. En cas de grande urémie d'autres manifestations apparaissent : les vomissements incessants, douloureux, la diarrhée, vomissements et diarrhée pouvant être hémorragiques par suite de l'existence d'ulcérations intestinales [Bensaude, Caïn et Antoine (16), Lemierre et Levesque (34)]; les douleurs musculaires et articulaires; surtout la torpeur profonde coupée de phases d'agitation et de somnolence jusqu'au coma terminal.

D'autres symptômes peuvent être également observés : la péricardite brightique, la respiration de Cheyne-Stockes, des syndromes hémorragiques; l'anémie peut prendre le type pernicieux; le corps à la période terminale peut se couvrir parfois de « givre ou de sueurs d'urée » (125).

Lemierre (83) a insisté récemment sur l'hypothermie des azotémiques que l'urée peut déterminer expérimentalement [Mozer (96)]. Elle manque souvent.

Le même auteur, fixant à nouveau les caractères de l'urémie cérébrale, a fait la part de l'azotémie dans sa pathogénie (82). La torpeur progressive est surtout son fait [forme léthargique de l'urémie de Foster (62)], alors qu'elle est beaucoup moins en cause que l'hypertension ou l'œdème dans les autres modalités d'accidents nerveux. On la rencontre exceptionnellement dans l'urémie convulsive (cas de P. Vallery-Radot, Rathery et Bordet, peut-être de Chauffard), qui apparaît alors comme une manifestation terminale. Elle peut provoquer, parfois assez précocement, des psychoses véritables jusqu'à la folie brightique. Plus tard, la confusion mentale avec mouvements saccadés, gestes désordonnés, gémissements, n'est pas rare.

Les troubles excito-moteurs consistent surtout en soubressauts tendineux, tressaillements musculaires, fréquents peu avant la mort chez le grand urémique, mais peuvent prendre une grande intensité au point qu'on peut décrire une urémie musculaire [Merklen, Oberling et Gonnelle (92)] qui est le fait de l'hyperazotémie. On y rencontre les spasmes faciaux, les crises de contracture, simulant un syndrome méningé ou le tétanos [Bergé et Pernet, Bouchut et Bernheim, Merklen, Hirschberg et Turpin (91)], ou des myoclonies [urémie myoclonique de H. Roger et Chaix (122)], ou même l'exagération de l'excitabilité musculaire avec signe de Chvosteck [Merklen, Adnot et Fencin (90)].

En somme, presque tous les symptômes de l'urémie qui ne relèvent pas de l'hypertension ni de la rétention hydro-chlorurée, mais de l'intoxication s'observent en cas d'hyperazotémie, quoique avec une fréquence variable.

Il est cependant certains symptômes sans rapport net avec aucune des pathogénies précitées. Ce sont :

a. Les *paralysies* (obs. de Lanceraux, Raymond, Chantemesse et Tennesson) dans la genèse desquelles « il ne semble pas que l'azotémie soit pour quelque chose, bien que les expériences de Raymond, puis de Castaigne et Ferrand (1904) aient pu reproduire des paralysies analogues chez l'animal par ligature du pédicule rénal [de Gennes (64)]. »

b. Les *modifications du liquide céphalo-rachidien* observées en dehors de toute cause infectieuse [Roger (121)] dues le plus souvent à la rétention chlorurée, pour lesquelles on peut se demander si un autre facteur n'intervient pas qui nous échappe [Lemierre (82)], indépendant de l'azotémie.

Le *myosis* qui, en fait, manque souvent dans l'insuffisance rénale avec ou sans accidents, ne nous a pas paru lié à l'azotémie mais plutôt à l'œdème cérébral qu'à tout autre facteur [Vedel et Puech (136)] (1).

Signalons que pour Chabanier, Lobo-Onell et Besnard (40), la rétinite albuminurique est due à un trouble plasmatique primitif. Il est vrai qu'elle manque souvent au cours de l'azotémie, et inversement il est des sujets atteints de rétinite qui présentent une quantité d'urée dans le sang à peine augmentée ou même normale : dans 37 p. 100 des cas dans une statistique récente de Terrien (132). Terrien admet une altération endothéliale des vaisseaux de la rétinite favorisant le passage des toxines dans les tissus. Pratiquement, toutefois, la rétinite albuminurique doit rester la lésion de l'œil des brightiques azotémiques (Widal).

Un fait certain, c'est que les symptômes de l'azotémie sont loin d'être en concordance avec les chiffres donnés par le dosage de l'urée sanguine, et qu'ils sont diversement localisés suivant les malades au point qu'on pourrait multiplier les formes cliniques. Tel malade peut présenter un aspect floride alors que la loi de Widal l'a condamné sans appel. Javal, sous le nom d'*azotémie ambulatoire*, a décrit ces cas curieux et d'ailleurs rares où, avec des taux sanguins d'urée très élevés, l'état général du brightique ne paraît pas beaucoup souffrir, jusqu'au jour où, sous l'influence d'une fatigue ou d'une infection légère, s'installe brusquement la grande urémie, le coma terminal, même la mort subite. Inversement des accidents peuvent apparaître avec des azotémies modérées.

On peut expliquer ces différences d'évolution et de symptomatologie par des *susceptibilités individuelles*, ainsi que par l'existence de lieux de moindre résistance suivant les sujets [Lemierre (81)]. Il n'est pas douteux qu'il en soit ainsi dans un grand nombre de cas.

Mais d'autres interprétations sont possibles. Elles discutent le rôle de l'urée dans l'apparition des troubles urémiques.

Il ne s'agit pas se placer au point de vue théorique de savoir si l'urée est toxique. Widal, nous l'avons déjà dit, ne l'a jamais considéré que comme un témoin de l'intoxication. Employer le terme d'azotémie pour synonyme d'urémie serait créer une confusion fâcheuse. Il s'agit simplement de préciser si c'est un témoin toujours fidèle. Or, ce témoin, elle ne l'est pas toujours :

a. Il y a des *exceptions à la loi de Widal*. Teissier (131), Chabanier, Lobo-Onell et Marquézy (39) ont rapporté récemment des exemples de malades présentant des survies très prolongées malgré des azotémies fortes parfaitement tolérées.

b. Inversement, quoique leur existence soit rare, il existe des *urémies sans azotémie* (en dehors de toute hypertension et de tout œdème). Citons quelques cas dans la thèse de Mlle Giraud (65), celui de Pasteur Vallery-Radot (110), de Mirande (93), de Brouardel et Renard (26), de Rimbaud et Chaptal (119).

Aussi a-t-on recherché à préciser *si d'autres rétentions ou modifications sanguines ou humorales ne pourraient être précisées à l'origine de l'urémie toxique*, ou, tout au moins, *démembrer celle-ci* en un certain nombre de syndromes à la fois cliniques et biologiques. Quelques résultats intéressants ont été obtenus à ce point de vue.

L'azote résiduel et ses composants. — 1. L'azote total non protéique du sérum est constitué par l'azote de l'urée (dosé par le xanthydrol ou l'uréase) et par l'azote résiduel qui est la différence entre l'azote total et l'azote urée. On a recherché du côté de l'AZOTE RÉSIDUEL l'explication des troubles urémiques.

(1) De même qu'il paraît sans rapport net avec les modifications de la créatinine ou de la réserve alcaline.

Chabanier surtout (33, 36, 37, 39), oppose la rétention de l'urée, ou uréoémie à celle de l'azote résiduel, dont le taux est normalement de 0,100 à 0g150 p. 1000.

L'augmentation de la seule urée ne s'accompagnerait pas d'accident; ou bien elle se manifeste, par la perte des forces, l'asthénie, l'amaigrissement, un teint pâle, blême, plus ou moins jaunâtre; l'examen du sang décèle une anémie qui peut être très marquée. Les symptômes sont d'autant plus accentués que la rétention est plus ancienne.

Lorsque les grands accidents éclatent, l'azote résiduel augmente. Il atteint le taux de 0g50, 0g60 p. 1000 et plus. Ces chiffres sont un indice de gravité extrême.

Il apparait que ces dernières constatations sont vraies dans la majorité des cas comme l'ont confirmé Rathery et Bordet, Carnot, Rathery et Gérard, etc. Mais il y a des exceptions à la règle et l'on voit (Laudat) des urémies mortelles avec très grosse uréoémie et chiffre peu élevé de l'azote résiduel (128).

Chabanier reconnaît lui-même qu'il y a « *coïncidence* » *et non* « *parallélisme* » entre le chiffre de l'azote résiduel et les troubles constatés. Cela ne saurait surprendre. Dans l'azote résiduel en effet entrent des *composés de toxicité variable et dont les rétentions ne sont certainement pas parallèles*. D'où la nécessité d'étudier cet azote résiduel non en bloc, mais, autant que faire se peut, dans chacun de ses différents éléments.

2. La théorie de l'AMMONIÉMIE, invoquée autrefois par Frerichs, pour expliquer les accidents urémiques avait été reprise récemment par Teissier (131). Elle doit être définitivement abandonnée. Des dosages précis de cette substance dans le sang ont montré que son taux y est insignifiant à l'état normal [Parnas et Keller (109), Fontès et Yavanovitch (61)], aussi bien que dans l'urémie [Hugounenq et Morel, Mlle Moissonnier (94)], et qu'il pouvait même être diminué en cas de néphrite expérimentale (Nash et Benedikt, Henriquez), ou de néphrite avancée [Russel (124)]. Enfin Nash et Benedikt (100), Ambard et Schmid (9), en montrant que l'ammoniaque se forme au niveau du rein (fait sur lequel nous aurons à revenir), *ont ruiné la théorie de l'intoxication par l'ammoniaque*.

Proches de l'ammoniaque sont les ACIDES AMINÉS. On n'*observe pas leur augmentation dans le sang* dans les néphrites avec ou sans azotémie, avec ou sans accidents [Widal et Laudat (142), Cristol, Puech et Trivas (47)].

3. Beaucoup plus dignes d'intérêt sont les notions relatives à la CRÉATININÉMIE ainsi qu'il résulte des recherches de Folin dès 1913, Myers avec Lough, Fine, Kilian, en Amérique, recherches poursuivies et confirmées par une série d'auteurs (101), et en France par Moreau et Diamant, et surtout Jeanbrau et Cristol (71), Boukovala (25), puis Fonteyne et Ingelbrecht (59), Turriès (133).

L'étude de la créatinine sanguine (c'est-à-dire de la créatinine totale comprenant la créatine et la créatinine performée) *peut servir à fixer le pronostic des néphrites* : son taux est normalement de 0g015 à 0g025 par litre de sérum. A partir de 40 milligrammes le pronostic est très grave, presque toujours irrémédiable; au-dessus de 50 milligrammes il est fatal à brève échéance variant de quelques semaines à quelques mois. Cependant nous avons nous-mêmes suivi un malade dont l'observation a été publiée par Ducamp (54) qui a gardé plus de six mois une créatininémie dépassant le chiffre énorme de 0g145 p. 1000.

Elle n'est pas toujours parallèle à l'urée sanguine. Sa rétention est toujours plus tardive dans la néphrite chronique, ce qu'expliquera tout à l'heure la physio-pathologie. Myers et Kilian (99) rapportent seize observations de néphrite chronique où l'azotémie était inférieure à 1 gramme, et où la créatinine dépassait 50 milligrammes. Or dans ces cas la survie fut d'une semaine au minimum, de huit mois au maximum.

On a cherché à préciser les accidents plus particulièrement en rapport avec la rétention de la créatinine (102). En fait la créatinine est peu toxique pour les animaux de laboratoire [Astachevsky et Mosenthal (1)]. Chimiquement elle est proche de l'histamine, de la guanidine, de la méthylguanidine qui ont une action convulsivante. Cliniquement Annes Dias la croit responsable des *accidents convulsifs* exceptionnellement en rapport avec l'hyperazotémie, et au cours desquels, au contraire, il trouve des taux élevés de créatinine sanguine. L'irritabilité du système nerveux par hypocalcémie chez ces malades favoriserait son action pathologique.

4. En Allemagne, on fait jouer un grand rôle dans la pathogénie de l'urémie aux *substances aromatiques*.

On a d'abord incriminé l'*indoxyle*, l'indoxylémie (désignée souvent à tort par indicanémie) ayant été trouvée élevée dans les néphrites par Obermayer et Popper, puis Jolles, Haas, Rosenberg. Mais en fait, comme le font remarquer Derrien et Mlle Giraud (65), la rétention de l'indoxyle ne paraît obéir à aucune règle précise, elle évolue tout à fait indépendamment de celle de l'urée et sans rapport avec les accidents, ce qui ne saurait surprendre, puisqu'il s'agit de *corps issus des putréfactions intestinales* et par suite *extrêmement variables dans leur apparition*. De plus Klein (74) a constaté la baisse de l'indican sanguin sur son taux antérieur lors de l'apparition des grands accidents urémiques.

Becher (14) a étudié la *rétention des corps aromatiques donnant la réaction xantho-protéique*, réaction dont il apprécie l'intensité par comparaison avec un étalon au bichromate de potasse. Ces corps comprennent d'une part les acides aminés aromatiques et les peptones qui les contiennent (insolubles dans l'éther); d'autre part le phénol, le crésol, le paracrésol (solubles dans l'éther). Ils existent à l'état normal en très faible quantité et à peu près uniquement sous forme combinée (réaction positive après hydrolyse). Dans les néphrites chroniques,

(1) Des travaux tout récents tendraient à montrer que la créatinine n'existerait pas dans le sang et que ce que l'on doserait sous ce nom serait le chromogène de la créatinine. Ce fait, très intéressant au point de vue théorique, ne changerait en rien, en cas de confirmation, la valeur pratique des constatations antérieures pour le pronostic des néphrites.

tardivement, ainsi que dans les néphrites aiguës graves on trouve leur augmentation dans le sang, les liquides biologiques, les tissus, portant surtout sur le groupe éthéro-soluble [1]. Enfin dans la néphrite chronique avec accidents urémiques on constate l'apparition en quantité appréciable de ces *phénols à l'état combiné* (réaction positive sans hydrolyse préalable). Plusieurs auteurs ont confirmé les conclusions de Becher [Lemesic et Javanovic (80), Guttentag (68), Klein (74), Gromer (67)].

Becher fait remarquer l'analogie des accidents urémiques avec l'intoxication phénolique qui se manifeste par l'amaigrissement, la fatigue, l'insomnie, les vomissements, les névralgies et le prurit, la chute thermique [cf. Binet, M. de Fossey et Goiffon (19)].

Enfin le coma s'expliquerait par la pénétration brutale par les voies périvasculaires des corps aromatiques dans le cerveau, normalement protégé contre eux.

En fait, pour si intéressants que soient les constatations, elles apparaissent quelque peu confuses. A côté des phénols d'autres corps interviendraient : aminés aromatiques, *urochromogène* [Becher (15)], ce qui rajeunirait la vieille théorie de Thudicum sur l'intoxication urémique.

De plus si l'on admet que ces corps aromatiques ont une origine purement intestinale on peut faire aux résultats de la réaction xanthoprotéique les mêmes objections qu'à l'indoxylémie. En fait le chiffre de celle-ci et l'intensité de la réaction ne sont pas proportionnels, et pour certains les substances éthéro-solubles pourraient être d'origine endogène (Klein, Gromer) : c'est ainsi que la cachexie cancéreuse peut provoquer leur augmentation dans le sang : il est difficile de conclure.

5. Un dernier groupe de constatations relatif aux *matières azotées à grosses molécules*, a été fait dans l'urémie. Cristol (46) étudiant l'*azote indosé* dans les néphrites a observé que lorsque le taux de celui-ci est élevé dans le plasma, le pronostic est défavorable : on observe de la céphalée, de l'asthénie, de l'anémie, de la sécheresse de la bouche. Kojen et Nikolitch (75) confirment l'intérêt de l'étude de l'azote indosé chez les urinaires.

Or l'azote indosé paraît surtout lié à la présence d'histones (Folin et Berglund), de peptones (Abel, Pincoffs et Roullier, Wu Hsien). Des *substances colloïdales* ont été d'ailleurs incriminées à l'origine de l'urémie. Cawadias (30) voyant la toxicité du sérum d'urémique disparaître par chauffage à 56 degrés et par vieillissement rappelle que cette toxicité dépend en grande partie des colloïdes qui seuls sont altérés par la chaleur et le vieillissement. Pibram (71) aurait décélé par les propriétés chimiques l'augmentation de l'*azote colloïdal du sang*. Pfeiffer (112) avait signalé l'analogie entre l'urémie expérimentale, le choc anaphylactique et protéique, l'empoisonnement himolytique.

Teissier (131) a insisté sur l'importance d'*albumoses urinaires*, mises en évidence par la réaction de Beneditk-Teissier, comme témoin de gravité dans les néphrites urémigènes.

D'une façon plus précise nous y avons étudié les *polypeptides* (albumoses et peptones) sanguins [Puech et Cristol (114)]. Normalement de 0g005 à 0g015 l' « *indice de polypeptidémie* » *augmente dans les néphrites* et cette augmentation est surtout le fait des néphrites chroniques azotémiques. Mais elle n'est pas proportionnelle à celle de l'urée. L'*indice n'est fortement augmentée* (au-dessus de 100) *que dans les cas graves*, présentant une réelle valeur pronostique. *(A suivre.)*

[1] La réaction xanthoprotéique est également positive dans les maladies du foie, mais porte alors uniquement sur les substances éthéro-insolubles.

UN DANGER DE LA RACHIANESTHÉSIE

DANS L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Par le docteur Yves BOURDE,
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille.

Malgré tous les péchés dont on l'a chargée, je reste un fidèle partisan de la rachianesthésie. Ce n'est donc pas pour l'accabler un peu plus que je tiens à attirer l'attention des praticiens sur un accident inattendu qu'elle peut occasionner, c'est parce que cet accident est à la fois très grave et très facile à éviter.

Nous avons tous remarqué la béance extraordinaire du sphincter anal au cours de ce mode d'anesthésie. Cette béance, je l'utilise volontiers pour les *interventions portant sur l'anus* : prolapsus, certaines cures d'hémorroïdes, fistules complexes, etc. Je la tiens pour précieuse dans les opérations pour *occlusion* ou *subocclusion intestinale*. Elle est certainement pour quelque chose dans cette selle spontanée qu'on observe si souvent avant même d'avoir levé l'obstacle intestinal. Sans entrer dans la discussion sur la valeur de la rachi dans l'occlusion intestinale je suis sûr que cette exonération tout au moins partielle est très fréquente; elle facilite tellement les manœuvres ultérieures de recherche et de levée de l'obstacle que je considère la rachianesthésie comme l'anesthésie de choix dans l'occlusion, malgré ses effets hypotenseurs, et ses inconvénients chez les gens âgés et intoxiqués, inconvénients moindres, soit dit en passant, que ceux de l'éther ou du chloro chez ces gens-là.

Cette *selle spontanée* qu'on observe donc souvent, même dans l'occlusion intestinale, peut parfois être *une gêne* : opérations sur le périnée telles que prolapsus génital, prostatectomie par voie basse, etc.

Elle peut être un *danger* terrible, si on n'est pas prévenu, dans l'hystérectomie abdominale totale. Voici le fait que j'ai observé. Je ne suis pas le seul, loin de là, à avoir fait ni publié cette remarque. Mais je crois que ce cas mérite d'être connu.

Observation. — Le 19 mai 1926 j'opérai dans le service de M. le professeur J. Silhol que j'avais l'honneur de remplacer, une femme d'une quarantaine d'années atteinte de cancer du col utérin. Il s'agissait d'un « bon cas » avec col bien mobile, chez une malade vigoureuse. Avant l'opération

le vagin avait été soigneusement irrigué et nettoyé au spéculum. Anesthésie : 12 centigrammes de syncaïne. *Excellente anesthésie* qui me permit d'opérer en toute tranquillité, sans poussée intestinale. L'intervention consista en un Wertheim typique avec dissection des uretères rapide et facile. Après section de ses ligaments et ligature des utérines contre la paroi pelvienne, l'utérus monta très facilement et deux pinces de Goullioud coudées à angle droit mises sur le vagin me permirent d'enlever le cancer « en vase clos ». Jusque-là donc intervention absolument schématique sans aucun accident. Restait à s'occuper du vagin qui était encore fermé par la pince de Goullioud inférieure. Je comptais terminer par la fermeture de celui-ci et péritonner au-dessus sans drainage tant le cas était simple. J'enlevai la pince vaginale. A ce moment-là, la catastrophe se produisit : un flot de matières semi-liquides vint faire irruption par le vagin ouvert sur toute la surface cruentée de l'évidement pelvien. Avec une poignée de compresses j'aveuglai rapidement l'inondation; je refoulai par des compresses introduites dans le vagin le flot envahissant, puis nettoyai avec minutie à l'éther toute la surface péritonéale et pelvienne contaminée.

Enfin, je terminai par un Mickulicz en imbibant le sac et les mèches avec un mélange des quatre sérums antigangréneux de l'Institut Pasteur.

Cette sérothérapie locale nous a été conseillée à la Société de chirurgie de Marseille par le docteur Victor Aubert, chirurgien des hôpitaux, à qui elle a donné de bons résultats, en particulier, dans les résections coliques quand le champ opératoire est suspect et difficile à péritoniser. La malade remise à plat, je vis que tout son périnée était envahi par une selle abondante, qui avait trouvé dans la vulve un passage facile, lorsque l'opérée était en Trendelenbourg. La malade avait-elle été lavementée le matin de l'opération? Je ne le crois pas, cette pratique étant proscrite dans le service.

Les suites furent calmes pendant vingt-quatre heures, mais bientôt s'installèrent des phénomènes abdomiuaux graves : ballonnement, etc., la température monta à 40°5 et la malade mourut le 24 mai, soit cinq jours après, de péritonite aiguë, malgré tous les soins et, en particulier, les injections antiseptiques (eau oxygénée, Dakin dédoublé, sérum antigangréneux) par le drain central du Mickulicz.

Que conclure de ce cas isolé mais si net?

1° Dans toute rachianesthésie, savoir qu'une selle spontanée sur la table d'opération se produit fréquemment.

2° S'il s'agit d'une hystérectomie, même si on ne part que pour une subtotale (et on ne sait jamais si on ne sera pas conduit en cours d'intervention à la faire totale), à plus forte raison s'il s'agit d'une hystérectomie pour cancer du col :

a. Bien se garder de donner un lavement le matin de l'intervention.

b. Et dans tous les cas, après toilette vulvo-vagino-cervicale, obturer le vagin à son entrée par quelques gazes stérilisées, bien tassées. (Ces gazes ne devront pas remplir tout le vagin, jusqu'au col. Elles gêneraient au moment de l'ouverture du vagin et l'une d'elles pourrait être attirée dans le champ opératoire). Cette précaution est essentielle pour éviter le retour de l'accident si grave que nous avons observé et qui ne constitue pas un cas isolé puisque Dujarrier (*Bull. et mém. soc. nat. chir.*, 1925, p. 445) dit l'avoir observé deux fois, l'un des cas s'étant terminé par la mort.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1928)

Installation du bureau. — M. Charles Barrois, président sortant, cède la présidence à M. Maurice Hamy qui prononce l'allocution d'usage. M. F. Henneguy, vice-président, retenu malheureusement par son état de santé, n'assiste pas à la séance.

Evaluation de l'excitabilité neuro-musculaire. Discussion théorique. — M. H. Lassalle expose une méthode générale d'évaluation de l'excitabilité au moyen des paramètres de Lapicque (rhéobase et chronaxie). L'excitabilité générale d'un élément, entendue comme son aptitude à réagir aux incitations dynamogéniques minimales, ne peut pas être objectivée au moyen du chiffre de la chronaxie, car cette constante de temps caractérise seulement la vitesse d'excitation de l'élément. L'auteur propose de comparer les excitabilités différentes que peut présenter un organe, soumis à une influence perturbatrice, en considérant la grandeur des stimulus de même durée qui réalisent, dans les divers états, une excitation tout juste efficace. La discussion des lois expérimentales de l'excitation liminaire montre que cette convention conduit à la même expression de l'excitabilité relative, quelle que soit la durée des stimulus envisagés.

L'indice $\frac{1}{\text{carré de la rhéobase} \times \text{chronaxie}}$ mesure cette excitabilité relative.

Lorsqu'une variation en sens inverse de la rhéobase et de la chronaxie ne permet pas de se prononcer sur le sens et l'importance de la modification de l'excitabilité, cet indice fournit une interprétation immédiate. (Séance du 27 décembre 192?.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1928)

Sur la nature de la polarisation électrique des tissus vivants. — M. André Strohl montre combien l'étude de la polarisation électrique des tissus vivants peut être utile pour déceler les diverses perturbations de la vie des cellules, en particulier dans le cancer. Cet examen pourrait aussi être utilisé dans l'exploration du système sympathique.

Vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G. Statistiques et résultats du 1er juillet 1924 au 1er décembre 1927. — M. A. Calmette. Depuis le 1er juillet 1924 — date à laquelle l'Institut Pasteur a mis le vaccin B. C. G. à la disposition des médecins et des services publics d'assistance — jusqu'au 1er décembre 1927, 52.772 enfants ont été vaccinés à leur naissance, tant à Paris que dans les départements.

De ces 52.772 enfants, 5.749, qui ont été signalés comme nés de mères tuberculeuses ou vivant dans un milieu bacillaire, ont chacun leur fiche qui permet de suivre leur destinée et d'obtenir régulièrement de leurs nouvelles.

3.808 d'entre eux sont vaccinés depuis moins d'un an au 1er décembre 1927. A cette date on avait compté parmi eux 118 décès dont 34 de maladies présumées tuberculeuses. La *mortalité générale* (par toutes causes de maladies) des vaccinés en contact tuberculeux était donc de *3,1 p. 100* et la *mortalité tuberculeuse de 0,9 p. 100*, alors que, pour les *non vaccinés* avec ou sans contact tuberculeux, la mortalité générale est, en France, de *8,5 p. 100* d'enfants et la *mortalité tuberculeuse*

de 24 p. 100 (minimum des enfants surveillés par les dispensaires).

1.941 enfants en contact tuberculeux sont vaccinés depuis un an à trois ans et demi. Ils ont fourni, à partir de leur douzième mois, un total de 21 décès dont 4 seulement par maladies présumées tuberculeuses. La *mortalité générale* (par toutes causes de maladies) pour ce groupe a donc été de *1,2 p. 100*, inférieure de 0,4 p. 100 à celle (1,6) des enfants de un à quatre ans non vaccinés, avec ou sans contact tuberculeux et la *mortalité tuberculeuse* a été de *0,2 p. 100*.

De ces 1.941 enfants, au 1er décembre 1927, *917* avaient de deux ans à trois ans et demi. Aucun décès par maladies tuberculeuses ne s'est produit parmi eux. La mortalité tuberculeuse pour ce groupe a donc été *nulle*.

L'immunité antituberculeuse produite par le B. C. G. dure beaucoup plus longtemps qu'on ne l'avait, tout d'abord, espéré. Il semble bien, d'après les constatations de M. Calmette et aussi d'après ce qu'ont observé Weill-Hallé et Turpin sur les enfants vaccinés par eux depuis 1921, que cette immunité persiste au moins cinq ans, c'est-à-dire pendant tout le premier âge, donc pendant toute cette période de la vie où l'enfant est particulièrement exposé et sensible aux infections tuberculeuses graves. C'est une constatation très rassurante. Elle démontre avec évidence que la vaccination par le B. C. G. est parfaitement inoffensive et que son efficacité ne peut plus être mise en doute.

M. LE PRÉSIDENT adresse à M. Calmette tous ses remerciements pour cette communication d'une si haute portée, et il le prie de recevoir les félicitations chaleureuses de l'Académie pour la haute distinction qui vient de lui être conférée par le gouvernement.

Le péril national de la mortalité excessive. — M. Paul STRAUSS. D'un document de la Conférence économique internationale de la Société des Nations, il ressort que parmi les 41 Etats d'Europe et d'Amérique, considérés au point de vue de l'excédent des naissances sur les décès, la France occupe le dernier rang. Ce faible accroissement de la population de la France tient, suivant M. Paul Strauss, davantage à un excédent de décès qu'à l'insuffisance des naissances, si évidente et si regrettable que soit celle-ci.

Alors que la natalité a diminué sensiblement depuis 1913, en Angleterre (22 p. 100), en Allemagne (26,5 p. 100), en Italie (13,2 p. 100), dans les Pays-Bas (10,6 p. 100), en Belgique (8,8 p. 100), elle a augmenté en France, faiblement il est vrai (0,53 p. 100).

La mortalité, par contre, a moins diminué en France depuis soixante-dix ans que dans les pays précités. Depuis 1913, l'abaissement de la mortalité a été pour la France de 1,13 p. 100, alors qu'elle était en Angleterre de 11,6, en Allemagne de 21,3, dans les Pays-Bas de 20,3, en Italie de 11,15, en Belgique de 5,75.

La faible décroissance des décès en France a été obtenue particulièrement de zéro à un an, sans nul doute à cause des progrès de la puériculture, de l'action des lois et de l'efflorescence des institutions et des œuvres de protection maternelle et infantile.

La tuberculose est chez nous particulièrement meurtrière, puisque pour 10.000 personnes âgées de vingt-cinq à trente-quatre ans la statistique enregistre 25 décès en France et 13 en Angleterre.

M. Paul Strauss conclut en émettant l'avis que l'Académie recherche et indique les moyens d'intensifier la lutte contre les fléaux sociaux, particulièrement contre la tuberculose, contre la mortalité infantile, contre le cancer, contre les maladies transmissibles.

Rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance et Rapport sur les demandes d'autorisation de sérums. — M. RENAULT.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1928)

Sur les septicémies à virus filtrables. La virulence et les modifications histologiques du système nerveux périphériques des lapins infectés par voie cérébrale avec le virus rabique des rues. — MM. S. NICOLAU et I. A. GALLOWAY montrent que le virus rabique des rues, inoculé dans le cerveau des lapins, se généralise dans le système nerveux périphérique, où il peut être décélé d'une manière constante. Les auteurs prélèvent quinze fois le nerf brachial ou sciatique des lapins morts à la suite d'inoculation de virus rabique dans le cerveau, et inoculent des émulsions de ces nerfs dans le cerveau de 19 lapins, avec 19 résultats positifs. Le virus disséminé dans le système nerveux périphérique par voie centrifuge y engendre des lésions de périvascularite et de névrite interstitielle.

La présence du virus et des lésions dans le système nerveux périphérique des animaux infectés par voie cérébrale, constitue les éléments du processus de *septinévrite*, notion définie par Nicolau et Mme O. Dimancesco-Nicolau dans une note antérieure.

Sur quatre microbes nouveaux isolés des eaux thermales monosulfurées de Barèges. — Les auteurs décrivent quatre espèces nouvelles de microbes isolées d'eaux thermales de Barèges. Certaines d'entre elles possèdent des propriétés bactériologiques.

Floculo-réaction de la cholestérine colloïdale. Technique. Premiers résultats. — M. Jacques DECOURT indique une réaction de floculation applicable à l'étude des sérums humains. La technique en est simple et la lecture facile. Négative chez les sujets normaux, la réaction est positive dans certains états pathologiques qui sont pour la plupart en rapport certain avec la syphilis.

Coefficient de température de l'action des ultra-violets sur l'œuf d'Ascaris. — MM. A. DOGNON et TSANG. Pour des rayons X moyens, l'action des rayons est multipliée par 2,5 quand on passe de 20 à 40 degrés. Pour des rayons X mous (0,7 A), l'action multipliée par 2. Pour des rayons ultra-violets, le coefficient de température est beaucoup plus faible, 1,1 à 1,3. Le mécanisme de l'action n'est donc pas le même dans ces divers cas.

Action des différentes radiations visibles dans la photo-sensibilisation biologique. — M. A. DOGNON. Les radiations visibles peuvent être actives même quand elles sont en dehors des bandes d'absorption du colorant sensibilisateur. En particulier, dans le cas du rose de Magdala, la raie jaune du mercure, absorbée 125 fois moins que la raie verte est, à absorption égale, 50 fois plus active.

Quantité comparée d'albumines totales et d'urée dans le sérum sanguin. — M. Edouard PEYRE, sur 108 sérums, a dosé comparativement l'urée sanguine et apprécié par réfractométrie la quantité des albumines totales.

Ses résultats lui ont permis un classement en quatre groupes différents :

A. Dans 30 cas d'affections diverses les quantités d'urée et d'albumines sont normales;

B. Dans 7 cas l'urée seule est augmentée.

C. Dans 53 cas les quantités d'albumines sont supérieures aux moyennes normales, l'urée ne dépassant pas 0g50. Cette surcharge albumineuse sans urée paraît révéler une déficience dans la fonction uréopoiétique du foie. Chez tous ces malades, en effet, on observe une atteinte hépatique avec sclérose soit d'origine syphilitique ou autre; ces malades doivent être traités comme de véritables azotémiques suivant le même régime et utilisant les ressources opothérapiques. Car s'il est

vrai que tous les tissus collaborent à la constitution des produits de dédoublement c'est au foie surtout qu'est attribué le travail de désamination consécutif.

D. Enfin, 15 sérums contenaient des quantités d'urée et d'albumines au-dessus des moyennes normales. Il s'agissait du syndrome azotémique banal.

Etude de la réaction de Meinicke. Action des injections du vaccin anti-Ducrey sur cette réaction. — M. F. Le Chuiton a examiné parallèlement au moyen de la réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction d'opacification de Meinicke, 879 sérums provenant des sujets sains ou atteints d'autres affections que la syphilis et 134 sérums provenant des sujets syphilitiques.

Il résulte de cette étude comparative que la réaction d'opacification de Meinicke ne se montre positive que dans les cas de syphilis et qu'elle est, en général, plus sensible que la réaction de fixation de l'alexine. Fait intéressant : des injections intraveineuses du vaccin anti-Ducrey, pratiquées chez des sujets non syphilitiques, déterminent une séro-réaction de Meinicke positive. L'auteur se propose d'étudier ultérieurement le mécanisme de ce phénomène.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1926-1927

Doctorat d'Etat. — 64. Albert. — Considérations sur 255 éclats intraoculaires extraits à l'électro-aimant géant.

95. Albertin-Marchand. — Traitement du cancer du col utérin.

18. Andréa. — Contribution à l'étude de la diacétyldioxyphénylisatine (ou isacène).

53. Astier. — Des réactions ganglionnaires chez les adénoïdiens et en particulier de l'adénopathie trachéo-bronchique.

16. Audibert-Caille du Bourget. — Recherches sur le nerf auriculo-temporal et l'innervation de la glande parotide.

1. Barthélemy. — Les hypertrophies du cœur chez le nourrisson.

31. Baumelou. — La pleurésie aiguë séro-fibrineuse à signes pseudo-cavitaires chez l'adulte.

30. Bayet. — Recherches sur la vaccinothérapie locale de l'ozène.

54. Belot. — Des facteurs endocriniens dans les surdités progressives. Importance de la recherche du métabolisme basal.

76. Bertrand. — Des néphrites hématuriques et de leur traitement chirurgical.

100. Billiet (Gabrielle). — Formes anormales de la pneumonie chez l'enfant.

49. Billiet (Georges). — La lambliose intestinale associée à la tuberculose et son traitement par les arséniaux pentavalents.

38. Bizien. — Des intoxications aiguës par le bichlorure de mercure et particulièrement des cas suivis de guérison.

69. Boccard. — Traitement de la paralysie générale par le stovarsol.

28. Bossard. — Les perforations de l'utérus au cours de la dilatation.

115. Bouchet. — La médecine dans Horace et Virgile.

17. Bourgeot. — La belladone et en particulier ses alcaloïdes totaux (bellafoline) dans les états parkinsoniens.

9. Brissy. — Etude médico-légale des intoxications par la cyanamide calcique.

66. Brochier. — L'angine diphtérique maligne.

105. Brunerie. — Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire.

103. Camuset. — Contribution à l'étude du traitement des fractures ouvertes récentes.

32. Candille. — Etude de la fatigue survenant au cours d'épreuves physiques de longue durée (danse).

51. Canel. — La déclaration obligatoire base de la lutte contre les maladies contagieuses.

35. Castan. — Contribution à l'étude des abcès froids rétro-pharyngiens chez l'adulte.

48. Chaix. — La dermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs.

5. Chaninel. — La réaction de Moriz Weisz. Valeur pronostique dans la tuberculose pulmonaire.

104. Cibert. — La rétention chronique avec distension chez les prostatiques.

74. Clavez. — Traitement des salpingites par l'hystérectomie fundique.

111. Cohen. — Contribution à l'étude étiologique du psoriasis; théorie tuberculeuse.

58. Colin. — Des rayons ultraviolets dans le traitement des retards de la marche.

22. Contal. — Le réflexe naso-oculaire.

36. Coumel. — Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique.

112. Creyssel (Suzanne). — Contribution à l'étude clinique des hépatites amibiennes et spécialement de leurs formes larvées.

109. Croisy. — De la gravité des opérations mastoïdiennes chez le nourrisson.

94. Croizat. — Lésions anatomo-pathologiques dans les réactions anaphylactiques et au cours des injections répétées d'albuminoïdes.

7. Crosnier. — La ponction lombaire chez le nouveau-né.

23. Dayries. — Le sarcome périosté de l'orbite.

96. Dechaume. — De la résection totale dans le traitement des tumeurs malignes du maxillaire supérieur.

41. Demontés. — Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme.

63. Desjacques. — Traitement chirurgical des affections pulmonaires : la phrénicectomie.

70. Doyon. — La lichénification du scrotum chez les noirs.

42. Dreumont. — Résultats éloignés de la conservation dans les traumatismes du rein.

108. Duballen. — La vaccination pré-opératoire dans les interventions gastriques.

24. Ducourau. — De l'iritis consécutive aux sinusites postérieures.

93. Duculty. — Contribution à l'étude de la toxicité des sérums humains normaux.

25. Dupouy. — Statistique ophtalmologique du Centre ophtalmologique de Lyon pendant la grande guerre (1914-1919).

52. Duthu. — Sur un nouveau procédé d'exploration des artères des membres : l'oscillométrie simultanée.

15. Ehrhart. — Rôle du médecin dans la défense de la nation contre les maladies sociales.

91. Euler. — Les formes anormales du streptocoque.

97. Fournier. — De l'atrophie optique consécutive aux blessures par baïonnette Lebel.

20. Fuchs. — Du traitement des manifestations chancrelleuses par les injections de vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand.

14. Gallouin. — L'éosinophilie dans les phénomènes d'anaphylaxie vermineuse expérimentale.

26. Garnier (Adolphe). — La dacryocystite congénitale et son traitement.

98. Garnier (Armand). — Du syndrome de l'apex orbitaire d'origine traumatique.

47. Gatineau. — Néoplasie et déviations pathologiques des endocrines.

75. Génieys. — Nature et signification de la zone de jonction myoneurale. Téloplasmes et télosomes.

39. Goas. — Traitement de la syphilis de la femme enceinte et du nourrisson par l'acétylarsan.

89. Goujon. — La sérothérapie antitétanique curative.

34. Grandmaison. — Formes anormales des cancers du pancréas.

73. Grassard. — Anémie pernicieuse et lésions pancréatiques.

79. Guez. — Cardiopathie et tuberculose pulmonaire.

29. Guillamet. — Le traitement de l'infection puerpérale par le sulfate de cuivre ammoniacal en injections intraveineuses.

10. Janand. — Du glaucome secondaire aux néoplasmes orbitaires.

50. Jaubert. — Principales causes de mortalité à Lyon et surtout dans le Ve arrondissement.

87. Jeannin. — Contribution à l'étude de la médication anticoagulante.

86. Jouve. — Exclusion partielle et totale dans la tuberculose chirurgicale du rein.

37. Juillard. — L'hyoscine et son action dynamogénique.

6. Labarthe. — Le traitement de l'épilepsie essentielle par l'association médicamenteuse gardénal-belladone triméhylxanthine.

83. Lacroix. — Contribution à l'étude de la luxation carpo-métacarpienne.

80. Lainé. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.

3. Lambert. — La thrombo-phlébite latente du sinus latéral.

90. Latreille. — Les vésicules avec stase biliaire.

27. Lenoble. — La segmentite antérieure oculaire zostérienne.

19. Lombard. — Contribution à la bactériothérapie du bubon chancrelleux.

81. Malartre. — Acquisitions récentes concernant le bacille de Koch.

57. Marchand. — Contribution à l'étude des talalgies sous-calcanéennes.

92. Marinet. — Endocardite infectieuse et aortite syphilitique.

11. Mialhe. — Les paralysies du nerf moteur oculaire commun consécutives à la rachi-anesthésie.

107. Michelon. — Etude pratique du radio-diagnostic fœtal.

84. Mirimanoff. — Action de la diathermie sur certaines affections gastro-intestinales.

33. Molette de Morangiés. — La méthode du vissage dans le traitement des fractures du col du fémur.

44. Monnier. — Des éclats magnétiques de l'iris et leur extraction à l'électro-aimant géant.

56. Paindestre. — La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical.

67. Paon. — Contribution à l'étude stéréoradiographique de certaines lésions encéphaliques.

62. Parnet. — Bases anatomiques physiologiques et technique opératoire de la phrénicectomie.

61. Pernet. — Contribution à l'étude de la glycuronurie dans l'insuffisance hépatique.

46. Pigeaud. — Etude anatomique de 110 œufs humains expulsés fermés avant le cinquième mois.

99. Pignal. — La mucocèle du sinus frontal à évolution orbitaire et fistulisation cutanée.

114. Ponsonnet. — Contribution à l'étude des sigmoïdites.

40. Pouzet. — Résultats éloignés de la tuberculose du tarse chez l'enfant.

110. Puig. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des tumeurs méningées craniennes.

71. Riou. — Du rôle pathogène du staphylocoque dans certaines laryngites suffocantes non diphtériques.

59. Robin. — Syndrome d'hypertension intracranienne par méningite sérieuse.

55. Rolin. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hyposulfite double d'or et de sodium.

68. Rollet. — Recherches expérimentales sur les transplantations testiculaires et leurs applications cliniques.

82. Rollin. — Contribution à l'étude des tumeurs de la glande carotidienne.

113. Rosette. — Tuberculose et mycoses.

8. Roussin. — La pression intrapleurale dans le pneumothorax aigu tuberculeux.

21. Rouzaud. — Etude statistique sur les accouchements prématurés provoqués pour rétrécissements du bassin.

77. Rubin. — Etat de la vision d'un aveugle-né onze ans après sa guérison.

78. Sarda. — Emploi des milieux à l'esculine en bactériologie.

106. Shemeil. — Etude comparée de l'enseignement médical en Grande-Bretagne et en France.

101. Seignobos. — L'optochine dans le traitement des pleurésies purulentes à pneumocoque de l'enfance.

2. Tardiu. — La périchondrite laryngée syphilitique.

88. Tarlet. — Les formes cliniques de début des tumeurs malignes du naso-pharynx.

12. Taupin. — Des suppurations ténoniennes.

60. Tillier. — La réfection ostéoplastique du toit cotyloïdien dans les luxations et subluxations congénitales invétérées de la hanche.

102. Touillon. — Traitement des fractures diaphysaires ouvertes.

85. Tricaud. — Les pleurésies à cholestérine.

13. Vadella. — Les chorio-rétinites d'origine naso-sinusienne.

116. Vauthey. — Le foie et l'arsenic. Applications à la thérapeutique arsenicale chez les hépatiques.

4. Veyssi. — Fièvre typhoïde, scarlatine et diphtérie dans le département du Rhône (Lyon excepté) de 1908 à 1925.

45. Vignes. — La pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale chez la femme.

43. Villequez. — L'insuffisance rénale dans les anciens rétrécissements urétraux.

65. Vincent-Loison. — Evolution des tissus fœtaux en inclusion aseptique dans la cavité péritonéale.

72. Zeitoun. — L'intradermo-réaction par le vaccin anti-strepto-bacillaire de Nicolle et Durand.

Doctorat d'Université. — 261. Ammar. — Contribution à l'étude anatomique des bassins normaux.

263. Bassanti Erian. — Les lésions anatomo-pathologiques du zona ophtalmique.

265. Ber. — Contribution à l'étude du céphalématome suppuré.

262. Chtéritch. — Hygiène de la peau. Prophylaxie et traitement des infections cutanées du nourrisson par la formadermine.

269. Khalil. — La paralysie des dilatateurs de la glotte. Sa nature syphilitique.

264. Lipsky. — Une famille de dégénérés hérédo-alcooliques dans l'œuvre de Dostoievski.

266. Loutchitch. — Tumeurs sous-unguéales douloureuses.

260. Manès. — De l'extirpation du nerf optique intra-orbitaire.

267. Mihaïlovitch. — De l'utilisation de l'incision de Pfannenstiel pour le drainage de Mickulicz.

268. Popovitch. — Contribution à l'étude du cancer pavimenteux du corps utérin.

259. Yovanovitch-Radovanovitch. — Maladie pylorique du nourrisson.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1º Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2º S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des varices par la méthode sclérosante (1), par le professeur J.-A. Sicard, médecin de l'hôpital Necker, et le docteur L. Gaugier, licencié ès-sciences.

Cette étude est la synthèse d'une observation méthodiquement poursuivie durant de nombreuses années, elle porte sur plusieurs milliers de cas variqueux.

Le but des auteurs est de montrer combien est facile l'application de ce procédé, combien il est inoffensif lorsqu'il est appliqué à bon escient et suivant les règles de prudence élémentaire.

Cette facilité d'exécution rend accessibles les piqûres intra-variqueuses à tous les praticiens habitués aux injections veineuses. Cette méthode n'est pas, bien entendu, applicable dans tous les cas. Elle a ses indications, et ses contre-indications, mais, bien maniée, elle donne des résultats remarquables dans les cas qui relèvent de son application directe.

L. G.

Traité des maladies de l'enfance (1), par J. Comby.

Nouvelle édition d'un livre qui parut pour la première fois en 1893 et pour la sixième en 1927.

L'auteur y a complété la plupart des chapitres en y ajoutant ce que le praticien doit retenir des nouvelles acquisitions de la pathologie infantile.

Le plan général n'a pas changé, l'auteur voulant que ses plus anciens lecteurs pussent ne pas être dépaysés et trouver sans recherche les indications désirées. Bien des passages cependant sont œuvre nouvelle car les notions nouvelles ne manquent guère en pathologie infantile et le domaine ancien lui-même, mieux exploré, a ouvert bien des perspectives nouvelles. Tant au point de vue de la clinique qu'à celui de l'étiologie et de la thérapeutique, ce sont, ici encore, les considérations pratiques qui ont prévalu, et il faut en louer l'auteur.

A tous les articles qu'il a ainsi rajeunis M. J. Comby a ajouté, en nombre, des chapitres nouveaux relatifs aux maladies exotiques quasi-ignorées autrefois en médecine infantile et dont l'importance ne cesse de croître, apportant ainsi à ses lecteurs son expérience d'aujourd'hui en même temps que celle que lui a value sa longue et fertile carrière de clinicien.

L. Babonneix.

(1) Un volume de 102 pages avec 8 planches hors texte. *(Collection Médecine et Chirurgie pratiques).* — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Septième édition. — Paris 1928, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Pour aller au Maroc, embarquez a Marseille. — C'est la traversée la plus courte, la plus rapide, la mieux abritée. Elle est assurée par les luxueux paquebots de la Compagnie Paquet qui partent régulièrement de Marseille les 5, 15 et 25 de chaque mois pour atteindre Tanger les 8, 18, 28 au matin, et Casablanca les 9, 19, 29 au matin.

Des billets comprenant le parcours par chemin de fer et le trajet maritime, valables 15, 30 ou 90 jours et permettant l'enregistrement direct des bagages, sont délivrés pour Tanger et Casablanca par les principales gares P.-L.-M. et les agences de la Compagnie Paquet.

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

N° 5. — MERCREDI 18 JANVIER 1928. 101e ANNEE. MERCREDI 18 JANVIER 1928. — N° 5.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

NOUVEAUX HÔPITAUX PARISIENS. — Le Conseil municipal, à la suite d'un rapport de M. Granger, a voté un programme de travaux comportant une dépense de 188 millions qui prévoit la reconstruction de Bichat et de Broussais sur leur emplacement actuel. Broussais sera un grand hôpital moderne comprenant un millier de lits.

La Charité disparaîtra et sa circonscription sera rattachée à Broussais.

Beaujon disparaîtra également, l'hôpital sera réédifié à Clichy.

L'hôpital de contagieux Claude-Bernard sera agrandi et on prévoit la création de deux hôpitaux suburbains pour tuberculeux et de maisons de retraite pour vieillards.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BREST. — Un interne (service du docteur Gouin, dermato-syphiligraphie) est demandé. Traitement de l'hôpital et supplément donné par le ministère pour dispensaire antivénérien.

Avis. — Le secrétaire de l'internat de Brest, M. R. Rémac, prie les étudiants sollicités pour l'internat de Brest de se renseigner très exactement avant de s'engager sur les conditions matérielles et le règlement actuellement en vigueur.

HÔPITAUX DU MAROC. — Trois concours pour une place de médecin chef du service des contagieux à l'hôpital civil de Casablanca, une place de médecin adjoint et une place de chirurgien adjoint au même hôpital, s'ouvriront le 10 avril à la Direction de la santé et de l'hygiène publiques à Rabat.

S'inscrire avant le 15 mars 1928 à la Direction, à Rabat.

Les candidats doivent posséder depuis deux ans révolus leur diplôme de docteur. Les anciens internes des hôpitaux dans les villes où siège une Faculté sont dispensés de ce stage.

Pièces à produire : Acte de naissance. Diplôme. Certificat de bonnes vies et mœurs. Exposé de titres.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La section permanente du Conseil vient de fixer au 30 janvier la date de la première session pour 1928 du Conseil de l'Instruction publique.

— Sont nommés pour quatre ans membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique et membres de la section permanente : M. le professeur Widal et M. le doyen Roger.

CHAIRE NOUVELLE A LA FACULTÉ DE PARIS. — Sur un rapport de M. Henri Sellier, au nom de la 3e Commission, le Conseil général de la Seine vient de prendre la délibération suivante :

« L'Administration est invitée à poursuivre toutes démarches utiles pour que soit créée d'extrême urgence à la Faculté de médecine une chaire départementale de clinique médico-sociale de la tuberculose. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux de chimie s'ouvrira le 13 avril 1928 à l'Ecole de médecine. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Charles Bourreterre (de Dax) et Jacques Mawas (de Paris).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Ont été promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Spillmann, Nicolas, Faivre.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Lemeignen, Bichat, Drucbert, Lardennois, Léri, Crouzon, Marquis, Guibé, Courcoux, Janin, Lagriffe, Paul, Roussy, Lambret, Gault, Dubois, Acheray, Lemierre, Piollet, Boidin, Heitz, de Fourmestraux, Lecercle, Pauchet, Suttel.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Vincent, Daunay, Boutin, Deverre, Descomps, Fossier, Grelley, Delon, Saussie, Chaix, Dejust, Parrot, Ros, Trouve, Lévy, Delon, Bresard, Bouveret, Sarazanas, Paquet, Guillerme, Bataille, Faulong, Chalier, Roulland, Paintaud, Jourdan, Senlecq, Teulière, Cousyn, Genevoix, Lutaud, Queheille, Mortegoute, Gérard, Brin, Abadie, Longin, Broquin-Lacombe, Fillassier, Jullien, Glénard, Philippon, de Gorsse, Olivier, Quincieu, Vinchon, Philibert, Le Moine, Regnier, Depierre, Viguerie, Dufourmentel, Sevin, Marcelot, Dumas, Roy, Huber, Dupouy, Descottes.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Dom, Domela, Marey, Geraud, Bosquet, Doulcet, Fabre, Favrot, Morellet, Coustou, Gerdessus, Hanriot, Villechaise, Follenfant, Bougeant, Teyssandier, Hérisson-Laparre, Comandon, Gros, Dubois, Porte, Castay, Lair, Carton, Lalisse, Dubus, Crutel, Cazes, Jouffray, Moy, Arrighi, Rongier, Lavau, Butterlin, de Bony de Lavergne, Bardin, Delolm de Lalaubie, Desprairies, Poey-Noguez, Dublanc, Quirot, Toutel, Baumgartner, Mignacabal, Dreyfous, Bentz, Amade, Chabassut, Huot, Hamon, Tourraton, Fohanno, Busson, Gravost, Gaillard, de Lafargue Bares, Lamothe, Juin, Godard, Tregoat, Dunal, Vives, Zentler, Boulet, Mignard, Mayeux, Cousin, Aurenche, Salmon, Bouffier, Belhandouz, Lebret, Dujardin, Pilven, Monceau, Bedu, Mattei, Mathieu, Pernet, Mathieu, Menereul, Claeys, Reau, Bonhomme, Moneger, Bonnaud, Perret, Valat, de Vulpian, Simon, Dollard, Gassend, Bouchet, Dasque, Doueil, Bodet, Lafabrègue, Abribat, Chabanon, Rendu, Breton, Delestaing, Rendu, Chevalier, Pille, Gasser, Ginéste, Gay, Bossuet, Mougneau, Vignes, Adrian, Gely, Dubosc, Cazalis, d'Herbecourt, Flatres, Lasnier, Cleret, Aubert, Guintard, Champion, Tzanck, Baumelou, Lassalle, Gallas, Guillemet, Ecalle, Weber, Gloppe, Boissière, Galinier, Bolte, Mistral, Barre, Bossy, Rolland, Hybord, Coudert, Grasset, Castel, Hanriot, Blanc, Wagner, Marais, Magne, Juin, Koch, Auxion, Auban, Hervé, Guillaumont, Petiteau, Gauducheau, Vourch, Amyot, Rouyer, Baudoin, Vian, Pouget, Robillard, Galvin, Chéron, Besnard, Maymou, Avenier, Kahn, Courbe, Ferran, Pelegrin, Chambrette, Houard, Vielle, Doazan, Morand, Collignon, Thiebaux, Lethuillier, Cazaux, Ferry, Kopp, Esperon, Sasportes, Blanc-Perducet, Tridon, Stroehlin, Scherb, Jaureguiberry, Dauphin, Bernadie, Carrayrou, Persillard, Auge, Lemoussu, Brothier, Auboyer, Barbe, Livinec, Saint-Cyr, Authelain, Russe, Descamps, Léger, Ferry, Renaud, Girard, Dulout, Lelièvre, Charrier, Lauge, Marion-Gallois, Morel, Mathieu, Porak, Bousquet, Marsan, Michiels, Grezillier, Patou, Lechaux, Laville, Babilliot, Mathelin, Louvard, Lavillat, Bernard, Lamy, Bellocq, Dubois, Roullet, Sebald, Leduc, Polony, Aubry, Chirpaz-Cerbat, Menage, Cornet, Lechelle, Vernet, Mirgon, Cesarini, Kuntz, Quénu, Robin, Hurel, Renaux, Mercier, Lemaire, Dassy, Trousset, Savidan, Bourrat, Gremeaux, Le Jemtel, Duby, Romieu, Lory, Dutard, Leuret, Conseil, Riser, Beix, Cadet, Ricolfi, Le Petit, Mathieu, Domec, Lian, Saucet.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le médecin-major Accoyer (Levant).

Médaille d'argent. — MM. les médecins-majors Vezoux et Finance.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 14 janvier publie la liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1928.

LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. Louis Martin, sénateur du Var, a fait connaître son intention d'interpeller le ministre de l'Hygiène sur la protection de la santé publique et sur la nécessité de propager en France la vaccination contre la diphtérie.

Cette interpellation s'ajoute à celle de M. Paul Strauss sur les mesures que le gouvernement envisage pour assurer l'hygiène et combattre la mortalité évitable.

CARACTÈRE MÉDICAMENTEUX DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES. — Un arrêté du ministre des Finances reconnaît le caractère exclusivement médicamenteux aux vins de quinquina, de kola et de coca du Codex, ainsi qu'à un certain nombre de préparations dont le *Journal officiel* du 13 janvier 1928 donne la liste (p. 515, 516, 517).

ACADÉMIE DES SCIENCES DE SUÈDE. — M. le professeur Gley vient d'être élu membre étranger.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Keller, chef du laboratoire de radiologie de l'hospice de Bicêtre; Maigre (de La Roche-sur-Yon), Gustave Patein, ancien pharmacien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine; Leblanc, médecin des hôpitaux de Paris; Eugène Hertoghe (d'Anvers), premier vice-président de l'Académie royale de médecine de Belgique. Ses travaux sur le corps thyroïde et la maladie de Basedow sont classiques.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 19 mars 1928, pour l'admission aux emplois de médecins directeurs et médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à douze.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 18 février inclus. (*J. O.*, 12 janv. 1928.)

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le professeur agrégé F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Aubin, Maduro et Rémy-Néris, assistants du service, commencera le 13 février 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE
DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1928-1929

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot; chefs de clinique : MM. Libert, Froment, Terris; chef de clinique adjoint : M. Rachet; chefs de labor. : MM. Deval, Coquain, Bénard; internes : MM. Caroli, Lenormand; externes : MM. Reynaud (H.), Simon (Noël), Janvier (Roger), Dubois (P.), Dormoy, Waynberger, Herbert, Levaditi, Lauprêtre, Amat, Debray (J.-R.), Gautier (P.-M.).

2. Médecin : M. Villaret; interne : M. Even; externes : MM. Hauert, Gluck (Léopold), Guillemin, Vautrin, Mathan, Sambron.

3. Médecin : M. Rathery; interne : M. Rudolf; externes : Mlle Le Diouron, MM. Nouail (Paul), Belètre, Grozieux de Laguerenne, Béchet (André), Nomblot.

4. Médecin : M. Sainton; interne : M. Ravier; externes : MM. Minne, Gastaud (G.), Katchoura, Dumont (Pierre).

5. Médecin : M. Halbron; interne : Mlle Wertheimer; externes : MM. Damon, Dansaert, Wechsler, Lemaître (Yves), Mlle Derombies, M. Robert (Pierre).

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; assistant : M. Bergeret; chef de clinique : M. Brouet; chefs de clinique adjoints : MM. Garnier, Chabrut; chef de labor. : M. Renaud; internes : MM. Delage, Kaufmann, Mlle Papaioannou, MM. Hesse (Jean), Richard; externes : MM. Debray (Ch.-L.), Cachin (Ch.), Alphonsi, Lichtenberg, Blau, Marie (René-Régis), Bridgman, Trotot, Simon, Vannereau, Baudard, Lemelletier, Millot (Jacques), Bonan, Soria, Béchet.

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien; assistant : M. Favory; chef de clinique : M. Castéran; chefs de clinique adjoints : M. Veil, Kalt; chefs de labor. : MM. Renard, Pirbach, Bordessoulle; internes : Mlle Braun, M. Cadilhac; externes : MM. Roger (Jacques), Mazeyrie, Delbès, Mlle Huet, MM. Herzfeld, Petit (René).

8. Accoucheur : M. Macé; internes : MM. Bardin, Dufour; externes : MM. Courbil, Botrel (M.), Bérard (P.), Timsit, Bonnet (G.), Gloppe.

9. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Bénard (H.); suppléant : M. ; interne prov.; M. Gibert; externes : Mme de Pierredon, M. Martin (Ch.-Rémy), Mlle Pinel, M. Briant.

10. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Sallet (Jean), Milleret, Clupot.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; assistant : M. Lucy; hydrothérapie et thermothérapie, chef de labor. : M. ; adjoint : M. .

12. *Consultation dentaire.* — M. Béliard; adjoint : M. ; assistant : M. ; externes : M. Schmitt, Mlle Trousson.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chefs de clinique : MM. Giroux, Théodoresco, Plichet; chefs de labor. : MM. Bordet, Géraudel; interne : M. Vannier; interne prov. : M. Cros; externes : MM. Cachin (Marcel), Makluff, Couder, Julien (Gab.), Dupuidemus, Geninet.

2. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Poumailloux; externes : MM. Patey, Demaldent, Wolff (Henri), Loisel, Reliquet, Friedmann (Elias).

3. Médecin : M. Vincent; interne : M. David; externes : MM. Sliosberg, Mickaelidès, Mahoudeau, Mlle Delahaye, MM. Delinotte, Petiton.

4. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Godel; externes : MM. Tellier (J.), Haik (Henri), David (Jean), Benzaquen, Le Guay, Sidi, Maleplote, Moyse (Pierre).

5. Médecin : M. Marcel Labbé; interne : M. Dreyfus (Gilbert); externes : MM. Nigay, Ménétrel, Sabetay-Marcus, Jacobé, Boyer (E.), Maisler.

6. Médecin : M. Laignel-Lavastine; internes : MM. Desoille, Bonnard; externes : MM. Gignoux, Gorse, Dillard, Le Flem, Dubois (André), Boquet (Pierre), Barré (Paul), Klotz, Lecœur.

7. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Lecœur, Dessaint, Darfeuille; externes : Mlle Spire, MM. Genty, Jouffroy, Rosenfeld, Bensaude, Lazard, Bioy, Calvet, Williot.

8. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Baron (F.), Bocquel, Voillemin; externes : MM. Brunhes, Dugas, Mlle Menabrea, MM. Maspetiol, Jacquet, Bonhomme, Marmasse, Chaillouet.

9. Chirurgien : M. Chevrier; assistant : M. Desplas; internes : MM. Moruzi, Julien, Naggiar; externes : M. Wetterwald, Mlle Petit, MM. Helluin, Rossi, Baylot, Grossmann, Charousset, Juchet.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chefs de clinique : MM. Sureau, Weill-Spire, Mlle Tisserand; chef de labor. : M. Minvielle; interne : M. Suzor; externes : Mlles Mercier, Chuit.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Donzelot; suppléant : M. ; interne prov. : M. Cohen (Asdriel); externes : M. Porge, Mlles Chapiro (Myriam), Bogoraze (Valentine).

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Kuss; suppléant : M. ; externes : MM. Touzard, Barthélemy, Aubin (André).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Halphen; suppléant : M. ; externes : MM. Cormin (Yves), Lecourt, Macasdar.

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Coutela; suppléant : M. ; externes : MM. , Bronstein.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; adjoint : M. ; assistant : M. ; externe : M. Codet.

16. *Consultation dentaire.* — M. ; adjoint : M.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chefs de clinique : MM. Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky; chefs de labor. : MM. Durand (Henri), Couvreux; interne : M. Lonjumeau; externes : MM. Ribadeau-Dumas, Regaud, Chomet, Mlle Jeannocopoulo, Lavit.

2. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Delarue; externes : Mlle Girardeau, Mme Cornier, MM. Brinon, Rubat de Mérac, Maksud.

3. Médecin : M. Tinel; interne : M. Bompart; externes : MM. Henrion, Fallourd, Pépin, Leborgne.

4. Médecin : M. Darré; interne : M. Berdet; externes : M. Bergenstein, Mlle Léage, MM. Bouley, Goldstajn.

5. Médecin : M. Tixier; interne : M. de Sèze; externes : MM. Morchain, Kermentchowsky, Beauchesne, Patte, Soleil.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Audemar, Cohen-Deloro, Rudaux; externes : MM. Baumgartner, Bring, Valenci, Ragan, Chefdeville, Mlle Rogier, M. Mauvais.

7. Chirurgien : M. Descomps; assistant : M. Deniker; internes : MM. Laennec, Mayer, Caïn; externes : MM. Fasquelle, Valet-Belot, Galup, Klein, Lachèze, Faure, Guidicelli.

8. Accoucheur : M. Levant; interne : M. Debon; externes : MM. Dufour (J.), Odru (M.), Raboutet, Moulard.

9. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Pruvost; suppléant : M. ; interne prov. : M. Bernard-Griffiths; externes : MM. Mezger, Rousseau (G.), Bourderon.

10. *Chirurgie.* — Assistant : M. Bloch (J.); suppléant : M. ; externes : Mlle Bourmalatz, M. Buisson (Louis).

11. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Ronneaux; adjoint : M. Moutard; assistant : M. Thoumas; externe : M. Blineau.

12. *Consultation dentaire.* — M. ; chef de labor. : M. .

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; chefs de clinique : MM. Weismann, Cayla, Celice, Pollet; chefs de labor. MM. Duchon, Weill, Tribout; internes : M. Wahl, Mlle Scherrer; externes : MM. Haick (Mce), Carlotti, Joly (F.), Zimmerm, Oppenot.

2. *Service des tuberculeux.* — Externes : MM. Kreyts, Amaraggi; (centre de triage); assistant : M. ; externe : M. Draillard.

3. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Baize; externes : MM. Laflotte, Borgida, Pannet (R.), Poindud, Metzquer, Antoniou.

4. Médecin : M. Ramond (F.); interne : Mlle Desbrousses; interne prov. : M. Thomas; externes : M. Galland, Mlle Bresson, MM. Lang, Hermabessière, Dubois (L.), Brémont.

5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Monnerot-Dumaine; externes : MM. Durrbach, Trombert, Hornus, Masselin, Bogoraze (Dimitri).

6. Médecin : M. Coyon; interne : M. Aubert; externes : MM. Vincent (Pierre), Piraud, Andrieu, Hallot.

7. Médecin : M. Comte; interne : M. Buquoy; externes : MM. Melun, Lainé, Hécart, Martin (André).

8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Sicard (Rob.); externes : Mlle Grand, MM. Lardat, Delaffond, Josseran, Brizard.

9. Chirurgien : M. le prof. Lejars ; assistant : M. Brocq; chef de clinique : M. Gueullette ; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Arviset, Dupuy, Mialaret; externes : MM. Reix, Chaillol, Maronne, Leduc, Kerboul, Mlle Lévy (Gilberte), M. Tenine.

10. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Pascal, Avril, Sacuto; externes : MM. Merle, Hayon, Mlle Weill (Suz.), MM. Poindessault, Nahon, Pinchasowicz, Fuchs.

11. Chirurgien : M. Grivot; assistant : M. ; assistant de la consultation : M. ; internes : MM. Richier, Lallemant; externes : MM. Lestienne, Pradel, Farah, Massier, Mlle Kuntz.

12. Accoucheur : M. Lévy-Solal; interne : MM. Barbé, Gorostidi; externe ; MM. Pariente (Marcel), Tartinville, Gérard, Duvernoy.

13. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Tzanck; suppléant : M. ; interne prov. : M. Vaudour; externes : Mlle Cauvet, MM. Farrel O'Reilly, Simonnot.

14. *Chirurgie.* — Assistant : M. Braine ; suppléant : M. ; externes : M. Demirleau, Mlle Ducosté, MM. Fortin (René), Ballard.

15. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Brodin; interne prov. : M. Nicolas; externes : MM. Felsenswalb, Strée, Gencel, de Langre.

16. *Consultations d'ophtalmologie.* — Ophtamologiste : M. Cerise; suppléant; M. ; externes : MM. Segall (Max.), Hémon (Yves).

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Guillaumin.

18. *Consultation dentaire.* — M. Coustaing.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Massot; externes : MM. Suchmann, Gros, Prat (Gilb.), Iliovici, Mlle Berr.

2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Bize; externes : MM. Arnal, Bernard (Jean), Macé de Lépinay, Salomon (Jean), Barrat.

3. Médecin : M. Laederich; interne : M. Poumeau-Delillé; externes : MM. Cavel, Bourdial, Magat, Jaulerry.

4. Médecin : M. Duvoir; interne : Mlle Abricossof; externes : MM. Ayrignac, Ganot.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chefs de clinique : MM. Flandrin, Gaume; chefs de labor. : MM. Pick, Chabanier, Verliac; internes : MM. Blanquine, Contiadès; externes : MM. Lamiaud, Asthiany, Calvet (Henri), Turbé, Sauvage, Michelet, Benveniste, Courvoisier, Kiszelnik, Letrésor.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Chaperon, Patel, Beaux; externes : MM. Talon, Lambling, Aliker, Lefebvre (Jacques), Mollard, Ghelman, Vieuchange.

7. Chirurgien : M. Schwartz; assistant : M. Fey; internes : MM. Bérard, Asselin; externes : MM. Debidour, Boisramé, Meyer, Heine, de Palma, Mlle Rohlfs.

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Binet; suppléant : M. ; interne prov. : M. Maes; externes : MM. Courtial, Deliencourt.

9. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mondor; suppléant : M. ; externes : MM. Aujay, Delort.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; adjoint : M. ; assistant : M.

11. *Consultation dentaire.* — M. Robin; adjoint : M.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chefs de clinique : MM. Bertrand-Fontaine, Isch-Wahl, Lévy (Mce); chefs de labor. : MM. Laudat, Joltrain, Raulot-Lapointe; internes : MM. Wallich, Layani, Thurel; externes : MM. Bousser, Bruneau (Jean), Bloch, Viala, Alivisatos, Mlle Fagnière, MM. Hutin, Bridot, Raulot-Lapointe, Brimont, Deslandres (J.-Mce), Bosc, Pariente (Jacq.), Mlle Lévy-Weissmann (Renée), MM. Soubrane, Chevalier (Roger-Jean).

2. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Veslot, Schwob; externes : MM. Clavel, Pouey, Charapanowsky, Masset, Abramesco, Archambaud (Rob.).

3. Médecin : M. Pissavy; assistant : M. ; interne : M. Grand; externes : MM. Cristesco, Laplane, Brandenbourg, Caput, Bonamy, Huypers.

4. *Service du dispensaire.* — Médecin : M. Pissavy : interne : M. Moline; externes : MM. Bourget, Larroumets, Poreaux, Israilovici.

5. *Service temporaire de tuberculeux.* — Interne prov. : Mlle L'Hoir; externes : MM. Miquel, Deglaire.

6. Médecin : M. Pinard; interne : Mlle Versini; externes : MM. Petit (Louis), Naulleau, Serre, Julien (Jean), Delaby, Conso.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; assistant : M. Leveuf; chefs de clinique : MM. Lascombe, Godard; Oberthür; chefs de labor. : MM. Beauvy, Herrenschmidt; internes : MM. Robin, Cuvellier, Illaire; externes : MM. Cochard, Beinis, Cohen-Solal (Vict.), Yvanovitch, Ichard, Silvestre, Milovanovitch, Landais.

8. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Leveuf; assistant : M. ; internes : MM. Rouquès, Widal-Naquet; externes : MM. Demartial, Thévenin, Toulemonde, Mlle Beskin, M. Douay.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Roy, Chauveau; externes : MM. Bousseau, Mainguy, Guillermon, Grégoire, Heptia, Abrand.

10. Chirurgien : M. Chevassu; assistant spécial : M. ; internes : MM. Jean-Lévy, Ganem; externes : MM. Motz, Bordier, Segall (Salomon), Leroy (Rob.), Lacurte, Pécastaing, Grosperrin, Kaplan (Moyse).

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Gautier; suppléant : M. ; interne prov. : Mme Arager; externes : M. Grand; Mlle Haz.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Monod (Rob.); suppléant : M. ; externes : MM. Gorecki, Emond, Raymond (André), Mercier (Marcel).

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Bollack; suppléant : M. ; externes : MM. Salgo, Lemarinier.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; assistant : M. Wolff.

15. *Consultation dentaire.* — M. Lebedinsky; adjoint : M. Puig; assistant : M. Boissier; externes : MM. ; Lapiné (Jacques).

16. *Premier service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Moreau; interne prov. : M. Louvet; externes : Mme Blondel, MM. Ellenberger, Chaussidière, Frahier.

17. *Deuxième service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Moreau; interne prov. : M. ; externes : MM. Foy (Roger), Paulus, Bouchacourt, Dubroca.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Bloch (Sig.); chefs de clinique adjoints : MM. Hamburger, Escalier; chefs de labor. : MM. Feuillié, Grigaut, Leblanc; internes : MM. Nativelle, Bureau (Yves); externes : MM. Lafon, Besson (André), Sergent (A.-H.), Caner, Sapoznick, Habert.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Flandrin; externes : MM. Fort (Roger), Auzepy, Rouher, Guybert de la Beausserie, Sevin, Bailliot.

3. Médecin : M. Harvier; interne : M. Lichtwitz; externes : Mlle Sentis, MM. Pyt, Durel (M.), Darnis, Durieux, Mme Abraham.

4. Médecin : M. Debré; assistant pour le centre de triage de tuberculeux : M. ; interne : Mlle Hébert; externes : MM. Chabrol, Delorme (Jean), Mlles Pichot, Gillard.

5. Chirurgien : M. Proust; assistant : M. Houdard; internes : MM. Delmas, Duncombe; externes : MM. Brébant, Vigneron d'Heucqueville, Dreyfus (Jacques), Simonnet, Lacroix, Seydel.

6. *Chirurgie* (chroniques). — Chirurgien : M. Proust; interne : M. Mabille; externe : Mlle Debay.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Martin (J.),

Duval; externes : MM. Picard, Ortéga, Bauwens, Martin (Marcel), Mlle Cottin, MM. Bastien, Stewart.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Guran, Laffaille; externes : MM. Porent (Jacques), Azéma, Aboulker, Raphaël, Lebouchard, Lion, Nocton.

9. Accoucheur : M. Funck; assistant : M. Ecalle; internes : M. Darré, Mlle Odru; externes : MM. Robert (Yvon), Ferrière, Lemaître, Barrier.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Weissenbach; suppléant : M. ; interne prov. : M. Basset; externes : MM. Phalippou, Pruneau, Brandy.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Guimbellot; suppléant : M. ; externes : MM. Dewé, Jambon, Frugier.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet; assistant : M. ; interne : Mlle Valentin; externes : MM. Filliozat, Lecouillard.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck; suppléant : M. ; externes : MM. Plat, Longuet, Vandenbossche.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lièvre; assistant : M. ; externe : M. Valençon.

15. *Consultation dentaire.* — M. Schaefer.

H. Lariboisière. — 1. Médecin : M. Rivet; interne : M. Guede; externes : Mlle Dupont, MM. La Mouche, Aubrun, Raisonnier, Sabourin, Mathet, Huant.

2. Médecin : M. Herscher; interne : M. Rivoire; externes : MM. Natier, Dufet, Guichard, Cottin (P.), Jusseaume, Kritchewski, Chaudron, Lacoste.

3. Médecin : M. Gandy; interne : M. Beaugeard; externes : MM. Aymard, Verboud, Lachter, , Tubiana, Leboulanger, Lemant.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Garnier; externes : MM. André (Robert), Paillard.

5. Médecin : M. Garnier; interne : M. Cord; externes : Mlles Willon, Vix, MM. Germain (R.), Bézier, Dumery, Faquet.

6. Médecin : M. Clerc; interne : M. Vialard; externes : MM. Monnier (Jean-Louis), Pouzergues, Jauneau, Bonte, Martin (Jean), Auzeloux, Thorel.

7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Richard; internes : MM. Tambareau, Bouille; externes : MM. , Pougin, Vincent (Paul), Marion, Bail, Enriquez, Prunet, Mathis, Davous.

8. Chirurgien : M. Wiart; assistant : M. Capette; internes : MM. Diamantberger, Canonne, Armand; externes : MM. Demailly, Chagnon, Coussieu, Mlle Bujeaud, MM. Fournet, Gelbart, d'Escrivan.

9. *Chirurgie* (chroniques). — Médecin : M. Cunéo; externe : M. Luisada.

10. Chirurgien : M. Cunéo; assistant : M. Picot; internes : MM. Leroy, Blondin (Sylvain), Tailhefer; externes : MM. Martel, Boros, Herrenschmidt, de Font-Réaulx, Sterne, Delamare.

11. Chirurgien : M. Labey; assistant : M. Bazy; internes : MM. Dulac, Chevereau, Petit (Pierre); externes : M. Sauvain, Mlle Revault d'Allonnes, MM. Bousquet, Findjandjan, Bureau (Pierre-Jules), Adèle, Parrot.

12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau; assistant : M. ; chef de clinique : M. Carrega; chef de clinique adjoint : M. Bureau; chef de labor. : M. Cléret; internes : MM. Elbaz, Fayot; externes : MM. Carbonel, Blanchard, Pillère de Tanouarn, Kessis, Bournique, Tawil, Laurent (Paul).

13. Accoucheur : M. Devraigne; internes : Mlle Rappoport, M. Jehiel; externes : M. Boutet, Mme Yeu, M. Roullier, Mlle Berger.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Jacob; suppléant : M. ; interne prov. : M. Limasset; externes : MM. Anchel, David (P.-Emile), Dessirier, Leroy (Jacques).

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. ; externes : MM. Jaudel, Dauban de Silhouette, Laussel.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. ; internes : MM. Sourdille, Hudelo; externes : MM. Valdmann, Martin (H.), Potiquet, Joseph, Léveiller.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; joint : M. ; assistants : MM. ; externes : MM. Susdental, Frain, Delaborde.

18. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle; adjoint : M. ; assistant : M. ; externes : MM. Barzilaï, .

I. Tenon. — 1. Médecin : M. Michel; interne : Mlle Blanchy; externes : MM. Lerolle, Vasse, Fraisse, Tilitchey.

2. Médecin : M. Loeper; interne : M. Véran; externes : MM. Mariau, Roy (Louis), Catonné, Lejeune, Merdinger, Souilhé.

3. Médecin : M. Weil (P.-E.); interne : M. Cahen (R.); externes : MM. Dumas, Dulot, Bellière (R.), Lehmann (R.).

4. Médecin : M. Boidin; interne : Mlle Fontaine; interne prov. : M. Reyt; externes : Mme Laporte, MM. Logeat, Conte (Michel), Mlle Leconte (A.), MM. Rameaux, Bergeron, Ampugnani, Boyer (Isidore), Leuret (Jean).

5. Médecin : M. Laroche; interne : M. Ragu; externes : MM. Royer (R.), Masson (Georges), Gallot (Jean), Lefrançois, Hennion, Boussoulade, .

6. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Oumansky; externes : MM. Savigny, Fontaine (Henri), Joly, Butaud.

7. Service des tuberculeux. — Médecin : M. Paisseau; externes : MM. Vaidié, Goliger.

8. Médecin : M. Lian; interne : Mlle Hermann; externes : MM. Jarousse, Pautrat, Jomain, Goutallier.

9. Service des chroniques. Externe : M. Gessen.

10. Médecin : M. Brulé; interne : M. Augier; externes : MM. Cailleux, Brulin, Boursat, Lucas (J.), Auclair (J.-M.), Voisin.

11. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Griveaud, Ollivier (H.), Villechaize; externes : MM. Jonard, Dechaux, Peron, Arvay, Mlle Liphschutz, M. Lavergne.

12. Chirurgien : M. Gernez; internes : MM. Sergent, André (R.), Ho-dac-di; externes : MM. Enriquez, Braillon, Laroche (J.-A.), Serdaris, Fecan (Robert), Gireaux.

13. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Funck, Lyonnet, Audouin; externes : MM. Roy (André-Louis), Marre, Gay (Luc), Gaillard (Jacques), Baudet.

14. Accoucheur : M. Metzger; interne : M. Weill (Adrien); externes : MM. Tschudnowskif, Bonnet (R.), Jampolsky, Noirot.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant; assistant : M. Lanos; assistant de consult. : M. Labarraque; interne : M. Magdelaine; externes : MM. Pigache, Clément (André), Daunic, Sakon, Urbain, Baré (Jean).

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot; assistant : M. Lagrange; interne : M. David; externe : M. Amestay, Mlle Perrier, M. Binet.

17. *Consultations. (Médecine.)* — Assistant : M. Chevallier; suppléant : M. ; interne prov. : M. Colin; externes : MM. Alpern, Monjot, Poupault.

18. *Chirurgie.* — Assistant : M. Maurer; suppléant : M. ; externes : MM. Eck, Augeix, Bouxin.

19. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois; assistants : MM. Descourt, Davigneau; externe : M. Schmid.

20. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; interne : M. Thoyer; externes : MM. Flaumenbaum, Godard, Svartman, Mlles Cazamian, de Loeschnigg, MM. Delorme, Guillaud-Vallée, Duflos.

2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Léon Bernard; externes : MM. Léoni, Deutsch.

3. Médecin : M. Rist; interne : M. Mevel; externes : MM. Ambrosini, Limoge, Bidou, Dragomiresco (Alex.), Morel (André), Nel, Macé, Giami.

4. *Service des baraquements.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Cournand; externes : MM. Barrière, Gahan, Petroff, Drapé, Gourçon, Bellière.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Assistants de M. le prof. Léon Bernard : MM. ; assistants de M. le docteur Rist : MM. ; externes : MM. Regard, Magrin, Mlle de la Motte-Saint-Pierre, MM. Landau, Szigebi, Ferroir.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Imbert; externes : MM. Tholosé, Piel, Lafay, Labignette.

7. Médecin : M. Jousset; interne : M. Guérin; externes : MM. Mutricy, Stérin (R.), Fav[illegible] (F.), Pourquié.

8. Médecin : M. L. Ra[illegible]; interne : M. Salmon; exter-

nes : MM. Katz (Salomon), Delay, Mlle Bordacher, MM. Gay (Georges), Gosset (J.).

9. Médecin : M. Baudouin; interne : M. Puech; externes : MM. Barrier (Jean), Brincourt, Loiseau, Brunel.

10. Chirurgien : M. Auvray; assistant : M. Girode; internes : MM. Ardouin, Brizard, Baussan; externes : M. Savelli, Mlle Métin, MM. Brochard, Chareire, Tissot, Caby, Streicher, Costes, Pouliquen.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Jacquet; suppléant : M. ; interne prov. : M. Roquejeoffre; externe : M. Alavoine.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Baqué, Gluck, Coloman.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois, assistant : M. Soulas; internes : MM. Moatti, Lapiné; externes : MM. Fournié (Francis), Devaux, Le Garrec, Labesse.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monthus; assistant : M. ; suppléant : M. interne : M. Puymartin; externes ; MM. Pivoteau, Lichaa, Mlle Séguin.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; adjoint : M. ; assistants : MM. ; externe : M. Hogarth.

16. *Consultation dentaire.* — M. Darcissac.

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Brühl; interne : M. Vanbockstaël; externes : MM. Perier (Ed.), Jalley, Courtois (Jac.), Decante.

2. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Besançon; externes : M. Lataste, Mme Duhamel, MM. Lepart, Sergent (André-Louis).

3. Chirurgien : M. Mocquot; internes : MM. Bidoire, Mirallié, Hussenstein; externes : MM. Levannier, Deparis, Gringoire, Kipper, Netter, Girard (Emile), Bouroullec, Renaud (Fçois).

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Stévenin; suppléant : M. ; interne prov. : M. Royer de Véricourt; externes : MM. Maire-Améro, Reboul.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externe : M. Etchbarne.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; assistant : M. .

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Dufour; interne : M. Bourgeois (J.-B.) ; externes : Mlle Baguette, MM. Ficonetti, Hurez, François, Lubas.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne; Mlle Pau; externes : MM. Giorgi, Sauné.

3. Médecin : M. Laubry ; interne : M. Castéran; externes : MM. Rudler, Trocmé, Cameira d'Almeida, Touvenel, Hodanger.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Laubry; interne M. Louvel; externes : Mlle Lassery, M. Fromont.

5. Chirurgien : M. Ronx-Berger; internes : MM. Baillis, Pellé; externes : MM. Stefani, Gillot, Nadji, Lambert, Scheid, Kaplan (Alex.).

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Marchal; suppléant : M. ; externes : Mlle de Peretti (Joséph.), M. Voizot,

7. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Berger; suppléant : M. ; externes : MM. Leroy (René), Vayssié.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; assistant : M. Blot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Lereboullet; externes : MM. Boidot, Baratoux, Billard (Jean), Mme Berthoud.

2. *Centre de triage.* — Médecin : M. Courcoux; assistant : M. Bidermann; externes : Mlle Barnaud, M. Thouvet.

3. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Carteaud; externes : MM. Menillet, Bons, Lieffring, Pellegrin.

4. Chirurgien : M. Dujarier; assistant : M. Roubier; internes : MM. Bompart, Mouchet, Guillot; externes : MM. Tournafond, Desvignes, Brawermann, Germon, Faur (Jean), Jamet, Piram, Livierados.

5. Accoucheur : M. Le Lorier; interne : M. Marie; externes : MM. Poinceau, Thorain, Paul (Christian), Jurist.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Rouillard; suppléant : M. ; interne prov. : M. Arondel; externes : MM. Relier, Graffin.

7. *(Chirurgie.)* — Chirurgien : ; assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Bouvier, Grasset, Dragomiresco, Lindmann.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. Férier; externes : MM. Anglade, Mansour.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Guilbert; adjoint : M. Blanche; assistant : M. .

10. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; chefs de clinique : MM. Rimé, Huet, Lefèvre; chefs de labor. : M. de Just, Mme Eliascheff, M. Chevallier; internes : MM. Horovitz, Lotte; externes : Mlle Ursat, MM. Chaput, Ardouin (Jean), Lacaze, Laouennan, Demoly, Mlle Moreau, M. Gibert (Henri).

2. Médecin : M. Hudelo; internes : MM. Sigwald, Chêne; externes : Mlles Saint-Cène, Gautheron, MM. Leroy, Challe, Binès, Hélion, Mlle Champdemerle, M. Buy.

3. Médecin : M. Milian; internes : MM. Launay, Garnier (Georges); externes : MM. Durel (Pierre), Gaudin (G.), Gallot (H.), Victor (Henri), Rachelsberg, Giard, Mlle Neumann, M. Olagnon.

4. Médecin : M. Ravaut; internes : MM. Fleury, Filliol; externes : MM. Koang, Séguinot, Malgras, Girard (Jean), Caratzoli, Marchand (Reué), Carteret, Barbat (Raoul).

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; internes : MM. Baron (Pierre), Mlle Brosse; externes : MM. Chigot, Wirz, Mlle Jammet, MM. Augereau, Kenesi, Legry, Mmes Le Maux, Girot.

6. Médecin : M. Louste; internes : MM. Cohen (René), Berton; externes : MM. Prat (Roger), Schnirer, Mlles Espinosa, Mouneyrat, MM. Lévy-Klotz, Gadaud, Lanz, Mlle Sélikovitch.

7. Médecin : M. Léri; interne : M. Lièvre; externes : MM. Feuillastre, Testu, Guyon (F.), Darrique.

8. Chirurgien : M. Lecène; assistant : M. de Gaudart d'Allaines; internes : MM. Leydet, Lapeyre, Delagenière; externes : MM. Gorodiche, Beuzart, Bourgeois (R.), Yundt, Bissery, Dreyfus (André), Mlle Lang, M. Tourneux.

9. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Levaxelaire, Grandperrin, Maximin (René); externes : MM. Mattei, Avramesco, Richard, Fleys, Kreis, Ortholan, Roy (André-Henri), Camus (J.-P.).

11. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; internes : M. Fredet, Delaporte; externes : MM. Mailhefer, Grollet, Sterbini, Gouzounat.

12. Consultation de M. Heitz-Boyer. Assistant : M. Tissot; externes : Mme Trivas, MM. Biétrix, Armand-Laroche, Bruneval, Pollak.

13. Chirurgien : M. Cadenat; internes : MM. Petrignani, Folliasson, Bureau (R.); externes : MM. Beaufils, Mallarmé, Loutsch, Clermont, Tran-quang-di, Amiar, Lance, Massoulier.

14. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; internes : MM. Pinoche, Le Baron; externes : MM. Stoclet, Nazarian, Cousin, Duval (André), Chérubin.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lemaître; assistant : M. Aubin; suppléant : M. Maduro; suppléant de la consult. : M. Camus (Pierre); internes : MM. Rossert, Ombrédanne; externes : Mlle Munier, MM. Bonnahon, Fraenckel, Marc (R.), Schatz (J.), Gaston (Alain).

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. ; interne : Mme Lagrange; externes : Mlle Bogoraze (E.), MM. Amid, Penteuil, Wilbert.

16. *Consultation. (Chirurgie.)* — Assistant : M. Moure; externes : MM. Fortin (André), Bonnet (P.), Gauthier (R.).

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; adjoint : M. ; assistant : M. ; externes : MM. Billiard, Durin, Puyaubert.

19. *Consultation dentaire.* — M. Chompret; adjoint : M. Richard; assistant : M. Thibault; externes : MM. Fleury, Houzeau.

20. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. J. Renault; internes : Mlle Guérin, M. Servel; externes : MM. Comar, Franco, Rivère, Thoizon, Douvry, Gasne (P.), Beysserias, Couty.

21. Chirurgien : M. Mouchet; internes : Mlle Rouget, MM. Paris, Coudrain; externes : MM. Ducœurjoly, Zuniga, Turiaf, Mlles Laporte, Gasne, MM. Michelson, Vincent (J.-L.).

O. — HÔPITAL DE VAUGIRARD *(Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine).* — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; chefs de clinique : MM. Welti, Ameline; chef de clinique adjoint : M. chefs de labor. : MM. Moutier, Goiffon; attaché médical : M. ; internes : MM. Jubé, Padovani, Luzuy; externes : Mlles Sainton, Hollier-Larousse, MM. Bevalot, Fresnais, Golse, Postel, Amante, Labarre, Aboulker (Pierre), Maire (Georges).

2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Béclère; assistant : M. Porcher.

3. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.

P. HÔPITAL AMBROISE PARÉ. — 1. Médecin : M. Flandin; interne : M. Weill (Jean); externes : MM. Guériault, Reveillaud, Gorelick, Garnier (Jean), Allouche.

2. Médecin : M. Abrami; interne : M. Foulon; externes : MM. Parlier, Dausse, Maroger, Mlle Chapiro (R.), Mme Maunoury.

3. Médecin : M. Lemaire; interne : M. Willemin; externes : MM. Delbove, de Berg, Mlle Vidal, M. Ripert.

4. Chirurgien : M. Desmarets; assistant : M. Méthivet; internes : MM. Grinda, Merger; externes : M. Meunier, Mlle Mignon, MM. Fourès, Lauret, Personnaz, Mlle Cahen (Arlette), M. Hanrion.

5. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Et. Bernard; suppléant : M. Debray; interne prov. : Mlle Falguière; externes : MM. Arnaud (R.), Olivier.

6. *Chirurgie.* — Assistant : M. ; suppléant : M. ; externes : MM. Giroux, Morelle, Bernière.

7. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Monbrun; externe : MM. Scherrer, Hyronimus.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Ramadier; externe : M. Hyronimus.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Détré; assistant : M. Brennan.

Q. HÔPITAL BROCA. — 1. Médecin : M. Gougerot; interne : M. Thiroloix; externes : MM. Salles, Chaux, Mlle de Peretti (Maria), MM. Gasne (André), Coen (Albert), Taquet, Auclair.

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes : M. Gabriel (Pierre), Mlle Hallard.

3. Médecin : M. Sezary; interne : M. Worms; externes : MM. Villoutreix, Judde, Conte (André), Schwartz, Pornet, Pierre (Félix), Tardif.

4. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; chefs de clinique : MM. Bonnet (L.), Chevallier; chefs de labor. : MM. Champy, Bulliard, Douay; internes : MM. Sallé, Frantz, Mlle Bizon; externes : Mlles Cuesnin, Sérieux, MM. Conte (Mce), Kohen (Ignace), Delorm, Mlle Vallet, M. Leneman.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lehmann; adjoint : M. Dimier.

R. MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Milhit; interne : M. Derot; externes : M. Huriacombe; Mme Kiriloff, MM. Audoux, Moreau (Jacques).

2. Médecin : M. Fiessinger; interne : M. Cattan; externes : MM. Fabre (Jean), Bretey, Duval (R.), Grégoire (R.). Gorrichon, Besson (Alex.).

3. Chirurgien : M. Sauvé; internes : MM. Terrenoire, Vialle; externes : MM. Grenet, Meyer (Jean), Parfus, Polak, Nigaud, Arnould, Delsuc.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt.

S. HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : MM. Lebée, Boulanger-Pillet; chef de labor. : M. Bidot; interne : M. Kaplan; externes : MM. Leven, Brunet (Jean), Marcy, Bargeton, Magnin, Groulier.

2. Médecin : M. Hallé; interne : M. Soulié; externes : MM. Fichet, Chevalier (Phil.), Barneville, Mlle Lépiue, MM. Fabre (Georges), Bérardier.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Hallé; interne prov. : M. Lançon.

4. Médecin : M. Aviragnet; interne : Mlle Maldan; externes : MM. Cabaille, Mézard, Benoist (Marcel), Dutray, Merlaud.

5. *Sélection.* — Médecin : M. Aviragnet; interne prov. : M. Bosquet.

6. Médecin : M. Apert; interne : Mlle Bach (Elise); externes : MM. Lannegrace, Delteil, Ronceray, Mlle Lavroff, MM. Beaudet, Szymkewicz.

7. Médecin : M. Lereboullet; interne : M. Duruy; externes : MM. Jodin, Boudin, Lecadre, Devin, Masson (Pierre), Laude.

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; assistant : M. Lance; chefs de clinique : MM. Aurousseau, Huc; adjoint : M. Fèvre; chefs de labor. : M. Saint-Girons; internes : MM. Armingeat, Sicard (A.); externes : M. Attaix, Mme Robert, MM. Piollet, Hubert, Mlle Kritchewsky, MM. Gourdon, Delorme, Robert-Romuald.

9. *Service médical d'Antony.* — Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; interne prov. : M. Pichon; externes : MM. MacGuffie, Soyer.

10. Chirurgien : M. Basset; interne : M. Cheynet; interne prov. : M. Hervy; externes : MM. Dufour (Emile), Ogario, Waisman.

11. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Poulard; interne : M. Delthil; externes : MM. Oiseau. Baurens, Mlle Lorsignol, M. Beurdeley.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Le Mée; suppléant : M. Mahieu; externes : Mlle Bourdin, MM. Zaliouck, Maire (Jacq.), Vexenat.

13. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Duhem : assistants : M. Mallein-Gérin; externes : M. Nathière.

14. *Service temporaire.* — M. ; interne prov. : M. Bolgert; externes : Mlles Patez, M. Janaud.

T. HÔPITAL TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. Benoist; externes : Mlles Montet, Drouhin, Colombu, Polonsky, MM. Rousset, Fischbacher, Zaouche.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : Mlle Corbillon.

3. Médecin : M. Papillon; interne : M. Couturat; externes : MM. Lapeyre, Huret, Marie (Rob.), Roeder, Pajot, Lemoine (J.-M.).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : M. Lacapère.

5. Chirurgien : M. Bréchot; internes : Mlles Choquart, Guéry, M. de Ginestet; externes : M. Darras, Mlle Desbois, MM. Crozat, Lebourg, Ganière, Mlle Corny, MM. Benoist (Jean), Bertheau, Mattern.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Hutinel; suppléant : M. ; interne prov. : Mlle Bégand; externes : MM. Bréhier (Georges), Perreau, Mlle Letailleur, M. Jaleff.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Rouget; assistant : M. ; interne : M. Georges (Mce); externes : MM. Ferraud, Camps, Lahaussois, Achard (Yves), Pelletier.

8. *Ophtalmologie.* — Assistant : M. Welter; suppléant : M. Ostwald; externes : MM. Cohen-Bacri, Vergé.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Mahar; assistant : M.

10. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle.

U. HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chefs de clinique : MM. Broca (R.); Samsoën, Mlle Odier; chef de labor. : M. Dorlencourt; internes : M. Mamou, Mlle Boegner; externes : M. Casali (Paul), Mlle Domela, MM. Nevot, Sala, Foucaud, Balmelle.

2. Chirurgien : M. Veau; assistant : M. Martin; internes : M. Plessier; Mlle Zimmern; externes : Mlles Philippe, Glotz, MM. Reboul, Milhaud, Ronce.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Cottenot; assissistant : M. Chaufour.

V. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. Faure-Beaulieu; interne : M. Desbuquois; externes : MM. Ruganeau, Ungar, Mlle Dreyfus, M. Hermann.

2. Médecin : M. Monier-Vinard; interne : M. Alibert; externes : MM. Coumeton, Boutteau (Pierre), Saullière, Mlle Pichon, M. Malinski.

3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. de Gennes; suppléant : M. Isch-Wahl; interne prov. : Meillaud; externes : MM. Maire (Roger), Saraudy.

W. BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Vallery-Radot (Pasteur); internes : MM. Stéhélin, Delafontaine; externes : MM. Karman, Werner, Laquerrière, Marx.

2. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Ch. Richet;

interne : M. Wester; externes : MM. Pergola (André), Dhotel, Guynot de la Boissière, Hue, Fabre (Ch.).

3. Médecin : M. P. Weil; interne : M. Martin (Jean); externes : Mlle Cligny, MM. Kyriaco, Tribalet, Grobois, Roy (G.).

4. Chirurgien : M. Toupet; internes : MM. Sébileau, Barragué; externes : MM. Constantoulakis, Rogès, Benardeau, Prat, Lesage.

5. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Camus; interne : M. Fiehrer.

6. Médecin : M. Riche.

7. Médecin : M. Maillard; interne : M. Gopcevich.

8. *Fondation Vallée.* — Médecin : M. ; interne : M.

9. *Service temporaire.* (Chroniques.) — Médecin : M. Vallery-Radot Pasteur; interne : M. Rouquès; internes prov. : MM. Benassy, Gilbrun; externes : Mlle Gagneux, M. Leblanc.

10. *Service temporaire de tuberculeux.* — Internes prov. : MM. Meyer, Antonelli; externes : MM. Guy (André), Mourgues, Couve, Mine, Lecat, Thésée, Gérard (Pierre).

11. *Consultation dentaire.* — M. Fey.

X. Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chefs de clinique : MM. Thévenard, Péron, Darquier, Decourt; chefs de labor. : MM. Bertrand, Léchelle, Mathieu (Pierre); internes : MM. Bourgeois, Mollaret, Jonesco; externes : MM. Dupuy-Dutemps, Tavennec, Potier, Mlle Heer, MM. Rocher, Daniel (Pierre), Gillon.

2. Médecin : M. Crouzon; internes : MM. Liège, Dumas; externes : MM. Polacco (Et.), Leconte, Elbim, Barbara, Messimy, Casalis (Bern.), Pescarolo, Mlle Loriot, M. Salmon.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — Médecin : M. Crouzon; interne : M. Zadoc-Kahn.

4. Médecin : M. Faroy; interne : Mlle Cahen; externes : MM. Advenier, Aboulker, Jonis, , Cabrit.

5. Chirurgien : M. le prof. Gosset; assistant : M. Petit-Dutaillis; chefs de clinique : MM. Thalheimer Bernard, Raiga; chefs de labor. : MM. Magron, Rouché; internes : MM. Perrin, Beclère, Bergouignan; externes : Boudreaux, Guillaumat, de Cagny, Simon (Roger), Fourestier, Bonnet (G.), Vauclin, Borrey, Vial, Michaut.

6. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Douady.

7. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Mauric.

8. *Service temporaire de réserve.* — Médecin : M. Léchelle; interne prov. : M. Joseph; externes : MM. Beaufis, Dezoteux, Guérin (Jean), Coste, Terrasse, Mlle Boullard.

9. 2e *Service de réserve.* — Médecin : M. Léchelle; externes : M. Rymer, Mlle Kahn, MM. Paris, Rousseau (Alf.).

10. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Alajouanine; interne prov. : M. Fauvert; externes : MM. Petrignani, Durandy, Guilly, Bernie-Scott, Stérianos, Lebenthal.

12. *Services de nourrissons malades.* — Médecin : M. Ribadeau Dumas; interne : Mlle Vasseur; externes : Mlle Petibon, M. Imbert, Mlles de Montauzon, Delon, Arrighi.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; adjoint : M. Thibonneau; assistant : M. ; externe : M. Liberson,

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guillemot; interne : M. Waitz; externes : MM. Robine, Laurent, Mlle Poulain, MM. David (J.-P.), Valois, Strouzer.

2. Médecin : M. Grenet; interne : Mlle Vogt; externes : MM. Langlois, Fron, Lardier, Louvet (Eug.), Arsonneau, Mlle Delpuech.

3. Chirurgien : M. Mathieu; internes : MM. Vergez-Honta, Bufnoir, van der Elst; externes : M. Pochon, Mlle Aghion, M. Thomas, Mlles Gabrielle, Solente, MM. Departout, Canale.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Huber; suppléant : M. ; interne prov. : M. Fau; externes : Mme de Beaufort, MM. Vetillard, Robert (J.-M.-E.-Paul), Perrachon.

5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. André Bloch; suppléant : M. Lemoine; externes : MM. Lacaille, Desbiez.

6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois; adjoint : M. Torchaussé; assistant : M. Méry.

7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : Mlle Maas; externes : Mlle Danzig, MM. Preux, Lefebvre (Marcel), MM. Demoulin, Bruneteau, Mme Cachera.

2. Médecin : M. Armand-Delille; interne : M. Bertrand (Jean); externes : Mlle Parent, Mme Ogliastri, Mlle Cathier.

3. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Marquézy; suppléant : M. ; interne prov. : M. Gavois; externes : M. Attal, Mlle Roux.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bouchet; suppléant : M. ; externe : MM. Benech, Gonnet.

5. *Electro-radiologie.* — Externe : M. Léonard.

6. *Consultation dentaire.* — M.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Chabrol; interne : M. Maximin (Maurice); externes : MM. Raymond (Roger), Pham-Hue-Chi, Albeaux, Brouet.

2. *Chroniques et admission.* — Externes : MM. Thivet, Minet.

3. Médecin : M. Réné Bénard; internes : M. Trubert, Mlle Riom; externes : MM. Ferrier (And.), Kramarz, Doussinet, Archambault, Angyal, Sabatier.

4. Chirurgien : M. Ockinczyc; internes : MM. Martin, Stérin; externes : MM. Lando, Béquignon, Calvet (Jean).

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Postel; assistant : M. Delapchier.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; adjoint : M. Lemeland; aide de clinique : M. Risacher; interne : M. Hébert; externes : Mmes Gorecki, Pose, Mlle Vimeux.

2. *Maternité nouvelle.* — M. Lemeland; interne : M. Peytavin.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M.

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chefs de clinique : MM. Ravina, Seguy; chefs de labor. : MM. Giraud, Verne; interne : M. Hepp; externes : MM. Abrahamian, Camus (Jean), Mlle Roussy, MM. Stora, Judet, Mlle Jacob.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chefs de clinique : MM. Desoudry, de Peretti della Rocca, Jacquet; chefs de labor. : MM. Hinglais Cartier; interne : Mlle Laurent; externes : MM. Goulet. Couaillier, Gibert (Théophile), Caillaud, Fontaine (Jean).

Ae. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chef de clinique : M. Coste; chef de clinique adjoints : M. Marceron, Chavany; chef de labor. : M. Reilly; internes : MM. Michaux, Lelourdy, Delalande; externes : MM. Dassencourt, Mortier, Lellouch, Durmeyer, Bamas, Thiboumery, Catalette, Défaix, Thomann, Leca.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Touraine; interne : Mlle Landowsky; interne prov. : M. Roulin; externe : M. Lebovitz.

2. Chirurgien : M. Lardennois; assistant : M. Madier; internes : MM. Debray, Faure, Theillier; externes : MM. Pineau, Capandji, Petit (Pierre, Genty (Pierre), Puistienne, Marcombes, Jacobesco.

3. *Radioscopie.* — Assistant : M. Lomon.

Ag. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) — Médecin : M. Ameuille; interne : Mlle Lévy.

2. (*Tuberculeux.*) — Interne : M. Kanony; externes : Mlle Verlière, MM. Martinie, Doreau, Dijon, Lambey.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. ; interne prov. : M. Poileux; externes : MM. Samana, Larroumets, Berteaux,

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Troisier; internes : Mlle Weiss (Sainte-Périne), Mlle Develay (Chardon-Lagache).

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Chiray; interne : M. Albot; externe : M. Zitzermann.

2. (*Tuberculeux.*) Interne : M. Thiébaut; externes : MM. Prost (Jean), Barret (Ad.), Gerolami, Golé.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye; chef de labor. d'électro-radiologie : M. Parin; chef de labor. de bactériologie : M. Mozer; internes : MM. Dany, Billet, Lebel, Cofino, Allard.

2. Annexe de Rouville. Internes : MM. Devaux, Mérigot, Meizel.

Al. Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie; assistant : M. ; internes : MM. Tabuteau, Deliencourt.

2. Médecin : M. Lévy-Valensi; internes : MM. Tixier, Rouart, Barthes, Bachmann, Debuire, Vinceneux.

3. Médecin : M. Renaud; internes : M[lle] Fayot, MM. Muller, Miget, Boyer (Ant.).

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Chatellier.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Baruk, Lamache, Daussy; clinique neuro-psychiatrique infantile : M[lle] Badonnel; chefs de labor. : MM. Cuel, Dumas, Lehmann, Rafflin, Dubar.

An. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. ; assistant : M.

Ao. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; internes : MM. Choffé,

Ap. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno.

Aq. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. ; assistant : M.

Ar. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° chefs de laboratoire; 4° internes titulaires; 5° internes provisoires; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Arsonneau, Y-2 = Y. Hôpital Bretonneau, 2. Service de M. Grenet.

MÉDECINS

et assistants.

CHIRURGIENS

et assistants.

ACCOUCHEURS

et assistants.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

assistants et suppléants.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

CHEFS DE CLINIQUE

Boulanger-Pilet, S-1.
Broca (Rob.), U-1.
Brouet, A-6.
Celice, D-1.
Carrega, H-12.
Cayla, D-1.
Castéran, A-7.
Chevallier, Q-4.
Coste, Ac-1.
Darquier, X-1.
Daussy, Am-1.
Decourt, X-1.
Desoubry, Ad-1.
Flandrin, E-5.
Froment, A-1.
Gaume, E-5.
Giroux, B-1.
Godard, F-7.
Grellety-Bosviel, C-1.
Gueulette, D-9.
Huc, S-8.
Huet, N-1.
Isch-Wahl, F-1.
Jacquet, Ad-1.
Kourilsky, C-1.
Lamache, Am-1.
Lascombe, F-7.
Lebée, S-1.
Lefèvre, N-1.
Lévy (M.), F-1.
Libert, A-1.
Oberthür, F-7.
Odier (Mlle), U-1.
Péron, X-1.
Perretti della Rocca (de), Ad-1.
Plichet, B-1.
Pollet, D-1.
Raiga, X-5.
Ravina, Ac-1.
Rimé, N-1.
Samsoën, U-1.
Seguy, Ac-1.
Sureau, B-10.
Terris, A-1.
Thalheimer, X-5.
Théodoresco, B-1.
Thévenard, X-1.
Tisserand (Mlle), B-10.
Turpin, C-1.
Weill-Spire, B-10.
Weissmann, D-1.
Welti, O-1.

Adjoints.

Bureau, H-12.
Chabrut, A-6.
Chavany, Ae-1.
Escalier, G-1.
Fèvre, S-8.
Garnier, A-6.
Hamburger, G-1.
Kalt, A-7.
Marceron, Ae-1.
Rachet, A-1.
Veil, A-7.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Beauvy, F-7
Bénard (H.), A-1.
Bertrand, X-1.
Bidot, S-1.
Bordet, B-1.
Bordessoulle, A-7.
Bulliard, Q-4.
Cartier, Ad-1.
Chabanier, E-5.
Champy, Q-4.
Chevallier, N-1.
Cléret, H-12.
Coquain, A-1.
Couvreux, C-1.
Cuel, Am-1.
Deval, A-1.
Dorlencourt, U-1.
Douay, Q-4.
Dubar, Am-1.
Duchon, D-1.
Dumas, Am-1.
Durand (H.), C-1.
Eliascheff (Mme), N-1.
Feuillié, G 1.
Géraudel, B-1.
Giet, D-9.
Giraud, Ac-1.
Goiffon, O-1.
Grigaut, G-1.
Guillaumin, D-17.
Herrenschmidt, F-7.
Hinglais, Ad-1.
Joltrain, F-1.
Just (de), N-1.
Laudat, F-1.
Leblanc, G-1.
Lcéhelle, X-1.
Lehmann, Am-1.
Magrou, X-5.
Mathieu (P.), X-1.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Pick, E-5.
Pirbach, A-7.
Rafflin, Am-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Ae-1.
Renard, A-7.
Renaud, A-6.
Rouché, X-5.
Saint-Girons, S-8.
Tribout, D-1.
Verliac, E-5.
Verne, Ac-1.
Weill, D-1.

STOMATOLOGISTES

Béliard, A-12.
Boissier, F-15.
Chompret, N-19.
Coustaing, D-18.
Darcissac, J-16.
Fargin-Fayolle, M-10.
Fey, Y-11.
Izard, Y-7
Lacronique, I-20.
Lebedinsky (P.), F-15.
Lemerle, T-10.
L'Hirondel, O-3.
Puig, F-15.
Richard, N-19.
Robin, E-11.
Rousseau-Decelle, H-18.
Schaefer, G-15.
Thibault, N-19.

INTERNES

(Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places de provisoire et réciproquement.)

Abricossof (Mlle), E-4.
Albot, Aj-1.
Alibert, V-2.
Allard, Ak-1.
André (Rob.), I-12.
Ardouin, J-10.
Armaud, H-8.
Armingeat, S-8.
Arviset, D-9.
Asselin, E-7.
Aubert, D-6.
Audemar, C-6.
Audouin, I-13.
Augier, I-9.
Avril, D-10.
Bach (Mlle Elise), S 6.
Bachmann, Al-2.
Baillis, L-5.
Baize, D-3.
Barbé D-12.
Bardin, A-8.
Barou (Fr.), B-8.
Baron (Pierre), N-5.
Barragué, W-4.
Barthes, Al-2.
Baussan, J-10.
Beaujeard, H-3.
Beaux, E-6.
Béclère, X-5.
Benoist, T-1.
Bérard, E-7.
Berdet, C-4.
Bergouignan, X-5.
Berton, N-6.
Bertrand (J.), Z-2.
Besançon, K-2.
Bidoire, K-3.
Billet, Ak-1.
Bize, E-2.
Bizon (Mlle), Q-4.
Blanchy (Mlle), I-1.
Blanquine, E-5.
Blondin (S.), H-10.
Boegner (Mlle), U-1.
Bompart (B.-R.), C-3.
Bompart (H.-M.), M-4.
Bonnard, B-6.
Bouille, H-7.
Bourgeois (D.), X-1.
Bourgeois (J.-B.), L-1.
Braun (Mlle), A-7.
Brizard, J-10.
Brosse (Mlle), N-5.
Bocquel, B-8.
Bufnoir, Y-3.
Bureau (Robert), N-13.
Bureau (Yves), G-1.
Buquoy, D-7.
Cadilhac, A-7.
Cahen (Rob.), I-3.
Cain, C-7.
Canonne, H-8.
Carteaud, M-3.
Cattan, R-2.
Caroli, A-1.
Castéran, L-3.
Cahen (Mlle), X-4.
Chaperon, E-6.
Chauveau, F-9.
Chêne, N-2.
Chevereau, H-11.
Cheynet, S-10.
Choquart (Mlle), T-5.
Cofino, Ak-1.
Cohen (René), N-6.
Cohen-Deloro, C-6.
Contiadès, E-5.
Corbillon (Mlle), T-2.
Cord, H-5.
Coudrain, N-21.
Cournand, J-4.
Couturat, T-3.
Cuvellier, F-7.
Dany, Ak-1.
Darfeuille, B-7.
Darré, G-9.
David (J.-M.), B-3.
David (J.-G.), I-16.
Debon, C-8.
Debray, Af-2.
Debuire, Al-2.
Delafontaine, W-1.
Delagenière, N-8.
Delage, A-6.
Delalande, Ac-1.
Delaporte, N-11.
Delarue, C-2.
Delmas, G-5.
Delthil, S-11.
Derot, R-1.
Desbrousses, D-4.
Desbuquois, V-1.
Desoille, B-6.
Dessaint, B-7.
Devaux, Ak-2.
Develay (Mlle), Ai-1.
Diamantberger, H-8
Douady, X-5.
Dreyfus (Gilb.), B-5.
Ducas, X-2.
Dufour, A-8.
Dulac, H-11.
Duncombe, G-5.
Dupuy, D-9.
Duruy, S-7.
Duval, G-7.
Elbaz, H-12.
Even, A-2.
Faure, Af-2.
Fayot, H-12.
Fiehrer, W-5.
Filliol, N-4.
Flandrin, G-2.
Fleury, N-4.
Folliasson, N-13.
Fontaine (Mlle), I-4.
Foulon, P-2.
Frantz, Q-4.
Fredet, N-11.
Funck, I-13.
Ganem, F-10.
Garnier (G.), N-3.
George (M.), T-7.
Ginestet (de), T-5.
Godel, B-4.
Gopcevich, W-7.
Gorostidi, D-12.
Grand, F-3.
Grandperrin, N-9.
Grinda, P-4.
Griveaud, I-11.
Guede, H-1.
Guérin, J-7.
Guérin (Mlle), N-20.
Guéry, T-5.
Guillot, M-4.
Guran, G-8.
Hébert, Ab-1.
Hebert (Mlle), G-4.
Hepp, Ac-1.
Hermann (Mlle), I-8
Hesse (Jean), A-5.
Ho-dac-Di, I-12.
Horovitz, N-1.
Hudelo, H-16.
Hussenstein, K-3.
Ilaire, F-7.
Imbert, J-6.
Jean-Lévy, F-10.
Jehiel, H-13.
Jonesco, X-1.
Jubé, O-1.
Julien, B-9.
Kaplan, S-1.
Monnerot Dumaine, D-5.
Moruzi, B-9.
Mouchet, M-4.
Naggiar, B-9.
Nativelle, G-1.
Odru (Mlle), G-9.
Ollivier (H.), I-11.
Ombrédanne, N-15.
Oumansky, I-6.
Padovani, O-1.
Papaioannou (Mlle), A-6.
Paris, N-21.
Pascal, D-10.
Patel, E-6.
Pau (Mlle), L-2.
Pellé, L-5.
Perrin, X-5.
Petit (Pierre), H-11.
Petrignani, N-13.
Peytavin, Ab-2.
Pinoche, N-14.
Plessier, U-2.
Pcumailloux, B-2.
Poumeau-Delille, E-3.
Puech, J-9.
Puymartin, J-14.
Ragu, I-5.
Rappoport (Mlle), H-13.
Ravier, A-4.
Richard, A-6.
Richier, D-11.
Riom (Mlle), Aa-3.
Rivoire, H-2.
Robin, F-7.
Rossert, N-15.
Rouart, Al-2.
Rouget (Mlle), N-21.
Rouquès, F-8.
Rouquès, W-9.
Roy, F-9.
Rudaux, C-6.
Rudolf, A-3.
Sacuto, D-10.
Sallé, Q-4.
Salmon, J-8.
Scherrer (Mlle), D-7.
Schwob, F-2.
Sebileau, W-4.
Sergent, I-12.
Servel, N-20.
Sèze (de), C-5.
Sicard (A.), S-8.
Sicard (Rob.), D-8.
Sigwald, N-2.
Soulié, S-2.
Sourdille, H-16.
Stéhelin, W-1.
Stérin, Aa-4.
Suzor, B-10.
Tabuteau, Al-1.
Tailhefer, H-10.
Tambareau, H-7.
Terrenoire, R-3.
Theillier, Af-2.
Thiébaut, Aj-2.
Thiroloix, Q-1.
Thoyer, J-1.
Thurel, F-1.
Tixier, Al-2.
Trubert, Aa-3.
Valentin (Mlle), G-12.
Vanbockstaël, K-1.
Van der Elst, Y-3.
Vannier, B-1.
Vasseur (Mlle), X-11.
Veran, I-2.
Vergez-Honta, Y-3.
Versini (Mlle), F-6.
Veslot, F-2.
Vialard, H-6.
Vialle, R-3.
Vidal-Naquet, F-8.
Villechaize, I-11.
Vinceneux, Al-2.
Vogt (Mlle), Y-2.
Voillemin, B-8.
Wahl, D-1.
Waitz, Y-1.
Wallich, F-1.
Weill (Adrien), I-14.
Weill (Jean), P-1.
Weiss (Mlle), Ai-1.
Wertheimer (Mlle), A-5.
Wester, W-2.
Willemin, P-3.
Worms, Q-3
Zadoc-Kahn, X-3.
Zimmerm (Mlle), U-2.

INTERNES PROVISOIRES

Antonelli, W-10.
Arager (Mme), F-11.
Arondel, M-6.
Basset, G-10.
Bégand (Mlle), T-6.
Bernard-Griffiths, C-9.
Bolgert, S-14.
Bosquet, S-5.
Cohen (Asdriel), B-11.
Colin, I-17.
Cros, B-1.
Falguière (Mlle), P-5.
Fau, G-4.
Fauvert, X-10.
Gavois, Z-3.
Gibert, A-9.
Hervy, S-10.
Joseph, X-8.
Lançon, S-3.
L'Hoir (Mlle), F-15.
Limasset, H-14.
Louvet, F-16.
Maes, E-8.
Meillaud, V-3.
Meyer, W-10.
Nicolas, D-15.
Pichon, S-9.
Reyt, I-4.
Roquejeoffre, J-11.
Roulin, Af-1.
Royer de Véricourt, K-4.
Thomas, D-4.
Vaudour, D-13.

EXTERNES

Abramesco, F-2.
Abraham (Mme), G-3.
Abrahanian, Ac-1.
Abrant, F-9.
Aboulker (P.), O-1.
Aboulker (R.), G-8.
Aboulker, X-3.
Achard (Y.), T-7.
Adèle, H-11.
Advenier, X-3.
Aghion (Mlle), Y-3.
Alavoine, J-11.
Albeaux, Aa-1.
Aliker, R-6.
Alivisatos, F-1.
Allouche, P-1.
Alpern, I-17.
Alphonsi, A-6.
Amante, O-1.
Amat, A-1.
Ambrosini, J-3.
Amestay, I-16.
Amiard, N-13.
Amid, N-16.
Ampugnani, I-4.
Anchel, H-14.
André (Rob.), H-4.
Andrieu, D-6.
Anglade, M-8.
Angyal, Aa-3.
Antoniou, D-3.
Archambaud (Rob.), F-2.
Archambault, Aa-3.
Ardouin (Jean), N-1.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1927)

(ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

Sur les myoclonies associées synchrones et rythmiques par lésion en foyer du tronc cérébral. — MM. L. VAN BOGAERT et I. BERTRAND apportent l'étude anatomo-clinique d'un nouveau cas de myoclonie vélo-pharyngo-laryngo-faciale accompagnée d'un nystagmus rotatoire oculaire. La malade, lacunaire et syphilitique, présentait des séquelles d'hémiplégie droite.

L'autopsie montre un ramollissement du noyau dentelé droit et de son feutrage extraciliaire. Ce ramollissement fuse vers le haut sous l'épendyme, détruisant les fibres les plus antérieures du pédoncule cérébelleux supérieur, écornant le corps juxta-restiforme et le faisceau en crochet. Ce ramollissement entraîne une sclérose hypertrophique de l'olive bulbaire gauche et la disparition des fibres arciformes internes inter-olivaires et para-trigéminales. Le faisceau central de la calotte, le faisceau longitudinal postérieur, à part une atrophie globale assez légère, ne montrent aucune lésion focale. Le pédoncule cérébelleux supérieur droit est également atrophié. Le noyau dentelé et les olives bulbaires constituent, avec le pédoncule cérébelleux supérieur, la substance réticulée de la calotte et son faisceau central, un vaste système fonctionnel dont la lésion en des points variés peut déclencher un syndrome myoclonique.

Les processus d'ostéogénèse au cours de l'arthropathie tabétique. — MM. CROUZON, BERTRAND et DELAFONTAINE. — Dans un cas d'arthropathie tabétique du genou, de multiples nodules osseux se sont développés dans la capsule articulaire, sans rapport avec le périoste ni avec la substance osseuse. C'est par métaplasie directe du tissu fibro-conjonctif, infiltration calcaire et développement trabéculaire que se fait ce processus. On aboutit à la formation de véritables os sésamoïdes; le centre de ces ostéophytes est formé d'une moelle osseuse raréfiée peu riche en éléments cellulaires. Il n'existe aucune réaction inflammatoire. Cette étude confirme l'origine trophique de l'arthropathie. On ne constate aucune réaction spécifique d'un processus syphilitique.

Sur quelques modifications de la technique VI d'Alzheimer à la fuchsine vert-lumière. — MM. I. BERTRAND et HADJIOLOFF. — La méthode VI d'Alzheimer est une des plus précieuses en neuro-pathologie. Elle est peut-être la seule à donner sur une même préparation une image synthétique des divers éléments anatomiques. Malheureusement, les difficultés techniques inhérentes à la méthode sont considérables. Les

auteurs proposent une série de modifications qui en rendent la pratique plus accessible et méritent de faire adopter cette technique modifiée dans la pratique courante des laboratoires de neurologie.

Cas de gliomatose simultanée intra- et extra-médullaire. — MM. G. Guillain, I. Bertrand et N. Péron. — Chez une femme de quarante ans s'établit, dans l'espace de deux mois, une paraplégie flasque avec amyotrophie considérable, hypotonie et abolition de tous les réflexes tendineux du membre inférieur. Le réflexe cutané plantaire est indifférent. Il existe une anesthésie presque complète à tous les modes, qui remonte jusqu'au domaine de L_2.

La ponction lombaire donne un liquide xanthochromique, avec 5 grammes d'albumine et 3 cellules par millimètre cube.

Une injection de lipiodol montre un arrêt franc et complet en coupole au niveau de D_9.

La malade mourut après deux mois d'évolution, avec escarre et broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une gliomatose simultanée intra- et extra-médullaire. Tous les nerfs de la queue de cheval sont englobés dans une tumeur massive qui a la structure d'un schwannome. Le néoplasme pénètre ensuite dans l'épaisseur de la moelle lombo-sacrée, et se présente sous la forme d'une gliomatose intramédullaire avec fonte cavitaire centrale.

Un cas d'angiogliome latéro-bulbaire. — MM. G. Guillain, I. Bertrand et J. Périsson. Chez un homme de trente-cinq ans, syphilitique, évolue un syndrome bulbo-protubérantiel, avec paralysie faciale, abolition du réflexe cornéen, nystagmus, vertiges et tendance à la chute du côté droit.

Un traitement antisyphilitique ne donne qu'une amélioration passagère. Au cours d'une reprise du traitement, de nouveaux accidents éclatent : paralysie du moteur oculaire externe droit, troubles de la déglutition avec syndrome d'Avellis. Un syndrome de Wallemberg par association de troubles sensitifs et de troubles cérébelleux et pupillaires croisés vient se superposer au syndrome précédent. Le malade mourut avec des troubles bulbaires et des complications pulmonaires.

A l'autopsie, on découvre une tumeur à topographie ponto-cérébelleuse, qui fait corps avec le bulbe dans sa portion rétro-olivaire, et qui infiltre la calotte protubérantielle. Histologiquement, il s'agit d'un fibrogliome avec infiltration hémorragique diffuse.

Les auteurs insistent sur la longue évolution de cette tumeur, sur les épisodes aigus qui en ont signalé l'évolution, sur l'absence de syndrome d'hypertension.

L'influence du traitement arsenical semble avoir été néfaste, et a peut-être contribué à produire des raptus morragiques dans l'intérieur du néoplasme.

Étude anatomo-clinique d'un cas de dégénérescence lenticulaire. — MM. A. Souques, O. Crouzon et I. Bertrand ont vu, chez une jeune fille de quinze ans, évoluer les trois stades suivants :

1° Un *stade d'insuffisance thyroïdienne* à type myxœdémateux. L'infiltration œdémateuse des membres inférieurs remontait jusqu'à mi-cuisse, avec tuméfaction des genoux sans hydarthrose. Le facies était légèrement bouffi avec apparence lunaire. Le développement génital était complet, mais on avait noté une disparition des règles. Un traitement thyroïdien fut pratiqué pendant quatre mois sans résultat.

2° Un *stade parkinsonien* succéda au stade précédent. Il fut caractérisé par un état de torpeur intellectuelle avec

lenteur marquée de l'idéation, de tous les mouvements et de la parole. La salivation était abondante.

3° Dans un troisième stade se manifesta un *spasme de torsion* du membre supérieur gauche, avec crises de contractures douloureuses, et tremblement amélioré par la scopolamine.

A l'*autopsie*, des lésions importantes occupent les noyaux gris centraux, surtout du côté gauche. Il existe un état criblé du putamen et une fente nécrotique bilatérale dans la capsule externe. Le globus pallidus interne est fortement démyélinisé ainsi que le corps de Luys. La voie pyramidale est intacte et ne manifeste aucune dégénérescence dans le tronc cérébral ni dans la moelle.

L'absence de lésions endo et péri-vasculaires fait éliminer l'encéphalite épidémique à forme prolongée.

Les auteurs se rattachent à une conception unициste des syndromes striés, et font rentrer leur cas dans la dégénérescence hépato-lenticulaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1927)

Croisière du « Bruxelles médical ». — M. HERVORET.

Tissu surrénal erratique du ligament large. — M. Raymond POTET.

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1927)

La Société médicale des praticiens a tenu son assemblée générale annuelle.

Après une allocution du vice-président remplaçant le président sortant malade, M. MAURICE, et la lecture des rapports du secrétaire général M. BRIAULT, et du trésorier M. SCHANGEL, elle a élu son nouveau président M. GALLIOT et les douze membres du Comité.

Urétrites et cystites colibacillaires de la femme. — M. Maurice FABRE.

Pied plat. — M. Léon DERECQ. Le pied plat si fréquent dans l'enfance et l'adolescence a des débuts méconnus le plus souvent, alors que les premiers symptômes ont une valeur séméiologique absolue. Examiner un jeune patient pour observer son rachis, son thorax et son bassin ne suffit pas, l'examen des membres inférieurs et des pieds nus s'impose pour arriver à un diagnostic complet de certains états pathologiques et pour instituer le traitement en temps utile.

Tétanos grave. Traitement par le sérum curatif. Guérison. — M. DERANCOURT (de Crépy-en-Laonnois).

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(NOVEMBRE 1927)

Suppuration pulmonaire chronique terminée par septicémie et abcès multiples du cerveau. — MM. OLMER et POINSO. Arménienne de quarante ans, début en septembre 1926 par une congestion pulmonaire gauche avec expectoration fétide. Evolution classique par poussées successives, séparées par des périodes d'amélioration. Riche flore anaérobie dans les crachats; à l'écran, opacité de la partie moyenne du poumon gauche (région péri-interlobaire); un lipiodol bronchique montre l'arrêt de l'huile opaque autour d'une petite tâche claire (aspect décrit par Sergent et ses élèves dans de tels abcès). En septembre 1927, dernier séjour à l'hôpital : signes généraux graves, expectoration fétide par moments, doigts hippocratiques. Abcès iliaque gauche sous-cutané incisé, puis hémiplégie droite progressive avec céphalée horrible et réaction méningée. Mort en adynamie. Une radiographie, huit jours avant, avait montré l'extension des lésions; signes cavitaires à l'auscultation. L'autopsie montre en outre au-dessous de cette géode centrale, petites cavernes remplies de pus, vraisemblablement métastatique. Six abcès cérébraux, pour la plupart pariéto-occipitaux, l'un grand comme une orange; l'abcès responsable de l'hémiplégie était gros comme une petite noix. Pas d'autres lésions.

Maladie d'Hodgson avec crises d'angor pectoris ayant cessé à la suite d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure. — MM. BOINET et ISEMEIN.

Présentation d'un fibrome utérin. — MM. Alphonse MICHEL et JUGE.

Un cas d'hémogénie infantile. — M. Paul GIRAUD présente l'observation d'une enfant de cinq ans, de très belle apparence, présentant depuis un an, à la suite d'une fièvre typhoïde, un syndrome hémorragique chronique caractérisé par des ecchymoses et pétéchies au moindre traumatisme, des gingivorragies, une hématurie. Signe du lacet positif. L'examen du sang révéla : coagulation dans les délais normaux, irrétractilité du caillot, augmentation considérable du temps de saignement, éosinophilie nette, 9 p. 100. Au point de vue étiologique, on ne put rien retrouver de net à part la fièvre typhoïde. Pas de syphilis apparente. Pas de lésion hépatique. Pas de dystrophie de type endocrinien. La thérapeutique dans ces conditions ne pourra être que symptomatique et des réserves doivent être faites au sujet de l'avenir de cette petite malade.

Modification de la leucoplasie d'un ectropion ancien après élépharoplastie. — MM. AUBARET et ROUSLACROIX, après avoir rappelé l'évolution habituelle des ectropions anciens, soit vers le type atrophique fibro-scléreux, soit vers la forme hyperplasique pseudo-tumorale, présentent une observation concernant un ectropion cicatriciel des deux paupières de l'œil gauche, suite de brûlures évoluant depuis l'âge de trois ans chez un homme de quarante-deux ans et ayant subi la transformation cancéreuse. Au début de 1923, kératite rebelle nécessitant une intervention autoplastique. Guérison, puis rechute de la kératite par suite de la présence d'un bourgeonnement de la conjonctive tarsienne gros comme une noisette qui irrite constamment la cornée. Après ablation de cette petite tumeur, le 27 août 1927, guérison. Les modifications histologiques constatées par les auteurs leur font penser qu'une fois la muqueuse remise en sa place normale la leucoplasie et les glandes à mucus sont dans des conditions physiologiques moins favorables et pourraient acquérir les déviations fonctionnelles et morphologiques favorables au développement du cancer.

Pyréthérapie de la paralysie générale par la méthode de Sicard : injections intra-veineuses de « Dmelcos » (présentation d'un malade en cours de traitement). — MM. AYMES, ROCHAS et ROMAIN.

Maladie de Friedreich avec main bote. Hérédosyphilis. — MM. H. ROGER, SIMEON et Mlle COULANGE présentent un adolescent de quatorze ans, atteint de maladie de Friedreich; démarche et dysmétrie encore discrètes avec légère ataxie statique, abolition des réflexes tendineux et exagération des réflexes cutanés de défense avec Babinski, pied bot typique et scoliose, nystagmus intermittent. Les auteurs insistent sur la coexistence d'une main bote, différente de celle décrite par Sicard et Cestan par l'atrophie concomitante de l'éminence thénar, sur le début apparaissant à neuf ans, après un épisode méningo-encéphalitique aigu fébrile avec mouvements choréo-athétosiques passagers et strabisme externe de l'œil droit persistant depuis lors. Quoique la maladie paraisse familiale (un frère atteint de déformation des pieds et des mains), les auteurs croient à l'intervention d'un facteur hérédo-syphilitique, en raison de la poussée aiguë méningo-encéphalitique

avec strabisme, de l'atrophie thénarienne et d'une réaction de Bordet-Wassermann du sang rendue négative après traitement bismuthique.

Lymphosarcome du médiastin pulmonaire et hépatique (présentation de pièces et de préparations microscopiques). — MM. OLMER, BERTHIER et POINSO.

Rétrécissement tuberculeux de l'urètre. — M. CHAUVIN.

Glandes à sécrétion interne et troubles visuels. — M. Jean SÉDAN rassemble dans un résumé, inspiré du rapport de Bailliart au Congrès d'ophtalmologie de 1927, les notions acquises sur les relations des glandes à sécrétion interne et des appareils visuels. Il cite plusieurs observations les mettant en relief à propos de la thyroïde, de l'hypophyse, des ovaires et du pancréas. Quoiqu'il puisse paraître audacieux ou prématuré de codifier les rapports des appareils visuels et des glandes à sécrétion interne, et que le Congrès de médecine de Bordeaux (1923) ait en général invité à une grande prudence pour tout ce qui touche le sympathique, il paraît possible de dégager quelques précisions des faits observés, comme l'ont heureusement fait déjà Terrien et Bailliart.

LIVRES NOUVEAUX

Questions physiologiques d'actualité (1), par Léon BINET.

Premier fascicule d'une série qu'on souhaite nombreuse, le présent recueil réunit diverses conférences faites sur des sujets d'actualité en physiologie aux étudiants de la Faculté de Paris. Aucun autre souci que la nécessité d'exposer des travaux récents et de réformer ou de compléter des notions acquises n'a guidé l'auteur et les sujets les plus divers y sont abordés : physiologie du poumon (respiration, lipodiérèse), de la plèvre, de l'appareil circulatoire (pression artérielle), du sang, de l'appareil digestif, du système nerveux. Quelques chapitres abordent aussi les confins de la physiologie et de la psychologie (l'ablation de l'écorce cérébrale, le sommeil, la soif); d'autres se cantonnent dans les hauteurs de la physiologie générale la plus ardue (facteurs internes de croissance, l'excitant lumineux).

La dernière page tournée, on se prend à regretter que le plaisir ait si peu duré, tant l'auteur, par la clarté d'un exposé que les controverses devraient rendre ardu, a su faire le départ de ce qui est acquis et de ce qui est seulement probable. Avoir su faire bref n'est pas le moindre mérite; l'agrément que le lecteur a trouvé à s'instruire n'en reçoit qu'un stimulant. L. BABONNEIX.

(1) Paris 1927, Masson et Cie.

Infections générales et cavité buccale (1), par le docteur L. ROUSSEAU-DECELLE.

Ce livre réunit des conférences sur les infections générales dans leurs rapports avec la pathologie buccale.

L'auteur étudie la « bouche comme porte d'entrée des maladies infectieuses », puis les lésions que ces maladies infectieuses sont susceptibles de produire dans la cavité buccale.

Enfin, une large part est consacrée aux infections générales, c'est-à-dire aux septicémies d'origine bucco-dentaire.

(1) In-8 de la Bibliothèque Herpin. — Paris 1927, éditions de la *Semaine dentaire*.

Les stupéfiants, par le docteur R. PORAK, Un vol., 345 pages, 43 graphiques dans le texte. — Paris, G. Doin et Cie.

Cet ouvrage pratique et clair est un excellent manuel de séméiologie. L. G.

Introduction à l'étude des accidents de la dentition (1), par les docteurs A. HERPIN et ROUSSEAU-DECELLE.

Voici un nouveau volume de l'excellente collection publiée par le docteur Herpin. Il met au point la question si controversée des accidents de dentition, qu'il s'agisse de ceux déterminés par l'éruption des dents temporaires ou par celle de définition, en particulier la dent de sagesse. Une fois de plus ce livre montre que l'étude de la stomatologie ne peut pas se faire sans une éducation médicale très étendue. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON DES GAINES SYNOVIALES PALMAIRES

Le phlegmon des gaines synoviales, frappant de mort le tendon, pose une question de pronostic fonctionnel de premier plan dans l'avenir du doigt.

Affection de pratique courante, le phlegmon des gaines présente une gravité très inégale suivant qu'il atteint les synoviales des doigts moyens ou extrêmes.

Dans le premier cas, il reste un panaris, une affection segmentaire, digitale, qui ne dépasse pas le doigt.

Dans le deuxième cas, les synoviales digitales des doigts extrêmes communicant avec les synoviales palmaires, le panaris dépasse le doigt, gagne la main et la partie inférieure de l'avant-bras, pouvant par la gravité des compensation qu'il entraîne mettre la vie du malade en danger.

Quel qu'il soit, il est caractérisé en clinique par l'intensité de ses signes locaux et généraux.

ETIOLOGIE

Rarement primitif, lié à une inoculation septique de la gaine le phlegmon de gaine est le plus souvent **secondaire** à un panaris superficiel traité trop tard ou insuffisamment.

C'est donc dire que très souvent le phlegmon des gaines pourrait être évité si, accordant toute l'importante qu'il mérite au panaris le plus bénin, on le traitait convenablement, c'est-à dire : **précocement** et **largement**.

Le phlegmon des gaines peut encore succéder à une ostéomyélite primitive de la phalange. Le microbe le plus fréquemment observé est le staphylocoque.

C'est souvent un **accident du travail**.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Permet de mettre en valeur et d'expliquer la gravité fonctionnelle de cette affection par trois facteurs :

La gaine est l'organe de **glissement** du tendon,

Elle est son **porte-mésos**,

Le tendon se **défend mal** contre l'infection.

CLINIQUE

Type de description : **le plegmon de la gaine du pouce**, parce que le plus fréquent et aussi le plus grave car il atteint le doigt majeur de la **pince palmaire**.

Début. — On se trouve le plus souvent en présence d'un panaris insuffisamment traité et d'un sujet portant sur le pouce une petite incision mal débridée, à moitié fermée et par laquelle le drainage se fait mal.

Le malade accuse une **tension pénible** de toute la main surtout marquée au pouce, accompagnée d'une douleur aiguë, violente immédiatement au dessus du poignet.

Pâle, fatigué, fébrile, il insiste lui-même sur un malaise général intense qui lui a fait cesser ses occupations et surtout sur une **insomnie** à peu près totale provoquée par la douleur.

Examen : La position déclive augmentant la **tension douloureuse**, le sujet se présente à l'examen le pouce en l'air.

On est tout de suite frappé par la position du **pouce fléchi en crochet**. Deux signes vont permettre, à cette période de prime début, d'affirmer l'envahissement de la gaine :

1° LA DOULEUR EXQUISE sur tout le trajet de la gaine avec un maximum douloureux à la base de l'éminence thénar sur la face antérieure du poignet.

2° L'IMPOSSIBILITÉ ABSOLUE D'EXTENSION du pouce. Celui-ci fixé en position de **crochet irréductible**. Toute tentative d'extension est **impossible atrocement douloureuse**, arrache des **cris** au malade et provoque le retrait brusque du doigt.

C'est le signe qui fait le diagnostic à lui seul. **Pathognomonique** : il commande l'intervention d'urgence qui a d'autant plus d'importance à ce moment que, seule, la précocité de l'intervention peut atténuer dans une certaine mesure la gravité du pronostic.

Sur-le-champ, il faut fendre la gaine de haut en bas.

Mais souvent, le malade vient consulter plus tard.

Etat. — **La douleur** est intense, **diffuse, pulsatile**, lancinante, exagérée par la position déclive, avec maximum à la base de la région thénarienne.

Les signes généraux s'aggravent :

Malade pâle, aux traits tirés, très fatigué par l'insomnie complète.

La température s'élève (39-40 degrés), parfois oscille, accompagnée de frissons et de sueurs.

Le pouls est rapide.

Des phénomènes nerveux sont constants :

Chez les sujets sains : abattement;

Chez les éthyliques : agitation, crises de délirium tremens.

Examen : **Suspection** : **Le gonflement** est apparu.

Débute à l'avant-bras,

Gagne la main, les éminences avec maximum à l'éminence thénar, la paume, les doigts qui boudinés s'écartent.

Bridée au milieu par le ligament annulaire antérieur, elle forme une tuméfaction en tablier.

Très rapidement, elle gagne le dos de la main.

Ainsi : main énorme en **battoir** avec œdème considérable.

Palpation : *a*. **Crochet** encore **plus prononcé, plus irréductible** et **plus douloureux**, à toute tentative d'extension, qui arrache des **hurlements** au malade.

b. **La douleur profonde**, le long de la gaine, est plus vive et s'accompagne d'hypéresthésie cutanée.

c. La recherche de la fluctuation, très douloureuse, est inutile au diagnostic. Très tardive d'ailleurs, soit thénarienne, soit antibrachiale, soit en bissac, souvent on ne la trouve pas. Dans la règle au contraire : tuméfaction dure, résistante, sans aucun point fluctuant.

Adénopathie axillaire, constante mais variable dans son intensité.

(A suivre.)

(1) In-8. — Paris 1927, éditions de la *Semaine dentaire*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. Pneumothorax artificiel. Interventions chirurgicales, par Michel LÉON-KINDBERG, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 160 pages avec 12 figures. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Prix : 15 fr. — — Paris, Masson et Cie.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 février 1928, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 30 janvier au samedi 11 février 1928 inclusivement.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 13 février 1928, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du lundi 23 janvier au mercredi 1er février 1928 inclusivement.

— Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Notes: MM. Laporte, Boltanski et Blondel, 64; Mlle Dreyfus-Sée, 63; MM. Lemaire et Moussoir, 59.

Epreuve supplémentaire le 20 janvier, à l'Hôtel-Dieu.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 10 février 1928.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Un emploi d'agrégé d'anatomie est déclaré vacant. (*J. O.*, 17 janv. 1928.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Pierre Fredet, chirurgien des hôpitaux de Paris, médecin en chef du P.-L.-M.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Sirot, conseiller général du Nord; Fidelin, conseiller général de la Seine-Inférieure; Peynaud (de Mios), Gaillard (de Grèzes), Foulquier (de Saint-Marcel).

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Bourdier (de Paris).

Enseignement technique. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Paul Gires (de Paris).

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Léon Blum (de Strasbourg); M. le professeur Loeper (de Paris).

[Nous tenons à saluer tout particulièrement la promotion de M. Loeper. Elle honore le savant, mais aussi le brillant rédacteur en chef du *Progrès médical* et l'éminent président de l'Association de la Presse médicale française et de la Fédération latine.

Que notre vieil ami veuille bien trouver ici l'expression très affectueuse de nos félicitations les plus vives. (*N. D. L. R.*).]

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — *Prix décernés.* — Prix Duval-Marjolin. — M. Marcel Barret, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son travail : « Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. »

Prix Ricord. — M. Maurice Vanlande, agrégé du Val-de-

Grâce, pour son travail : « Contribution à l'étude des rétrécissements acquis non néoplasiques de l'intestin grêle. »

Prix Laborie. — M. Menegaux (de Paris), pour son travail : « Etude comparative du traitement du cancer de la langue par la chirurgie et les radiations. »

MARINE. — Un décret fixe à 250 fr. par an les frais d'achat de livres, instruments ou de cotisations de membres de société médicale qui peuvent être remboursés aux médecins de la marine.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'Académie met au concours pour 1931 :

Prix Boidin (2.500 fr.). — Les résultats moraux des mesures législatives prises dans certains pays, particulièrement aux Etats-Unis, pour restreindre ou supprimer la consommation des boissons spiritueuses.

CHRONIQUE

JUBILÉ DE M. LE PROFESSEUR VIGGO CHRISTIANSEN (DE COPENHAGUE)

De tous les neurologistes étrangers, il en est peu d'aussi connus, d'aussi sympathiques, d'aussi aimés que M. le professeur Viggo Christiansen. N'est-il pas un des membres les plus écoutés de la Société de Neurologie? N'y a-t-il pas fait, à diverses reprises, d'importantes communications? N'a-t-il pas fait paraître, à la librairie Masson, un livre intitulé *Les Tumeurs cérébrales*, dans lequel il condense si bien les résultats de sa vaste expérience qu'il sera désormais impossible de rédiger quelque note sur ce sujet sans le parcourir et sans s'inspirer de ses conclusions? Grand ami de la France, n'a-t-il pas, bien souvent, manifesté son affection de la manière la plus délicate? Voilà pourquoi les neurologistes français le tiennent en haute et particulière estime. Voilà pourquoi ils s'associent à l'hommage que viennent de lui rendre ses élèves à l'occasion de son soixantième anniversaire en lui offrant son volume jubilaire (1). L'ouvrage, magnifiquement imprimé, est orné d'une photographie du maître. Il commence par une dédicace, d'une élégante latinité :

Viggo Christiansen
Professori doctori medicinae
Natalem suum sexagesimum
Die IX, Mensis Dec. Anni MCMXXVII
Celebranti maxima cum reverentia
Gratia amicitiaque hoc opus
Dedicant discipuli.

Peu d'articles, mais tous intéressants et bien exposés. M. Arendrup, ancien assistant à la Clinique neurologique du Rigshospital, débute par une étude de *trois cas d'atrophie Charcot-Marie*, affection très rare au Danemark, et pour laquelle, étant donné l'atrophie du tissu cellulaire souscutané, la fréquence des troubles circulatoires et trophiques, il faut sans doute incriminer une altération du système sympathique. M. Borberg (de Copenhague) consacre un chapitre à l'analyse d'un cas de *dégénération localisée au noyau lenticulaire et aux cordons postérieurs dans un adénocarcinome du pancréas avec métastases hépatiques*; il s'agit, dans ce cas, qu'illustrent de belles microphotographies, d'un cancer primitif de l'hépato-pancréas; quant à la dégénération du noyau lenticulaire, elle est assurément secondaire. De M. Christian Heyerdahl, un court, mais substantiel article sur le *traitement des « nerveux difficiles »*, grâce à la conception exacte de leur cas et des conditions sociales qui ont favorisé, chez eux, le développement de la psychose. M. Haagen Jessen, Aarhus, rapporte une observation de *pseudo-sclérose* chez un ouvrier et analyse à ce sujet les symptômes cardinaux de cette affection : tremblement, modifications de la musculature au repos, spasmes des antagonistes, spasmes permanents, crises convulsives, en donnant sa note personnelle sur chacun d'eux, et discute les relations de cette affection avec la maladie de Wilson. Vient ensuite un mémoire de M. Knud Knabbe sur *la Σ.-réaction dans le sérum sanguin et dans le liquide céphalo-rachidien au cours des affections nerveuses*, cette Σ.-réaction étant plus simple, plus rapide et aussi sensible que la réaction de Wassermann, et donnant, d'habitude, les mêmes résultats qu'elle. M. Larsen, médecin d'asile, se livre à d'intéressantes *investigations sur l'importance de la neurologie pour l'étude de la déficience mentale*. MM. Henry Lind et L. B. Lundstein (de Vordinborg) relatent *deux cas de tumeur de la queue de cheval guéris par l'opération*. Il s'agissait, à l'examen histologique, de fibrosarcome myxomateux de la dure-mère dans un, de gliome myxomateux et cystique dans l'autre. M. Knud Malling, d'une longue et minutieuse étude, tire des conclusions très dures pour la *névrose traumatique*, dont le pronostic est si favorable qu'on est parfaitement justifié à accorder aux patients la plus petite indemnité légale, soit 5 p. 100. Nous lisons ensuite avec plaisir un travail de Axel v. Neel sur les *affections du nerf cubital* survenues, soit à la suite d'un traumatisme du coude, d'une arthrite du coude, d'une compression professionnelle du nerf, d'une hypertrophie des apophyses transverses de la VIIe cervicale, du tabes, d'une affection générale. M. Max Schmidt publie un mémoire intitulé : *L'Onychogryphose héréditaire, congénitale, alopécie totale et schizophrénie*, montrant, une fois de plus, que les dysplasies, et, en particulier, les dysplasies d'origine endocrinienne, ne sont pas rares dans la schizophrénie. M. H. Schou rappelle que la *dépression psychique* périodique a été, pour la première fois, décrite par un auteur danois, Carl Lange, comme une maladie indépendante, typique, bien délimitée, et en rapport avec des altérations organiques, signale discrètement quelques erreurs commises à ce sujet par cet auteur, et observe que la plupart de ces déprimés ayant un métabolisme basal pathologique abaissé, l'opothérapie thyroïdienne semble indiquée chez eux. M. Jens Chr. Smith s'occupe du *traitement de la démence paralytique par l'ergotropine et la médication spécifique* : résultats peu démonstratifs, beaucoup moins que ne l'a dit Leve. La *thrombose des artères de la moelle épinière* fait l'objet d'un important travail de la part de M. Helge Vedsmand qui se fonde, pour son étude, sur huit cas personnels. M. Th. Werno examine le *réflexe naso-oculaire vaso-dilatatoire* qui possède une grande valeur pour le diagnostic de localisation. La relation, par M. Knud Winther, d'un cas d'*occlusion de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure* diagnostiquée pendant la vie et vérifiée à l'autopsie, avec douleurs et hyperalgésie au froid, de type « thalamique », bien que le thalamus soit intact, terminent ce beau livre qui fait honneur à la science neurologique danoise et à son éminent chef, M. le professeur Viggo Christiansen.

L. BABONNEIX.

(1) *Acta psychiatrica et neurologica*. Volume jubilaire en l'honneur de Viggo Christiansen. — Un volume in-8 de 415 pages. — Copenhague, 9 déc. 1927.

REVUE GÉNÉRALE

L'URÉMIE TOXIQUE

PATHOGÉNIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE [1]

Par le docteur A. PUECH,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

2. **Les rétentions non azotées.** — Le rôle des rétentions autres qu'azotées dans la pathogénie de certaines manifestations urémiques a retenu récemment l'attention [2]. Celui du chlore doit être envisagé tout particulièrement.

La rétention chlorée sèche. — Décrite d'abord par Ambard et Beaujard [1905] (7), retrouvée par un certain nombre d'auteurs, puis oubliée, l'étude de la rétention chlorurée sèche a été reprise récemment par Blum et van Caulaert (20), Ambard (4) qui en ont montré les critères biologiques, les manifestations cliniques, les conséquences générales, le traitement.

Dans la rétention chlorurée sèche, il y a rétention des chlorures sans que les œdèmes en soient la conséquence. Ce fait serait dû, d'après Blum et van Caulaert à l'absence de rétention parallèle du chlore et du sodium. Pour ces auteurs, en effet, dans NaCl, seul l'ion Na serait hydropigène. Quoi qu'il en soit, dans le cas qui nous occupe, la *rétention est plus marquée pour le Cl que pour le Na*. C'est pourquoi il vaut mieux l'appeler *rétention chlorée sèche*) plutôt que chlorurée [Ambard (5)].

Les signes de la rétention chlorée sèche seraient d'après Ambard : l'*hypertension* [ou tout au moins l'exagération de l'hypertension [3]], la *polyurie*, l'*anorexie*, l'*amaigrissement*, la *dyspnée*, la *pâleur* des téguments; van Caulaert (135) y ajoute : les *crampes*, les *céphalées*, les *vertiges*, dans quelques cas la *cachexie*; chez les urinaires, plus particulièrement les *vomissements*, la polydipsie, la polyurie qui apparaissent comme des moyens d'adaptation de l'organisme en vue d'éliminer le chlore en excès.

Parmi les grands accidents urémiques les *convulsions éclamptiques* seraient plus particulièrement le fait de la chlorémie en dehors de tout œdème cérébral [4].

Il faut ajouter les manifestations respiratoires aiguës des cardio-rénaux.

Ces signes n'ont, on le voit, rien de caractéristique. Leur identification pathogénique exige certains critères biologiques.

Ils disparaissent ou au moins s'atténuent sous l'*influence du régime déchloruré.*

Par l'*étude des bilans chlorurés*, en faisant passer le malade du régime salé au régime déchloruré, et inversement on constate des rétentions ou élimination de chlore sans variation de poids, jusqu'à 25, 30 grammes de chlore et plus.

Le *NaCl du liquide céphalo-rachidien* dont le taux est remarquablement fixe à l'état normal, 7g2 p. 1.000, est augmenté [1].

L'examen du sang décèle les stigmates suivants (Blum et van Caulaert) : *anhydrémie avec concentration du sang*; *hyperchlorémie* avec augmentation du chlore du plasma et *surtout des globules rouges* [2]; *hyponatrémie* : diminution du Na du plasma. Le régime déchloruré provoque la baisse du Cl et l'élévation du Na.

Ainsi comprise, la *rétention chlorée sèche serait très fréquente.* On la rencontre aussi bien dans les néphrites aiguës que dans les néphrites chroniques, les néphrites médicales que les néphrites chirurgicales [Chabanier, Lebert, Obo-Onell et Lumière (41)].

Il en existe des formes pures et des formes associées : à l'azotémie (la rétention chlorée est la règle dans la néphrite azotémique d'après Chabanier); à la rétention aqueuse (formes mixtes); la déchloruration dans ce dernier cas se fait en deux temps : d'abord avec perte d'eau, puis sans perte d'eau.

Le mécanisme de la rétention chlorée sèche est complexe; elle est *essentiellement tissulaire.* La cause de cette chloropexie devant être rapportée, d'après Ambard, au fait que le chlore en excès sur le sodium n'est plus à l'état salin et se fixe aux protéines sous forme de combinaison organique.

De fait, le *dosage du chlore dans les divers tissus ou organes de sujets morts d'urémie montre une augmentation de celui-ci*; dans le système nerveux, le cerveau surtout, elle est particulièrement élevée et constante [Blum et Broun (22)], atteignant des chiffres jusqu'à 5 et 7 fois plus forts que normalement (normalement 2 grammes pour 1.000 de Cl dans la substance cérébrale). En même temps le rapport du chlore à Na baisse considérablement, passant de 10 à 12 à 1,80, 0,75.

Les conséquences de ces faits paraissent considérables. Cette surcharge en HCl du cerveau *augmente son excitabilité* [Ambard et Schmid (8)]. Les modifications de teneur en Cl et en Na amènent un bouleversement complet des éléments acides et basiques des tissus, d'où modification possible des colloïdes tissulaires. Indirectement, par un mécanisme complexe sur lequel nous aurons à revenir, la rétention chlorée sèche détermine la baisse de la réserve alcaline et l'acidose. Les deux phénomènes ne sont du reste nullement parallèles [Ambard et Schmid,

---

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 4, p. 53.

[2] Voici la teneur des humeurs en éléments minéraux chez les individus normaux d'après E. Aubel et P. Mauriac (13) :

	CHIFFRES P. 1 000.		
	Sérum et plasma.		*Sang total.*
	Kramer et Tisdall (1922).	Brigs (1923).	Schmidt (1850).
Eau			820
Na.......	3,25	3,17	2
K	0,20	0,19	1,7
Ca.......	0,10	0,898	?
Cl.......	3,6	3,55	2,9
P........	0,03	0,029	0,03

[3] Aucune intoxication déterminée n'a pu, à l'heure actuelle, être retenue à l'origine de l'hypertension artérielle.

[4] D'une façon générale, *dans toutes les affections convulsivantes, le taux du NaCl rachidien est trouvé augmenté* (épilepsie, méningite cérébro-spinale, plus rarement éclampsie puerpérale).

[1] A la période ultime de l'urémie l'hyperchlorémie disparaît et fait place à l'abaissement du chlore, mais ce fait est dû en réalité au passage du chlore dans les tissus.

et Adnot (10)]. On voit par là l'importance très grande que paraît avoir la rétention chlorée.

Les éléments minéraux. — On peut être bref, par contre, sur les éléments minéraux dans la néphrite sèche et l'urémie toxique. Nous ne possédons à leur sujet que des données fragmentaires ne permettant pas de vue d'ensemble suffisante.

Après d'autres auteurs, Labbé, Nepveux et Seligmann (78) signalent l'*hypocalcémie*. Ils ont vu l'ingestion de NaCl provoquer l'augmentation du calcium sanguin, l'ingestion de $CaCl^2$ sa diminution.

Le *potassium* a été incriminé autrefois par Fitz et Ritter à l'origine de l'urémie. Hogge (69) insiste sur sa non élimination dans les néphrites chroniques et son rôle convulsif. Son dosage dans le sang a montré des résultats variables, on l'a trouvé normal ou augmenté et sans rapport précis avec l'azotémie ou les accidents observés [Nilkins et Kramer, Olmer, Payan et Berthier (108), Kylin (76), Carlier (27)].

G. Sée avait insisté sur la restriction de l'ÉLIMINATION PHOSPHORÉE dès les premières phases de la néphrite chronique. Teissier (131) trouve à son tour les phosphates diminués dans les urines de certains brightiques, malgré une rétention uréique minime et fait jouer à la rétention du phosphore un rôle dans l'intoxication urémique, surtout de type éclamptique, Achard et Paisseau ayant montré le rôle convulsivant de ce minéral. La recherche plus précise du phosphore dans le sang a montré son augmentation à Fetter (57), Becher (14), Denis et Minot (55), ces derniers lui attribuant une certaine valeur pronostique. Mais Savada (135) ne trouve en général aucune relation nette entre cette augmentation et les accidents; toutefois, elle se rencontrerait plutôt dans les cas graves. En fait, le rôle des phosphates est plus complexe; il est lié au problème de la physio-pathologie de l'acidose et nous aurons à y revenir à ce sujet.

3. **L'acidose.** — *Les troubles de l'équilibre acide-base et l'intoxication acide paraissent jouer un rôle de premier plan dans l'évolution des néphrites urémigènes.* — Entrevue déjà par von Jacksh (1880), l'acidose des néphrites a été surtout étudiée par les américains : Peabody (1914), Palmer et Henderson, Whitney, Chace et Myers, etc. En France, d'assez nombreux auteurs se sont occupés de la question et pour ne citer ici que les travaux relatifs à la clinique nous renvoyons aux communications à la Société médicale des hôpitaux de Paris depuis 1922, à la thèse de Fréjaville (63), aux articles de Delore (52), à celui de Rathery, Trocmé et J. Marie (116).

Sans insister davantage sur les diverses méthodes qui permettent de mettre en évidence les troubles de l'équilibre acide-base, il nous suffira de rappeler que *l'étude de la réserve alcaline (R. A) du sang* constitue le meilleur moyen de fixer l'intensité de l'acidose, celle-ci une fois constituée et établie. L'acidose des néphrites est une *acidose non gazeuse*, par excès de valences acides se traduisant en première ligne par une augmentation du Co^2 exhalé et la baisse de la réserve alcaline du sang. Exceptionnellement, en cas de complications pulmonaires, il s'agit d'acidose gazeuse non compensée, avec augmentation de la réserve alcaline. Mais l'examen complémentaire des urines (pH diminué, présence d'acides organiques) et l'existence d'un pH sanguin abaissé montre alors la réalité de l'acidose [Ambard, Labbé, Nepveux et Seligmann (78)].

L'acidose peut s'observer dans les néphrites aiguës, chroniques, chirurgicales [Blum et van Caudaert (21)]. La baisse de la réserve alcaline y va en général de pair avec l'azotémie : A azotémie élevée correspond une réserve alcaline abaissée; à azotémie normale une réserve alcaline normale; à azotémie moyenne une réserve alcaline normale ou moyenne. Il n'y a cependant pas de proportionnalité entre les deux groupes de résultats. *Avec un degré égal d'azotémie s'observent des réserves alcalines très différentes.* Exceptionnellement, on aurait vu des réserves alcalines abaissées (légèrement il est vrai), avec des azotémies normales (Whitney, Delore).

Ces faits posent la question de la valeur pronostique de l'acidose au cours de l'évolution des néphrites et de son rôle dans la pathogénie de l'urémie. Du point de vue théorique, on sait tout d'abord les conséquences importantes sur la nutrition générale du déséquilibre acido-basique des humeurs. Pratiquement, on n'aurait jamais vu de sujet présentant des phénomènes urémiques avec une réserve alcaline normale. Par contre, ces phénomènes s'amendent avec le relèvement de la réserve alcaline et s'aggravent avec son abaissement (Delore). C'est pourquoi, certains auteurs estiment que l'urémie est subordonnée plus directement à l'acidose qu'à l'azotémie (Delore). Opinion encore loin d'être partagée par tout le monde.

Quoi qu'il en soit, *certaines règles du pronostic peuvent être tirées de l'étude de la réserve alcaline* dans les néphrites. Celle-ci étant normalement de 60 à 65 volumes de Co^2 p. 100 de plasma, on peut distinguer avec Myers (97) les degrés suivants :

Rés. alcal., de	53 à 40	acidose latente ou légère.
—	40 à 31	— franche.
— au-dessous de	31	— grave.

Il faut, bien entendu, pour fixer ce pronostic, répéter comme pour l'azotémie les recherches et voir dans quel sens évoluent les chiffres trouvés. Ils peuvent être extrêmement bas : 14 [Merklen, Oberling et Gonnelle (92)], 11,8 [Labbé (77)].

On a cherché à isoler parmi les symptômes d'urémie ceux qui paraissent plus spécialement liés à l'acidose. Le *syndrome acidosique* [Weill et Guillaumin (139), Labbé (77)] comprend la dyspnée sine materia et plus spécialement la *dyspnée de Kussmaul*, qui s'y rencontre parfois comme dans cet autre coma acidosique qu'est le coma diabétique [Straus et Schlaeyer, Cordier et Delore, M. Labbé, Achard, Rathery, Trocmé et Y. Marie [1]]. La respiration de Cheyne-Stokes est tout à fait indépendante de l'acidose (Ambard, Merklen, Froelich et Schmid).

Les autres troubles acidosiques de l'urémie sont

[1] Il existe cependant des exceptions à la règle. Widal, Boulin, Thomas et Wolf (143) ont rencontré récemment la dyspnée de Kussmaul, très transitoire il est vrai, dans un cas de charbon, sans baisse concomitante de la réserve alcaline. La recherche du pH n'a pas été pratiquée.

plus difficiles à préciser : l'acidose contribuerait pour une part au moins à la somnolence, à la torpeur, au coma (Horvell, Mouriquand, Cordier, Delore), au délire (Weill et Guillaumin), aux phénomènes d'urémie musculaire [Merklen (92)], aux vomissements (van Cauaert), à l'hypothermie (Delore), à la rétinite albuminurique [Mlle Y. Lévy (86)], à la mort brusque (Delore).

L'intrication de la rétention azotée concomitante rend le plus souvent très difficile, ici comme ailleurs, l'interprétation des symptômes observés.

II. PHYSIO-PATHOLOGIE DE L'URÉMIE TOXIQUE

La pathogénie de l'urémie toxique comportait l'étude des rétentions et des troubles biologiques qui peuvent être incriminées à l'origine des accidents observés. La physio-pathologie se propose de fixer le mécanisme de ces rétentions et de ces troubles.

Une remarque s'impose. Insuffisance rénale et urémie ne sont pas synonymes. « Jamais ou presque jamais, dit Chiray [44], le phénomène ne peut être attribuable, dans toute son étendue, à l'action déficiente du rein. D'autres facteurs, à titre principal ou à titre accessoire, interviennent, soit comme accident initial, soit comme choc en retour... L'urémie, c'est l'insuffisance rénale avec la complexité de ses conséquences multiples et variées qu'elle entraîne dans l'organisme. »

L'insuffisance rénale est dominée par la notion *d'imperméabilité*. Le terme, dit encore Chiray, « au sens littéral du mot, est assurément critiquable, car il s'applique mieux à une membrane inerte qu'à un épithélium vivant. On doit le prendre ici dans son sens le plus large. Il représente une réduction des facultés de dialyse, de transsudation, de résorption, d'adsorption cellulaire et de concentration, facultés dévolues aux tubes contournés. Dans cette acceptation on peut conserver le terme d'imperméabilité, car il est commode, quoique imparfait. »

La lésion rénale ne consiste pas seulement en un trouble de la sécrétion. Le rein est encore le siège de *phénomènes chimiques*. « Ces phénomènes, qui sont vraiment d'ordre glandulaire, sont de deux ordres, *désintégration*, dont la formation d'ammoniaque aux dépens de l'urée est le type..., *intégration* dont la synthèse de l'acide hippurique est l'exemple le plus connu pour le rein. On observe dans les altérations graves du rein l'imperfection de cette synthèse [1], qui d'ailleurs reste muette pour le clinicien » [Achard (1)].

Enfin l'on a admis, en cas de lésion rénale, l'existence de *néphrotoxines* produites par le rein malade mais qui sont encore bien mal déterminées.

Telles sont les bases physio-pathologiques de l'insuffisance rénale. En l'état actuel de nos connaissances les troubles sécrétoires en constituent l'élément essentiel : ils mesurent l'intensité de la lésion rénale elle-même. L'insuffisance ammonio-productrice du rein joue un rôle important dans le mécanisme de l'acidose.

A ces deux ordres de troubles se surajoutent des *troubles extra-rénaux* dont les uns additionnent leurs effets au trouble glandulaire, dont les autres indiquent le retentissement sur tout l'organisme du trouble rénal.

En se basant sur ces faits on peut décrire dans le déterminisme des phénomènes qui conditionnent l'urémie toxique : la néphrite azotémique — le mécanisme rénal de l'acidose — les facteurs extra-rénaux.

La néphrite azotémique. — La néphrite azotémique, avec rétention de l'urée sanguine, représente le type le plus parfait et le plus indiscutable de l'insuffisance rénale. Elle est caractérisée, comme l'a indiqué Widal [18 [1]] par une imperméabilité du *rein pour les substances excrémentielles dont le type est l'urée.*

Ambard [3] et ses élèves (Chabanier surtout [31]) ont précisé le trouble du pouvoir du rein à sécréter l'urée dans cette néphrite, en établissant les deux critères de la fonction uréique du rein, critères entièrement confirmés malgré des critiques récentes [Ambard (6), Chabanier (34)].

Le premier est représenté par la *concentration maxima de l'urée dans l'urine* (Ambard et Papin), c'est-à-dire la valeur maxima sous laquelle les reins sont capables d'éliminer l'urée : à l'état normal, la valeur est de 55 p. 100 (et même de 80 p. 100 d'après les Américains). Elle baisse dans la néphrite azotémique, cette baisse étant fonction de la qualité du parenchyme rénal.

Le deuxième critère, la *constante uréo-sécrétoire* mesure le travail quantitatif du rein. Il existe un rapport entre la concentration de l'urée dans le sang et 1° le débit de l'urée dans l'urine ; 2° la concentration de l'urée dans l'urine. La synthèse de ces deux rapports se résume dans la formule schématique

$$\frac{\text{Teneur du sang en Ur.}}{\sqrt{\text{débit de l'Ur. dans l'urine}}} = \text{rapport constant ou}$$

constante sécrétoire qui est à l'état normal de 0,07.

La baisse de la concentration maxima et l'élévation de la constante, qui varient parallèlement l'une à l'autre [Legueu, Ambard et Chabarnier (79)] donnent exactement la valeur fonctionnelle du rein malade et permettent de déceler les petites insuffisances rénales. L'élévation de la constante précède,

[1] En fait, l'anomalie de sécrétion de l'acide hippurique, observée dans les néphrites urémigènes, ne serait pas due à une synthèse ralentie, mais à une insuffisance de l'excrétion de ce corps qui contient de l'azote. La synthèse se ferait normalement puisque chez les azotémiques on retrouve après ingestion de benzoate de soude de grandes quantités d'acide hippurique dans le sang [Snapper et Grunbaum (129)].

Le rein agit également dans l'oxydation du bleu de méthylène [Schulmann et Bezançon (127)], dans la production du sucre après injection de phloridzine, dans la transformation en pigments biliaires des chromogènes [Becher (15)], etc.

[1] Widal a étudié le mécanisme régulateur qui préside chez ces malades au rétablissement de l'équilibre azoté. Il ne s'agit pas là d'un simple phénomène dû à la simple accumulation brutale de l'urée. Pour triompher de la résistance que les reins opposent au passage de l'urée, le sang se surcharge d'une certaine quantité de cette substance. Par une adaptation automatique, il se met en état de pression uréique dont le taux varie suivant le degré de la lésion rénale et le taux de l'albumine ingérée.

en effet, de beaucoup l'azotémie; avec une azotémie de 0g50, il peut exister un déficit des trois quarts du fonctionnement rénal; à partir de 1 gramme d'azotémie un sujet n'a plus que 5 p. 100 de son activité rénale primitive (Ambard) [1].

Cette insuffisance du rein à sécréter l'urée dans la néphrite azotémique doit s'étendre à d'autres substances; de fait, on constate un parallélisme certain entre le retard de l'élimination des substances colorantes : bleu de méthylène (Widal, Weill, Abrami), phénolsulfonephtaléine (Widal, Weill et Pasteur Vallery-Radot) et les troubles de la sécrétion uréique.

« Par ailleurs, toute une série de faits... tendent à établir que *toutes les substances sont sécrétées par le rein suivant des lois identiques entre elles et identiques à celles de l'urée.*

« C'est notamment ce qu'établissent les recherches d'Ambard et Weill concernant le chlore; celle de Chabanier, Lobo-Onell et Ibarra-Loring concernant le glucose, l'ion I, l'ion So^4 et la glycérine [2].

« D'après ces auteurs, les constantes de toutes ces substances sont solidaires; ce qui veut dire que lorsque la constante de sécrétion d'une substance vient à s'altérer, les constantes des autres substances s'altèrent simultanément et dans une même proportion. » (Chabanier [32]) [3].

Est-ce à dire que toutes les substances seront également retenues dans la néphrite azotémiques. Il n'en est rien grâce à l'intervention d'autres facteurs.

1° Avec Ambard, il faut distinguer *a. les substances sans seuil* d'excrétion qui sont les substances excrémentielles, les substances de déchets éliminées par le rein dès qu'elles existent dans le sang; la formule de leur constante et calquée sur celle de l'urée ; *b.* les *substances qui ont un seuil* d'excrétion, c'est-à-dire qui ne passent dans l'urine que lorsque leur taux dans le sang est supérieur à un certain chiffre, ou seuil d'excrétion, variable pour chacune d'elles. Ce sont les substances utiles à l'organisme (eau, sels et surtout chlorures, glycose).

Dans ce dernier cas, le seuil, qui est mobile, et réglé par des facteurs extra-rénaux, peut compenser le mauvais fonctionnement de la constante par son abaissement, tandis que les débits sont assurés par de forts excès sur le seuil. D'où ce fait d'observation que les substances à « seuil » ne sont augmentées dans le sang au cours de la néphrite azotémique qu'autant qu'il existe un trouble concomitant du métabolisme de ces substances (ou du seuil pour Chabanier), par exemple pour le glycose [1].

2° La deuxième notion importante est représentée par ce fait que dans l'élimination d'un sel (comme le NaCl) *la sécrétion rénale s'exerce non sur la molécule totale, mais séparément sur chacun des ions* qui la constituent : Na + et Cl — dans la NaCl. D'où la possibilité d'une rétention isolée de Cl, sans rétention concomitante de Na et l'existence de rétention chlorée sèche selon la conception de Blum.

3° Enfin si la néphrite azotémique réprésente « un syndrome de diminution du pouvoir de concentration » des reins selon l'heureuse expression d'Achard (2), le fait que la *concentration maxima n'est pas la même pour les diverses substances* [2] explique l'existence, mise en évidence par les Américains d'une *rétention en échelons* des substances azotées dans l'imperméabilité rénale.

Si l'on suit l'évolution d'une néphrite azotémique on s'aperçoit que *la rétention de l'urée est précédée de celle de l'acide urique.* Cette notion fondamentale de la précocité de l'hyperuricémie, reconnue par Folin et Denis a été confirmée par Myers, Fine et Lough, etc., et en France par Chauffard, Brodin et Grigaut, M. P. Weill et Guillaumin, Jeanbrau, Cristol et Nikolitch (73 et 104). Ces derniers auteurs ont pu parler par analogie avec « l'azotémie d'alarme », d'une *uricémie d'alarme*; l'uricémie étant normalement de 0g04 par litre de sérum.

Ce n'est que plus tard que l'uréoémie apparaît, et enfin, *à la période terminale, la créatininémie.* Selon l'expression de Myers, Fine et Lough (98) il y a là une véritable « rétention en échelons ».

Or le pouvoir de concentration maxima du rein est normalement de 20 pour l'acide urique [Upham et Higley (131) l'ont trouvé diminué dans les néphrites], tandis qu'il est de 55 ou même de 80 pour l'urée, et de 100 pour la créatinine.

Il est évident dès lors qu'en cas d'insuffisance rénale la première rétention en date sera celle de l'acide urique pour lequel le pouvoir de concentration du rein est le plus faible, la dernière celle de la créatinine pour laquelle il est le plus fort.

On constate d'autre part que l'augmentation de

---

(1) Chabanier (35) précisait récemment de la façon suivante « l'exacte signification » de la constante uréo-sécrétoire : *a.* Elle donne la mesure de l'état fonctionnel du rein et ne donne rien d'autre. Elle ne renseigne ni sur la nature, ni sur l'étendue des lésions anatomiques, pas plus que sur les fonctions autres que celles des reins. — *b.* Cette évaluation de la fonction rénale est susceptible d'être objectivée, en exprimant le rendement des reins correspondant, par rapport au rendement rénal d'un sujet normal pris comme unité. Pour cela : 1. Diviser le chiffre trouvé, soit 0,140, par la constante normale $\frac{0,140}{0,07} = 2$; 2. Elever au carré le chiffre trouvé $2 \times 2 = 4$; 3. Ecrire le rapport $\frac{100}{\text{carré trouvé}}$ (100 = rendement du sujet normal) ; soit ici $\frac{100}{25} = 25$. Le rendement rénal du sujet ayant la constante $0,140 = 25$ p. 100 de celui d'un sujet normal; — *c.* La constante donne la valeur présente des reins et ne préjuge en rien de l'avenir. Le seul moyen de se faire une idée de la marche d'une insuffisance rénale est de la jalonner par des constantes uréo-sécrétoires.

(2) E. Schulmann et L. Justin Bezançon (127) ont étudié une constante de sécrétion du bleu de méthylène.

(3) Pour Chabanier (33), il n'existerait ainsi qu'une néphrite légitime, au sens fonctionnel du mot, la néphrite azotémique, caractérisée par une insuffisance sécrétoire globale vis-à-vis de toutes les substances qui sont sécrétées par le rein.

(1) La glycémie (sucre libre) au cours des néphrites est normale ou un peu forte. L'hyperglycémie, quand elle existe, apparaît indépendante de l'imperméabilité rénale et ne présente aucun rapport avec l'azotémie, le chiffre de la constante, etc. Par contre, elle paraît liée à un trouble du métabolisme des hydrates de carbone lui-même commandé par l'état de la réserve alcaline, comme l'indique le rapport proportionnel qui existe entre l'acidose et le degré de l'hyperglycémie [Vidal (137)].

(2) Nous rappelons que « les concentrations maxima sont isotoniques entre elles ou mieux sont proportionnelles au poids moléculaire pour les diverses substances » et que « les constantes sont identiques à condition de calculer des débits pour des concentrations moléculaires ou isotoniques suivant qu'il s'agit d'un non-électrolyte ou d'un électrolyte » (Ambard).

l'uricémie est en général parallèle à l'augmentation de la constante uréosecrétoire. Dans certains cas, rares, celle-ci pourrait être au contraire plus basse que normalement : ce qui pourrait répondre à un hyperfonctionnement rénal de compensation [Etienne et Varain (55)] dans le but de lutter contre l'hyperuricémie commençante [1].

L'insuffisance rénale ainsi définie par le trouble de la sécrétion ne s'accompagne pas de trouble du métabolisme. Soit que l'organisme transforme en urée — déchet le moins toxique et terminal — les substances azotées désaminables, soit que ces substances soient encore éliminées par le rein [2].

Les *rapports azoturiques*

$$\frac{\text{azote U}}{\text{azote total}}, \frac{\text{azote formol}}{\text{azote hypobromite}}$$

ne peuvent de ce fait renseigner à ce sujet qu'autant que comparés aux rapports sanguins de même signification. De plus l'existence de la fonction ammonioproductrice du rein (sur laquelle nous allons revenir) en influence le résultat. De fait si le premier rapport est le plus souvent trouvé abaissé dans la néphrite azotémique [Maragliano, Devito et Ascoli, Bouchut et Bret (56), Labbé, Nepveux et Seligmann (77 et 78)], le rapport $\frac{\text{azote hypobromite}}{\text{azote formol}}$ donne des résultats variables [Mlle Jean (70)].

Au contraire *l'étude du rapport azotémique* $\frac{\text{azote urée}}{\text{azote total}}$ dans le sang montre bien que l'azotémie rénale est essentiellement une *uréoémie*. Normalement de 50 p. 100 environ d'après Hammet, Widal et Laudat (141), Nepveux et Hierneaux (103), ce rapport est toujours haut dans la néphrite azotémique, s'élevant proportionnellement à la quantité d'azote total retenu en excès, jusqu'à 70, 80 et 90 p. 100 [Schondorff et Strauss, Widal et Ronchèse (1906), Widal et Laudat (142), Nepveux et Hierneaux, Labbé, nous-mêmes, etc.].

Il en est de même si au lieu de considérer en bloc l'azote résiduel on étudie chacun des éléments qui le constitue. Le taux de l'urée, disent Widal et Laudat peut être de 30 fois supérieur au chiffre normal alors que celui de l'acide urique n'est que 6 fois plus élevé, celui de la créatinine totale à peine décuplé. Comme nous l'avons dit, l'ammoniaque et les acides aminés gardent leur taux normal. L'indice de dysdésamination que nous avons étudié avec Cristol et Trivas (48) et qui exprime le rapport des substances uréifiables aux substances uréifiables et à l'urée dans le sang, est bas dans les néphrites.

Il faut remarquer à ce sujet que la rétention de l'acide urique et de la créatinine ne dépasse jamais un certain taux. L'explication proposée par Guttentag (68) que l'insuffisance d'excrétion de l'acide urique par le rein ne dépasserait jamais une certaine limite ne paraît valable qu'en partie. A notre avis ce fait, plus apparent que réel, est dû à la transformation en urée de tout ce qui est uréifiable au fur et à mesure de la rétention. D'où une accumulation sanguine de l'urée relativement beaucoup plus considérable que la simple rétention mécanique de l'acide urique ou de la créatinine, substances non uréifiables. *(A suivre.)*

[1] Nos connaissances sur les constantes de sécrétion de l'acide urique et de la créatinine sont beaucoup moins précises. Chabanier et Mlle Lebert établissent que la constante de l'acide urique est solidaire de celle de l'urée, mais est d'un ordre de grandeur double de cette dernière ; ainsi qu'Ambard et Wolf (12) pensent que la sécrétion de l'acide uréique n'obéit à aucune loi connue.

En ce qui concerne la créatinine, Cantinieaux, Fonteyne et Ingechbrecht (60), Cuatrecas (49) donnent des chiffres différents. Fonteyne et Ingelbrecht indiquent que le « coefficient créatino-sécréteur » n'augmente que lorsque la constante uréo-sécrétoire est déjà franchement pathologique.

[2] L'indoxyle serait plus facilement éliminée que l'urée d'après les auteurs allemands (Buerger, Forster, Rosenberg, etc.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1928)

Action du chloralose sur le sympathique et le parasympathique. — M. Raymond HAMET.

Nature de la surdité de Beethoven. — M. MARAGE étudie la surdité de Beethoven qui, dès l'âge de vingt-six ans, a éprouvé des troubles de l'audition, bourdonnements et sifflements aigus, puis est devenu complètement sourd sans cependant être gêné pour sa composition.

Le diagnostic d'otite interne fut confirmé par l'autopsie. M. Marage se propose de rechercher quelle fut l'influence de cette surdité d'origine labyrinthique et cérébrale sur la composition musicale de Beethoven.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1928)

Notice nécrologique. — M. PERROT lit une excellente notice sur M. Gustave Patein, membre titulaire depuis 1918 dans la sixième section (pharmacie), décédé il y a quelques jours.

Centenaire de Koeberlé. — M. J.-L. FAURE donne lecture du beau discours qu'il a prononcé, il y a quelques jours, à Strasbourg, au nom de l'Académie, à l'occasion de la célébration du Centenaire de la naissance d'Eugène Koeberlé, illustre chirurgien et grand patriote. Il expose l'œuvre si considérable du chirurgien qui devança si souvent son époque et eut le grand honneur d'être le premier à tirer une conclusion pratique des travaux de Pasteur. Dès 1864 il faisait bouillir ses instruments et ses compresses, créant l'asepsie alors que l'antisepsie commençait à peine avec Lister.

Rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance. — M. RENAULT.

Discussion du rapport de M. Balthazard sur le secret médical. — M. CAZENEUVE fait ressortir la jurisprudence actuelle concernant l'interprétation de l'article 378 du Code pénal, telle que les arrêts de 1899-1900 de la Cour de cassation l'ont établie. Avec les jurisconsultes Esmein, Garçon, Berthélemy, il regrrde comme inadmissible cette jurisprudence qui frappe le médecin d'entière incapacité à l'occasion d'un témoignage de justice. Il réclame d'urgence dans l'intérêt général, se ralliant complètement aux conclusions de la Commission et de son rapporteur, un texte législatif réglementant et définissant les conditions dans lesquelles le secret médical doit être respecté.

— M. le Secrétaire général donne lecture d'une note de M. Weiss, d'où il résulte que les Assurances sociales rendront le secret médical impossible. Les dossiers circuleront en effet dans trop de mains pour qu'on puisse garantir le secret au malade.

M. Balthazard, rapporteur, déclare réserver son avis pour la fin de la discussion qui doit se poursuivre dans des prochaines séances.

Sur le traitement de la poliomyélite aiguë. Résultats obtenus pendant l'épidémie qui a sévi en Roumanie au cours de l'année 1927. — MM. Marinesco, Manicatide, Draganesco et Rosiano.

Cure de hernie thoracique de l'estomac. — MM. Victor Pauchet et G. Luquet. Il s'agit d'une guérison de hernie diaphragmatique de l'estomac produite à travers l'orifice œsophagien. La hernie était très grosse et occupait toute la face postérieure du cœur. La radiographie n'était pas absolument démonstrative. On hésitait entre un diverticule de la partie inférieure de l'œsophage et une hernie diaphragmatique. Devant cette hésitation, M. Victor Pauchet pratiqua une incision médiane, épigastrique. La moitié de l'estomac se trouvait dans la cavité pleurale, en passant par l'orifice du diaphragme. L'opérateur ramena l'estomac entièrement dans l'estomac et pratiqua la suture de la partie supérieure de l'estomac, au voisinage de l'orifice œsophagien.

Donc : réduction de la hernie épigastrique, traction de l'estomac dans l'abdomen et fermeture partielle de l'orifice diaphragmatique de l'œsophage par quelques points au fil de lin.

Les radiographies et les projections montrent la technique suivie, l'aspect de la lésion avant et après l'opération.

La malade, mal venue, cachectique, paraissait âgée de neuf ans, alors qu'elle en avait treize. Elle se développa immédiatement après l'opération. Elle qui vomissait continuellement ne vomit plus ; l'alimentation fut absolument normale. Elle se développe actuellement d'une façon admirable et gagne du poids chaque mois. C'est un résultat tout à fait merveilleux, au prix d'une opération très simple.

Hydration des ions en électrologie. — M. Zimmern.

L'hérédité de la maladie de Chagas. — M. Nattan-Larrier, après avoir rappelé que la maladie de Chagas s'observe souvent chez des enfants nés de mères infectées par *Trypanosoma Cruzi*, résume ses recherches expérimentales sur la transmission héréditaire de la maladie. L'infection du fœtus est due à l'hérédo-contagion transplacentaire. Les trypanosomes se multiplient avec une extrême facilité dans le plasmode qui limite les espaces sanguins maternels ; ils y forment de volumineux amas et franchissent la paroi des vaisseaux fœtaux après l'avoir altérée ; ils peuvent ainsi parvenir en grand nombre dans le sang du fœtus.

Comité secret. — M. Auvray lit son rapport sur les candidats dans la deuxième section (chirurgie, accouchement et spécialités chirurgicales).

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Oreille interne. Etude anatomo-pathologique et clinique. Technique microscopique et expérimentale, par Charles Claqué, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Bordeaux, assistant à la Clinique du docteur R. Claoué. Un volume de 225 pages et 103 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, N. Maloine.

L'infection gonococcique et ses complications, par F. Cathelin et A. Grandjean. Un volume in-8 de 250 pages, 30 figures, cartonné. — Prix : 15 fr. — Paris, librairie du *Monde médical*, 47, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe).

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ MODIFIANT LES ARTICLES 225 BIS, 227, 229, 230, 231, 233, 234 DU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Art. 225 *bis*, § 3, alinéa 8. — Le nombre des admissibles sera égal à quatre ou six suivant qu'il sera ouvert dans l'année un ou deux concours de nomination ; en aucun cas, il ne pourra toutefois être supérieur à la moitié des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité ; en cas de nombre impair, le quantum des admissibles sera arrêté au chiffre entier immédiatement inférieur à la moitié.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

Art. 227. — *Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité.* — A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les points obtenus aux épreuves écrites et à l'épreuve clinique.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admissibles sera au maximum de trois pour une place et de cinq pour deux places, sous la réserve qu'ils auront obtenu un total de points au moins égal aux deux tiers du maximum fixé ci-dessus. Toutefois le nombre des candidats déclarés admissibles pourra être ramené suivant le cas à deux ou quatre si le nombre des candidats inscrits est inférieur au double du chiffre réglementaire des admissibles.

CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX

Art. 229. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement ne pourra pas prendre part au concours d'ophtalmologiste des hôpitaux pendant plus de dix ans à compter du jour de sa première inscription.

Epreuves d'admissibilité. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux se compose de cinq membres tirés au sort parmi les ophtalmologistes chefs de service, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les ophtalmologistes des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury une demande régulière de congé de maladie, tout ophtalmologiste chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'aura désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury du concours de nomination à ouvrir à la suite de ce concours d'admissibilité et à la suite du concours d'admissibilité suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité les dispositions de l'article 196 du règlement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Les épreuves d'admissibilité du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de physiologie oculaires et sur un sujet de pathologie oculaire.

Il est accordé quatre heures pour cette composition, la première heure étant consacrée toutefois à la réflexion et à l'élaboration du plan des compositions définitives.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif.

L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par deux internes des hôpitaux spécialisés désignés par l'administration durant le temps dont le jury disposera pour l'épreuve de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen du malade et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Ces lecteurs ne participent pas aux délibérations. Toutes les copies sont lues par le même lecteur. Les copies sont numérotées dans l'ordre de lecture.

En aucun cas, les membres du jury ne prennent en mains les copies. Les lecteurs se tiennent à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Les points obtenus sont écrits en toutes lettres.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection oculaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades est isolé des candidats.

Deux censeurs choisis parmi les ophtalmologistes des hôpitaux sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance ;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures les censeurs, tirés au sort parmi les ophtalmologistes des hôpitaux, doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat a trente minutes pour examiner son malade et une heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du Jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme, il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

Elimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité. — A l'issue des épreuves d'admissibilité le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'épreuve théorique anonyme et à l'épreuve de consultation écrite anonyme.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à trois pour une place et cinq pour deux places; il pourra être ramené à deux ou à quatre, si le nombre des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité est inférieur à six ou à dix, suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base pour donner la priorité d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex-æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux épreuves acquérant seul à ce dernier le bénéfice d'un concours; si à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés ex-æquo, il sera fait application en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer au service des remplacements pendant la saison des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

Epreuves de nomination. — Sont appelés à prendre part aux épreuves de nomination :

1° Les admissibles définitifs ;

2° Les admissibles du concours de l'année.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Le jury chargé de juger les épreuves de nomination se compose de sept membres : cinq ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien, pris parmi les ophtalmologistes, médecins et chirurgiens chefs de service, honoraires et en exercice et parmi les ophtalmologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis huit ans à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Ce jury est constitué par un nouveau tirage au sort. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve de médecine opératoire consistant en une opération sur un animal anesthésié ou sur un cadavre.

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection oculaire. Il est accordé au candidat 45 minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et 15 minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite anonyme : 30 points.

Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve de médecine opératoire : 20 points.

Pour l'épreuve clinique : 20 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat ayant obtenu avant la mise en vigueur du présent règlement une ou plusieurs admissibilités doit acquérir une admissibilité supplémentaire pour être déclaré admissible définitif.

CONCOURS D'OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX

ART. 230. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement ne pourra pas prendre part au concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux pendant plus de dix ans à partir du jour de sa première inscription.

Epreuves d'admissibilité. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux se compose de cinq membres tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes chefs de service, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'Administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury une demande régulière de congé de maladie, tout oto-rhino-laryngologiste chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'aura désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury du concours de nomination à

ouvrir à la suite de ce concours d'admissibilité et à la suite du concours d'admissibilité suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité les dispositions de l'article 196 du règlement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Les épreuves d'admissibilité du concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par deux internes des hôpitaux spécialisés désignés par l'administration. Ces lecteurs ne participent pas aux délibérations. Toutes les copies de la même épreuve sont lues par le même lecteur. Les copies sont numérotées dans l'ordre de lecture.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en main les copies. Les lecteurs se tiennent à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Les points obtenus sont écrits en toutes lettres.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection spéciale.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Deux censeurs choisis parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures les censeurs, tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat a vingt minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

Elimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité. — A l'issue des épreuves d'admissibilité le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'épreuve théorique anonyme et à l'épreuve de consultation écrite anonyme.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à trois pour une place et cinq pour deux places; il pourra être

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

CARTES DONNANT DROIT A LA DÉLIVRANCE DE BILLETS A DEMI-TARIF. — Jusqu'à présent, le voyageur qui désirait obtenir des billets à demi-tarif devait se munir de cartes de trois mois, six mois ou un an.

Désormais, il lui sera possible d'obtenir également ces billets sur présentation des cartes d'un mois ou deux mois qui sont délivrées depuis le 1er janvier 1928.

Les nouvelles cartes sont valables sur l'ensemble des grands réseaux de chemins de fer français.

Elles sont de trois types suivant que le voyageur désire obtenir des billets à demi-tarif de toutes classes, de 2e et 3e classe, ou de 3e classe seulement.

ramené à deux ou quatre si le nombre des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité est inférieur à six ou à dix suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part la notation de ses deux épreuves acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés *ex æquo*, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer au service des remplacements pendant la période des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

ART. 231. — *Epreuves de nomination.* — Sont admis à prendre part aux épreuves de nomination :

1° Les admissibles définitifs;

2° Les admissibles du concours de l'année.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Le jury chargé de juger les épreuves de nomination se compose de sept membres : cinq oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chirurgien, pris parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens chefs de service, honoraires et en exercice et parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis huit ans à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Ce jury est constitué par un nouveau tirage au sort. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale, consistant en une opération sur le cadavre.

2° Une épreuve orale théorique portant sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale d'ordre général; il est accordé au candidat vingt minutes pour faire sa leçon, après vingt minutes de réflexion.

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale. Il est accordé au candidat quarante-cinq minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et quinze minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite anonyme : 30 points.

Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve opératoire : 20 points.

Pour l'épreuve orale théorique : 20 points.

Pour l'épreuve clinique : 20 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat ayant obtenu avant la mise en vigueur du présent règlement une ou plusieurs admissibilités doit acquérir une admissibilité supplémentaire pour être déclaré admissible définitif.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Travaux de la clinique chirurgicale et du centre anticancéreux de la Salpêtrière (2e série), publiés par A. GOSSET, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.

La première série de ces travaux parue récemment a été unanimement considérée comme constituant un apport important à la littérature chirurgicale.

Dans cette deuxième série, le professeur Gosset a rassemblé, outre un certain nombre de travaux personnels, une série d'études écrites par ses collaborateurs habituels.

La diversité des sujets (clinique, médecine opératoire, travaux de laboratoire) traités par des spécialistes dans les dix mémoires suivants reflète une activité dirigée sur tous les aspects de la chirurgie.

I. Organisation et fonctionnement de la clinique chirurgicale et du centre anticancéreux de la Salpêtrière, par A. Gosset.

II. Traitement chirurgical du cancer du sein, par A. Gosset.

III. L'exérèse en deux temps des tumeurs du côlon droit. Technique et résultats, par A. Gosset et J. Charrier.

IV. De la dégastro-entérostomisation, par Marcel Thalheimer.

V. « Vésicule fraise »; 38 observations, par A. Gosset, Ivan Bertrand et Georges Loewy.

VI. A propos de 24.000 anesthésies générales, par le docteur Maurice Boureau.

VII. Résultats thérapeutiques obtenus dans 75 cas de cancers cervico-utérins par l'association du radium et de la chirurgie, par Robert Monod.

VIII. Recherches anatomiques et bactériologiques sur le cancer des plantes, par J. Magrou.

IX. Traitement chirurgical des adénopathies cancéreuses du cou. Technique des évidements ganglionnaires, par Raymond Bernard.

X. La rectite chronique hémorragique et purulente, par le docteur Roger Savignac.

Le luxe de la présentation de ce volume ajoute encore à l'intérêt de sa lecture. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 25 janvier. — Jury : MM. Bernard, président; Couvelaire, Ménétrier et Ombrédanne. — M. AUGUSTIN. Etude sur l'hydramnios. — M. DELATTRE. Le déséquilibre mental d'Arthur Rimbaud. — Mlle RENARD. Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. BACHELIER. Absence congénitale de l'humérus.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Panisset et Robin. — M. MORAT. Etude sur les maladies du jeune âge.

Jeudi 26 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Moussu et Robin. — M. ROUSSEAU. De la valeur du jetage chez les animaux domestiques.

Samedi 28 janvier. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Jeannin et Vaudescal. — M. LAGARRIGUE. Etude sur les hernies spontanées de l'estomac. — Mlle MATRAT. Contribution à l'étude des hémorragies des fibromatoses. — M. CAILLARD. Rapports de la tuberculose et de la grossesse.

(1) In-8 de 275 p., 134 fig. Prix : 65 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — MERCREDI 25 JANVIER 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 25 JANVIER 1928. — N° 7.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Notre metteur en pages, M. François Beaufrère, vient de recevoir les palmes d'officier d'Académie. Cette distinction couronne cinquante ans de vie professionnelle exemplaire et de collaboration ininterrompue à la *Gazette des hôpitaux*.

La Rédaction, en adressant ses félicitations à M. Beaufrère, est heureuse de lui exprimer ses sentiments de haute estime, et de très affectueux attachement.

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Séance du 20 janvier. — MM. Boltanski, 84; Laporte, 83; Blondel, 82.

La médaille d'or est attribuée à M. Boltanski; la médaille d'argent à M. Laporte; l'accessit à M. Blondel.

AGRÉGATION. — Composition écrite. — Séance du 19 janvier. — *Chimie médicale.* — « Conception moderne de l'atonie et de la molécule. »

Médecine. — « Les polyuries. »

Obstétrique. — « Les phlébites utéro-pelviennes du post-partum. »

Séance du 20 janvier. — *Chimie médicale.* — « L'état colloïdal. » — Candidat : M. Machebœuf.

Médecine. — « Ulcère du duodénum. » — Candidats : MM. Baruk, Barbier, Gutmann, Fichon, Weismann.

Obstétrique. — « La môle hydatiforme. » — Candidats : MM. Seguy, Sureau.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Le *Journal officiel* du 21 janvier 1928 publie un décret complétant le décret du 11 novembre 1922 qui a réglé la transformation de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille en Faculté de médecine. D'après le nouveau décret, la Faculté de Marseille comprendra, outre les 28 chaires prévues, une chaire de thérapeutique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1928, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira, le 25 juillet 1928, devant la Faculté de Toulouse, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique.

— Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1928, devant la même Faculté, pour un emploi de professeur suppléant de pathologie interne.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Léon Hufnagel, Mme Noël, M. le docteur Pierre Reinburg.

(Au titre étranger.) *Au grade d'officier.* — M. le docteur de Mello-Viana (portugais).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Basile Sirotinine russe), Mlle Edna Harde (américaine), M. le docteur Lehnoff (guatémaltèque).

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — MM. le professeur agrégé Escande (de Toulouse), le docteur de Felice (à La Rochelle).

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bordères (d'Oran).

Pensions. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Dorland (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Frederic Augé, Enard, Frenkel, Gadreau.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aulès (de Saillans), Beaugeois (de Saint-Valéry-en-Caux), Beausse (de Paris), Blanchard (de Toulon), Boismoreau (de Saint-Mesmin-le-Vieux), Bourrus (de Portets), Boutet (d'Yzeures), Chanteux (de Falaise), Chartier (de Lizy-sur-Ourcq), Coulon (de Sotteville-lès-Rouen), Cournot (de Cusset), Daroux (de Maillezais), Degrenne (de Lisieux), Druelle (de Marseille), Dubarry (de Tarbes), Duclaud (de Paris), Duvivier (de Saint-Amand), d'Eschevannes (de Dijon), Fort (de Fontainebleau), Fournier (de Paris), Grapin (de Saint-Valéry-en-Caux), Joubert (de Thiers), Jourdan (de Paris), Kuhn (de Strasbourg), Lemonnyer (de Cérences), Leroux (de Lille), Lesbroussart (de Maignelay), Moreau (d'Orléans), le médecin inspecteur Oberlé (de Marseille), Pelas (de Verdun), Peltier (de Varades). Perdereau (de Merlerault), Queyron (de Verdelais), Röchon (de Clermont-Ferrand), Rolet, Roudié et Zaepffel (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Allaverdy, dit Allahverdy (de Paris), Andt (de Valenciennes), Babin (d'Archiac), Ballan (de Gornac), Barbé (de Salies-du-Salat), Bercovici (de Saint-Denis), Bidon (du Mans), Bonnel (de Paris), Bouly (d'Arleux), Cahen (d'Epinal), Camboulives (d'Albi), Chevallier (de Paris), Cluzeau (de Châtillon-sur-Indre), Coulet (de Nancy), Donnard (de Crozon), Duclos (de Condom), Dugoua (de Jonzac), Duliege (de La Bourboule), Forrer (de Dettwiller), Funck (de Clichy), Gadol (de Vandœuvre), Gassend (de Digne), Gérard (de Bougie), Germont (de Vassy), Gilbert-Desvallons (de Tananarive), Goupil (de Bar-sur-Aube), Guy (de Marseille), Hagopian (de Vendeuvre-du-Poitou), Hoeffel (de Bouxwiller), Joffrion (de Benet), Khatchadouzian (de Saint-Blin), Lacaine (d'Aunay-sur-Odon), Ladrague (de Châlons-sur-Marne), Lhept (de Lescar), Liagre (de Constantine), Loche (de Reims), Loyer (de Creil), Malterre (de Vic-le-Comte), Manguis (de Paris), Martin (de la Chapelle-de-Guinchay), Mercier (d'Amiens), Millot (de Lizy-sur-Ourcq), Moncenix (de Grenoble), Monnet (de Paris), Ott (de Strasbourg), Ployé (de Toulon), Potet (de Nancy), Roques (de Martrin), Rousseaux (de Verdun), Sarrazin (d'Auxerre), Saucet (d'Equeurdreville), Segala (de Villers-Vermont), Sirieix (de Lonzac), Vedel (de Lunel), Verlac (d'Abbeville-Saint-Lucien), Vivier-Liberge (de Cognac).

— M. Dartigues, président de l'U. M. F. I. A., vient de recevoir l'ordre de Saint-Jacques du Portugal.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Georges Girard (Madagascar).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Chapeyron (Annam), Baillon, Tran-Van-Tu (Cochinchine), Le Coty, Teste, Haslé, Monnier, Ranaivo, Andriamanana, Rasamuel (Madagascar), Bossert, Riquier, Quiennec, Letonturier (Oubanghi-Chari), de Marqueissac (Cameroun).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Vittiori, Darti guenave (Tonkin), Ranaivoson, Robie, Roques, Montagne, Guilliny, Ramangalaby, Rason (Madagascar), Le Gac (Tchad), Bizien (Moyen Congo), de Gilbert des Aubineaux (Gabon), Sarran (Moyen Congo), Lhoste (Tchad), Basile (A. O. F.), Bescout (Moyen Congo), Kerjean (Oubanghi Chari), Le Roux (A. O. F.), Mercier (Togo), Quemener, Labernadie (Indes), Chambon, Tempon (Cameroun).

Mention honorable. — MM. les docteurs Le Vilain et Bernet (Moyen Congo).

LA QUESTION DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES. AVANTAGES ET DANGERS. — La Société de pathologie comparée a inscrit à son ordre du jour la question des injections intraveineuses qui sera discutée à sa prochaine séance, mardi 14 février, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Tous ceux que cette importante question intéresse sont invités à cette séance, et, même ne faisant pas partie de la Société, ils sont priés d'apporter leurs observations et de faire connaître leur opinion (la discussion aura lieu vers 5 h.).

MÉDAILLE DU PROFESSEUR H. TRUC. — Le professeur H. Truc (de Montpellier) vient de prendre sa retraite universitaire après une laborieuse et féconde carrière, toute entière consacrée à la science, à l'enseignement et à la pratique ophtalmologiques.

A cette occasion, ses confrères, ses élèves et ses amis ont eu la pensée de lui donner un témoignage d'estime, de gratitude et de sympathie en lui offrant sa médaille, dont l'exécution doit être confiée au maitre Dropsy.

Cette plaquette sera remise au professeur Truc au mois de mai 1928, lors du prochain Congrès d'ophtalmologie, à Paris, au cours d'une cérémonie présidée par M. Albert Sarraut, ministre de l'Intérieur.

Les souscriptions sont reçues par le trésorier, M. le docteur Velter, 38, avenue du Président-Wilson, à Paris, par chèque, virement ou versement à son compte postal (Paris, n° 1146,21).

Un exemplaire de la médaille sera adressé à tous les souscripteurs de 100 fr.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 36e décade de 1927 (21-31 décembre), 1.528 décès, au lieu de 1.171.

On signale une augmentation de la rougeole, de la scarlatine et de la diphtérie. Cette dernière a causé 14 décès (moyenne 6) ; 115 cas nouveaux ont été signalés (moyenne 84).

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE VANNES. — Le poste de directeur de ce bureau est déclaré vacant. (*J. O.*, 17 janv. 1928.)

HÔPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres, à Paris). — Une place d'interne titulaire et une place d'interne remplaçant sont vacantes. Adresser les demandes, accompagnées des titres, au docteur Delort, à l'hôpital Saint-Michel. L'interne titulaire reçoit 300 fr. par mois, il est logé et nourri.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Danysz, chef de service à l'Institut Pasteur; J.-H. Chartier, ancien professeur à l'Université navale de Montréal, ancien président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

COLLÈGE LIBRE DES SCIENCES SOCIALES (Sociétés Savantes). — COURS D'HYGIÈNE, ORGANISATION ET TECHNIQUE MÉNAGÈRES, inaugurés sous les auspices du sous-secrétariat d'Etat de l'enseignement technique (psycho-physiologie du travail). — M. le docteur Gommès, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin inspecteur des Ecoles, professeur, commencera son cours le mercredi 25 janvier 1928 et le continuera les 1er, 2, 8, 15 février, à 4 h. 1/2. (Avec projections.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

I. LE BACILLE TUBERCULEUX

Sur la vaccination préventive des enfants nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G. (A. CALMETTE, C. GUÉRIN, L. NÈGRE et A. BOQUET, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1927, t. XLI, n° p. 201.)

Essai de prophylaxie de la tuberculose bovine par le B. C. G. dans une exploitation rurale infectée. (C. GUÉRIN, A. RICHARD et M. BOISSIÈRE, *Id.*, p. 233.)

Sur la vaccination antituberculeuse de l'enfant par le B. C. G. (B. WEILL-HALLÉ et R. TURPIN, *Id.*, p. 254.)

Vaccination antituberculeuse par le B. C. G. en Belgique. (MALVOZ et VAN BENEDEN, *Id.*, p. 271.)

Essai de vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G. en Roumanie. (J. CANTACUZÈNE, *Id.*, p. 274.)

Premiers documents concernant la prémunition antituberculeuse des nouveau-nés par le B. C. G. recueillis à Athènes. (G. BLANC, *Id.*, p. 277.)

La vaccination antituberculeuse par le B. C. G. en Algérie. (H. ROUGELIF, 1924-1926, *Id.*, p. 282.)

Le vaccin B. C. G. en Indochine. (M. BERNARD, *Id.*, p. 284.)

Note sur l'innocuité du B. C. G. pour le cobaye et son élimination par le tube digestif après absorption par voie buccale. (REMLINGER et BAILLY, *Id.*, p. 286.)

Effets des injections intraveineuses massives de bacilles biliés (B. C. G.). (F. COULAND, *Id.*, p. 289.)

Phagocytose et destruction des bacilles tuberculeux. (S. METALNIKOFF et V. SECRETEVA, *Id.*, p. 309.)

Expériences de prophylaxie antituberculeuse par le vaccin B. C. G. (ASCOLI, *Id.*, p. 314.)

Etude de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. Documents de la commission ukrainienne. (TZEKHNOVITZER, *Id.*, p. 322.)

Technique des cultures du B. C. G. (TZEKHOVITZER, *Id.*, p. 350.)

Le numéro 3 des *Annales de l'Institut Pasteur*, est entièrement consacré à l'étude expérimentale et clinique du vaccin B. C. G.

Calmette et ses collaborateurs exposent les résultats des vaccinations préventives effectuées depuis le 1er juillet 1914 chez le nouveau-né, tant en France qu'à l'étranger.

Il importe, pour juger des résultats de cette méthode de vaccination préventive, de préciser d'abord la mortalité par tuberculose des nourrissons, jusqu'à un an, issus de mères tuberculeuses ou élevés en milieu contaminé.

De renseignements multiples, recueillis tant dans les dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale que dans les crèches d'hôpital, il résulte que 25 p. 100 de ces nouveau-nés succombent de tuberculose au cours de la première année de leur existence.

Sans doute, il existe des faits indéniables d'infection intra-utérine par des ultra-virus tuberculeux (Calmette et ses collaborateurs), mais ces faits restent exceptionnels; on peut continuer à admettre, pratiquement, que le nouveau-né issu d'une mère tuberculeuse reste vierge d'infection tuberculeuse, à la naissance, et que la vaccination préventive pourra jouer pour lui un rôle de prémunition.

Voici maintenant les résultats de la vaccination préventive par le B. C. G. depuis le 1er juillet 1924 jusqu'au 1er janvier 1927. Elle porte sur 982 enfants, vaccinés depuis plus d'un an, vivant en milieu bacillifère et dont on avait pu avoir des nouvelles depuis moins de trois mois.

Sur 882 vaccinés depuis un à deux ans, la mortalité générale est de 8,9 p. 100 et la mortalité par tuberculose de 0,8 p. 100.

Les vaccinés depuis plus de deux ans n'ont donné lieu à aucun décès.

L'expérimentation sur les animaux de l'espèce bovine a permis de constater qu'au regard de l'infection virulente d'épreuve, l'état de prémunition fourni par le B. C. G. dure de quinze à dix-huit mois.

Les revaccinations peuvent être répétées chaque année sans le moindre incident et renforcent l'immunité. Calmette conseille de revacciner seulement à la fin de la première et de la troisième année, les enfants nés de mère tuberculeuse ou élevés dans une famille où se trouve un tuberculeux. Pour les enfants nés et élevés dans une famille saine, la revaccination est superflue.

Calmette admet d'ailleurs que l'immunité aux contaminations naturelles est plus longue que l'immunité aux infections experimentales, et dure environ quatre années.

Calmette répond ensuite à quelques-unes des critiques qui lui ont été adressées à la vaccination préventive par le B.C.G. notamment à l'hypothèse d'un retour possible des bacilles à la virulence, contre laquelle, à son avis, s'élèvent toutes les constatations expérimentales.

Guérin, Richard et Boissière rapportent les résultats obtenus par la vaccination préventive par le B. C. G. sur les jeunes veaux du domaine de Gruville (Seine-Inférieure). La tuberculose se déclara en 1915 dans le domaine et, en 1919, il existait encore 51,7 p. 100 de sujets infectés.

A partir de 1920, la vaccination des veaux nouveau-nés a été pratiquée systématiquement, aucune mesure d'isolement n'étant prise et les animaux déjà tuberculeux, non vaccinés, étant éliminés au fur et à mesure des années.

Or, de 1920 à 1927, le nombre d'animaux tuberculeux est passé de 64 têtes en 1921 à 12 têtes en 1927.

Les animaux nés, de 1921 à 1927, de mères tubercnleuses et nourris par elles, ont été trouvés indemnes de tuberculose.

Weil-Hallé et Turpin rapportent les résultats de vaccination par voie buccale pratiquée par eux, et qui reproduisent dans l'ensemble ceux de Calmette. De plus, ils ont employé la vaccination par injections sous-cutanés, sur 10 enfants non prémunis à la naissance et vivant en milieu contaminés. Sur 10 enfants ainsi inoculés, un seul a succombé, les 9 autres sont en bonne santé apparente.

Les résultats statistiques fournis par différents expérimentateurs, pour la Belgique, la Roumanie, la Grèce, l'Algérie,

l'Indochine, concordent avec ceux qui ont été obtenus en France.

Couland relate une série d'expériences ayant pour but de contrôler si, comme on l'a dit, le B. C. G injecté au lapin à doses massives par voie intra-veineuse est capable de développer des lésions caséeuses. Ses conclusions sont les suivantes : au cours d'expériences très nombreuses, tous les lapins ayant reçu dans la veine des doses importantes de B. C. G. (atteignant souvent 15 milligrammes) ont présenté une granulie pulmonaire hépatique et splénique évoluant vers une guérison complète.

Cette granulie transitoire n'a jamais abouti à une caséification et la guérison histologique a toujours été obtenue en sept à dix mois.

Rien, ni altération des tissus, ni cicatrice, ne permet de distinguer au microscope les tissus d'un lapin sain de ceux d'un animal ayant reçu dans la veine des doses massives de bacille bilié B. C. G.

Ascoli rapporte les résultats de vaccination par le B. C. G. dans des exploitations agricoles italiennes qui se rapprochent sensiblement des résultats obtenus à Gruville.

D'une série très importante d'expériences de laboratoire et d'expérience de vaccination pratiquées en Ukraine, chez les bovidés, Tzekhnovitzer tire les conclusions suivantes :

Le problème de la vaccination des rongeurs de laboratoire contre la tuberculose expérimentale ne peut pas être considéré actuellement comme résolu. Cependant on constate un retard notable de l'évolution de la maladie chez les rongeurs vaccinés par rapports aux témoins,

Chez les bovins, il existe chez les sujets vaccinés une résistance manifeste à l'infection tuberculeuse virulente.

La vaccination des nouveau-nés est encore à l'étude en Ukraine, mais apparaît, d'ores et déjà, inoffensive.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Doppel infection. Wechselseitage Beeinflüssung experimenteller Tuberkulose und Trychophytie. (H. MARTENSTEIN et K. LEDERMANN. *Klin. Woch.*, 12 fév. 1927, Jg6, n° 7, p. 299.) — Les auteurs ont fait de curieuses constatations en combinant chez le cobaye une infection tuberculeuse (réalisée par l'injection intradermique de 1/100 de milligramme de bacilles de Koch provenant d'une culture humaine vieille de huit semaines) et une infection trichophytique (réalisée par frottement d'un territoire cutané érodé au papier de verre, avec une culture de sept semaines d' « achorion Quinckeanum »). Les résultats ont été les suivants :

— L'inoculation seconde (qu'il s'agisse de tuberculose ou de trichophytie) ne modifie pas l'allure de l'infection première (quelle qu'elle soit), même lorsque la deuxième inoculation est faite pendant la période d'incubation clinique de la première infection.

— L'inoculation simultanée des deux germes n'exerce aucune action réciproque sur les maladies qu'ils déterminent.

— Lorsque la trichophytie a été inoculée depuis longtemps (six mois) l'infection tuberculeuse cutanée se développe plus rapidement et sur une plus large surface chez les animaux trichophytiques que chez les témoins.

— Lorsque c'est la trichophytie qui a été inoculée en second lieu à un cobaye tuberculeux, on constate un allongement du temps d'incubation, une exagération de l'intensité de l'affection; la durée totale de celle-ci étant tantôt allongée, tantôt diminuée.

— Les modifications de l'allure clinique de la plaque trichophytique se produisent avec une remarquable fréquence chez les animaux atteints d'une infection tuberculeuse ancienne légère.

R. KOURILSKY.

Virus tuberculeux filtrant et les acquisitions nouvelles sur l'hérédité tuberculeuse. (F. ARLOING et A. DUFOURT. *Presse méd.*, 5 janv. 1927, n° 2, p. 17.) — Les auteurs rappellent qu'ils ont pu prouver expérimentalement le passage du virus tuberculeux filtrant (provenant d'un abcès caséeux ganglionnaire prélevé chez un enfant) à travers le placenta de la femelle de cobaye. Ils ont de même découvert le virus filtrant tuberculeux dans les ganglions mésentériques d'un nouveau-né issu d'une mère tuberculeuse, fait confirmé depuis par plusieurs auteurs (Calmette, Valtis et Lacomme, Couvelaire) et qui permet de comprendre le rôle de ce virus dans la pathogénie de certaines hypotrophies ou atrophies des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses.

Le virus filtrant expérimental est de virulence très variable; il peut être atténué par les courants électriques de haute ou de basse tension, et surtout par les rayons ultraviolets. L'intradermoréaction à la tuberculine ne se manifeste chez les animaux inoculés avec un filtrat que pour des concentrations de tuberculine doubles de la concentration habituelle ; et elle est moins vive que pour les animaux inoculés avec des bacilles virulents. L'allergie tuberculeuse est de plus transitoire et disparaît au bout de quelques jours avec certains virus filtrants spéciaux, labiles et temporaires.

Les cobayes nouveau-nés injectés avec le virus filtrant dès leur naissance peuvent, ou bien se développer normalement, ou accuser un retard du développement pondéral qui correspond à une période d'allergie tuberculinique où l'intradermoréaction est positive. Dès qu'elle disparaît, les animaux revenus en état d'anergie définitive regagnent leur poids et ne présentent aucune lésion tuberculeuse à l'autopsie. Il existe enfin des cas où les cobayes injectés deviennent athrepsiques, cachectiques et meurent.

L'application de ces données expérimentales à la clinique infantile est évidente et permet de mieux comprendre la pathogénie de certains troubles de croissance des nourrissons.

R. KOURILSKY.

Vaccination des cobayes contre la tuberculose humaine. (Jules AUCLAIR. *Presse méd.*, 19 mars 1927, n° 23, p. 353.) — L'auteur a réussi à vacciner contre la tuberculose deux cobayes qu'il lui fut impossible de réinoculer.

L'injection vaccinante a été faite avec une émulsion fine et légèrement louche de bacilles de Koch virulents, mise pendant dix jours à la glacière à + 2 degrés en présence d'un extrait de pancréas de poule dilué dans du sérum physiologique. La réaction locale débuta seulement au bout de quinze jours, se manifesta par un boudin pseudo-fluctuant qui resta stationnaire pendant quinze jours puis disparut en laissant un nodule et quelques petits ganglions.

Neuf mois après, une injection de bacilles frais virulents fut pratiquée accidentellement à l'un des animaux qui resta réfractaire. De nouvelles réinjections furent tentées ; elles n'aboutirent qu'à une petite réaction locale dure au point d'injection, tandis que les cobayes témoins succombaient rapidement.

Le fait qu'un tel résultat a été obtenu par l'action sur le bacille de l'extrait de pancréas de poule suggère toute une série de commentaires. En premier lieu, il rétablit dans toute sa valeur la conception pastorienne de la nature du germe infectant dans la genèse de l'affection tuberculeuse, par opposition au rôle (que l'on crut prédominant) du terrain. L'existence dans le pancréas de la poule — oiseau naturellement réfractaire à la tuberculose — d'une substance qui modifie le bacille au point que l'animal injecté devienne réfractaire montre que c'est probablement par ce mécanisme qu'a dû être obtenue l'immunité dite naturelle des oiseaux. Il doit exister dans le pancréas des cellules immunisantes qui modifient le pouvoir infectant du bacille. Celui-ci réagit à son tour sur d'autres cellules : cellules de l'immunité, pour les amener à un état où elles ont acquis la propriété de détruire complètement le bacille de Koch. Un mécanisme analogue a dû être mis en jeu dans la vaccination expérimentale du cobaye. Ces expériences démontrent en tous les cas, que cette vaccination

est possible, et le résultat acquis est considérable si l'on réfléchit à la réceptivité extrême du cobaye vis-à-vis de l'infection tuberculeuse expérimentale. R. KOURILSKY.

Weitre untersuchungen zur Frage der latente (symptomlosen) infektion bei den experimentellen syphilis des Kaninchen. (P. UHLENHUTH et H. GROSSMANN. *Klin. Woch.*, 12 fév. 1927, Jg6, n° 7, p. 292.) — Dans ce travail les auteurs insistent sur la possibilité de réaliser chez le lapin, même après une inoculation massive intraveineuse de virus syphilitique, une infection latente, pouvant survivre pendant des mois (sept mois, huit mois et demi) à l'inoculation sans qu'aucun symptôme apparent ne la trahisse. Elle est révélée par la réinoculation à des témoins de ganglions poplités ou d'autres glandes (prélevées sur l'animal de primo-inoculation) qui donne des résultats positifs. La même latence se manifeste lorsque les lapins sont inoculés par voie souscutanée, intratesticulaire, ou lorsque le virus est simplement instillé sur une muqueuse, même intacte. Si l'inoculation des ganglions poplités de l'animal infecté à un animal sain est le meilleur procédé qui soit pour démontrer l'infection latente ; même dans les cas rares où elle échoue, la possibilité de l'infection latente n'est pas à rejeter : les ganglions peuvent contenir des spirochètes en nombre insuffisant pour que l'inoculation réussisse : même en partant d'un matériel infectant défini, les auteurs ont en effet reconnu l'importance dans la réussite de la quantité du virus. Il faut alors pratiquer l'inoculation supplémentaire des autres glandes, des viscères (rate, foie), de la moelle osseuse. Ces notions sont importantes par leurs conséquences thérapeutiques et les exigences que l'on doit demander au contrôle des expériences chimiothérapeutiques. R. KOURILSKY.

II. INFECTIONS VÉNÉRIENNES

L'intradermo-réaction dans l'infection chancrelleuse. (J. NICOLAS, J. LACASSAGNE et J. ZEITOVM. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 mai 1927, p. 245.) — L'intradermo-réaction dans les manifestations chancrelleuses a jeté un jour nouveau sur la pathologie générale de l'infection par le bacille de Ducrey. Après avoir rappelé les travaux antérieurs de Reenstierna qui établit la valeur diagnostique de la réaction, ultérieurement confirmée par Nicolle et Durand, Dubreuilh et Brouslet, Hudelo Duhamel et Drouineau, Rivalier, les auteurs exposent les résultats qu'ils ont obtenus avec le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand; l'introduction de 1 à 2/10 de centimètre cube dans le derme est suffisante. Elle ne donne de résultats positifs que dans les manifestations chancrelleuses en évolution ou chez des sujets ayant des antécédents chancrelleux. Pratiquée avec d'autres vaccins (T. A. B.; antigonococcique) elle est négative.

La réaction est précoce, et commence à se montrer positive à partir du septième ou du huitième jour de l'évolution du chancre simple. Plus les manifestations sont anciennes, intenses et compliqués (bubon) plus la réaction est marquée.

Elle persiste pendant de nombreuses années (peut-être toujours) après la guérison du chancre ou des manifestations chancrelleuses. Elle permet donc ainsi un diagnostic rétrospectif de l'infection.

L'introdermoréaction devient négative chez les sujets en cours de traitement par le vaccin de Nicolle et Durand en injections intraveineuses après la quatrième piqûre (c'est-à-dire huit jours après le début de la vaccinothérapie). Puis elle redevient positive dix à douze jours après la cessation du traitement.

Il faut donc cesser d'envisager le chancre simple comme une affection strictement locale; il s'agit au contraire d'une infection microbienne qui détermine des troubles humoraux profonds et durables. L'injection répétée de vaccin antistreptobacillaire à des sujets indemnes ne réussit pas à les faire apparaître. Elles sont probablement dues à une endotoxine secrétée par le bacille de Ducrey.

La suppression transitoire de ces réactions au cours du traitement vaccinothérapique est difficile à interpréter. Elle peut se concevoir soit comme une immunité passagère conférée par le vaccin, soit par une simple neutralisation des toxines par ce dernier, soit simplement comme le témoin d'un état d'anergie transitoire indépendant de toute action spécifique du vaccin.

La vaccinothérapie provoque, il est vrai, un état anergique : l'apparition d'herpès, d'asthénie post-vaccinale, la réactivation de l'évolution de la syphilis ont été notées au cours du traitement. A la faveur de cet état, on pourrait s'expliquer la disparition momentanée de l'intradermoréaction ; mais le fait n'est pas démontré et de plus il est prouvé que la vaccinothérapie antichancrelleuse n'agit pas seulement à la façon d'une simple protéinothérapie transformant l'état allergique en anergie passagère. Il y a là une action vaccinale spécifique que les auteurs jugent indéniable. R. KOURILSKY.

III. AFFECTIONS A VIRUS NEUROTROPES

Étude histopathologique d'une observation de forme périphérique de l'encéphalite épidémique. (M. PEHU et J. DECHAUME. *Ann. de méd.*, juillet 1927, t. XXII, n° 2, p. 178.) — Chez une petite malade de vingt mois, décédée au quatrième mois d'une affection caractérisée par une paralysie diffuse atteignant les quatre membres et lentement ascendante depuis le début, l'examen histopathologique a montré la prédominance de lésions du type encéphalitique sur le système nerveux périphérique. Ces lésions sont essentiellement diapédétiques, avec des manchons périvasculaires à prédominance lymphocytaire; elles ont un caractère superficiel puisque les cellules ganglionnaires et les cylindre-axes sont exceptionnellement atteints; elles sont enfin diffuses, atteignant aussi bien l'écorce cérébrale que les filets nerveux intramusculaires et que certaines fibres sympathiques dans le myocarde.

Les altérations prédominent au niveau des troncs nerveux. Mais les muscles eux-mêmes sont atteints, au niveau des terminaisons nerveuses intramusculaires, l'inflammation des rameaux nerveux et de leurs gaines donne un faux aspect de myosite interstitielle. PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Les éléments figurés du sang dans la fièvre typhoïde. Rapports de la formule leucocytaire avec les données de l'hémoculture et de la séro-agglutination. (P. CHALIER et W. MOREL. *Ann. de méd.*, juillet 1927, t. XXII, n° 2, p. 189.) — D'une étude basée sur la détermination respective, tous les dix jours, de la numération globulaire et du pourcentage leucocytaire, en même temps que du séro-diagnostic et de l'hémoculture, chez 36 typhiques hospitalisés dans un service de contagion, Chalier et Morel tirent les conclusions suivantes :

Il existe le plus souvent une anémie plus ou moins intense, surtout au moment de la défervescence.

Contrairement à l'opinion classique, la fièvre typhoïde n'est pas une maladie à leucopénie : l'hypoleucocytose n'existe que dans 20 p. 100 des cas dans la première décade, 40 p. 100 dans la deuxième, 23 p. 100 dans la troisième. Elle n'est donc pas la règle, et ne l'emporte que dans les formes très prolongées, aux sixième et septième décade. Ce qui est le plus fréquent, c'est une leucocytose normale ou légèrement augmentée; l'existence d'une hyperleucocytose de début est d'un pronostic favorable.

De plus il existe fréquemment une myélocytose légère (1 à 2 p. 100) et surtout une augmentation très notable du taux des moyens mononucléaires.

Enfin, il existerait, pour Chalier et Morel, un lien très net entre la formule leucocytaire et les données de l'hémoculture et de la séro-agglutination. Durant la période où l'hémoculture est positive, il existe de la polynucléose, tandis qu'à la

période où l'hémoculture devient négative et le séro-diagnostic au contraire positif, la polynucléose est remplacée par de la mononucléose, dont l'intensité suit, sans d'ailleurs leur être tout à fait parallèles, les variations du taux d'agglutination. PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie pathologique du zona zoster. (C. MARINESCO et H. DRAGANESCO. *Presse méd.*, 20 août 1927, n° 67, p. 1025.) — Chez une malade atteinte de zona intercostal en 1922 et morte en 1926, Marinesco et Draganesco constatèrent, *quatre ans après* le zona la persistance d'un processus inflammatoire très marqué, avec infiltration de cellules plasmatiques et de lymphocytes au niveau des ganglions spinaux, prédominant dans la région lombaire.

Dans la moelle, il existait de même des lésions, d'ailleurs discrètes, prédominant dans la région postéro-latérale et consistant en sclérose névroglique et infiltration périvasculaire. Il y avait donc *ganglio-radiculo-myélite*, prédominant à droite.

Simultanément, Marinesco et Draganesco ont constaté des lésions *dermiques* : amas de cellules rondes et altération des nerfs dermiques (désintégration myélinique, infiltration lymphocytaire entre les fibres, hémorragies interstitielles et extravasats sanguins).

Marinesco et Draganesco font remarquer que chez leur malade, le zona s'était localisé du côté droit, où existait une hémiplégie, comme si la lésion nerveuse préexistante constituait un point d'appel pour le processus zonateux.

Ils rapportent, d'autre part, cinq observations d'infiltration cancéreuse des ganglions rachidiens sans zona. Il n'y a donc pas, en réalité, de zonas symptomatiques, mais l'éruption zonateuse correspond toujours à une maladie infectieuse particulière.

Suivant Marinesco et Draganesco, la lésion cutanée représente la première localisation du virus zonateux, qui se transmet ensuite aux ganglions rachidiens et à la moelle par un processus de névrite ascendante.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Sympathetic uveitis caused by the virus of herpes simplex. (S. R. GIFFORD and L. H. LUCIE. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 fév. 1927, vol. LXXXVIII, n° 7, p. 465.) — En 1924 von Szily inocula un virus herpétique provenant d'une lésion cornéenne humaine, au travers de la cornée du lapin; dans l'intervalle de séparation du corps ciliaire et de la sclérotique. Il observa dans ces conditions une uvéite de l'œil inoculé et après deux semaines, dans 10 p. 100 des cas, une iridocyclite de l'œil opposé. Gifford et Lucic confirment en tous points cette recherche; l'uvéite de l'œil opposé ressemble en tous points à une ophtalmie sympathique humaine. On peut en outre reproduire une uvéite bilatérale en injectant le virus dans le chiasma optique. L'existence dans l'œil opposé atteint secondairement d'uvéite, de virus actif peut être démontré par les inoculations cornéennes, et par la possibilité de transmettre l'uvéite à un autre animal par le procédé spécial d'inoculation sous-cornéenne décrit plus haut. Trois passages ont pu ainsi être réalisés.

Lorsque les animaux sont inoculés de telle façon que l'on réalise d'emblée sur un œil la lésion uvéale, il est fréquent de voir apparaître dans l'œil opposé des lésions cornéennes d'herpès dans 6 p. 100 des cas.

Les coupes du nerf optique et du chiasma ont montré la progression du virus d'un œil à l'autre. Celle-ci a été vérifiée par l'inoculation, point par point, de la substance nerveuse.

Les inoculations provenant d'un cas d'ophtalmie sympathique observé chez l'homme, furent négatives, mais malgré cet échec il est vraisemblable que ce syndrome clinique est dû à un virus filtrant neurotrope analogue à l'herpès.

R. KOURILSKY.

L'étiologie de l'encéphalopathie post-vaccinale. (C. LEVADITI et S. NICOLAU [en collaboration avec V. SANCHES BAYARRI]. *Presse méd.*, 5 fév. 1927, n° 11, p. 161.) — On peut observer chez des enfants de quatre à six ans, chez lesquels la pustule qui suit la vaccination antivariolique a évolué normalement des symptômes brusques d'encéphalite (céphalée, convulsions, somnolence, réaction méningée cytologique inconstante) qui peuvent se terminer par la mort.

L'étiologie de cette encéphalite est très discutée; Levaditi et Nicolau se sont demandé d'abord si elle n'était pas due au virus jennérien, mais ils n'ont pu trouver ce virus en quantité appréciable dans le névraxe; deux fois seulement des unités virulentes ont été retrouvées, mais cette constatation est insuffisante pour entraîner la conviction, car le virus de la vaccine en se généralisant, peut envahir le névraxe sans y provoquer pour cela une encéphalopathie mortelle. Le neuro-vaccin peut chez les simiens provoquer cependant une névraxite mortelle, à la condition que le virus soit introduit directement dans le cerveau et non sous la peau; il se multiplie alors *in situ* et se localise de préférence ensuite dans certains systèmes tissulaires (la rate et l'ovaire notamment chez le chimpanzé); mais les lésions cérébrales consistent en un foyer local vaccinal (pustule cérébrale) sans retentissement sur le parenchyme nerveux lui-même, accompagnée d'une méningite hémorragique.

Des recherches expérimentales permettent d'affirmer que l'encéphalopathie post-vaccinale observée en clinique (dont les lésions anatomiques se rapprochent du reste de celles de l'encéphalite léthargique) n'est pas due à la localisation névraxique du vaccin jennérien. Il se pourrait que l'infection vaccinale en affaiblissant les moyens défensifs nerveux de l'organisme, déclanchât chez certains sujets porteurs de germes ou en proie à une encéphalopathie latente, un processus infectieux à localisation névraxique, fort probablement de même nature que la maladie de von Economo. Il s'agirait en réalité d'un réveil d'infections occultes par d'autres infections surajoutées, agissant comme facteur favorisant. R. KOURILSKY.

Untersuchungen uber Vaccine und herpes. (ZURÜKZOGLU [de Berne]. *Klin. Woch.*, 8 janv. 1927, Jg6, n° 2, p. 70.) — L'auteur a cherché à résoudre expérimentalement le problème posé cliniquement par les encéphalopathies post-vaccinales. Il établit que, quelle que soit la voie d'introduction du virus vaccinal chez le lapin, jamais on ne constate de signes cliniques d'encéphalite, ni de lésions histologiques cérébrales; ni d'activité du virus par réinoculation des centres nerveux. Une seule fois une faible activité put être démontrée chez un lapin inoculé par voie testiculaire vraie; si l'on injecte le virus vaccinal dans les veines de lapins simultanément infectés d'herpès (par introduction sous-cutanée), il se produit en neuf à treize jours une encéphalite mortelle, alors que les témoins injectés isolément soit avec le même virus vaccinal et soit avec le même virus herpétique restent indemnes. Cette encéphalite est d'origine *herpétique*, comme le montrent les inoculations des centres nerveux. La vaccination antijennérienne exagère donc chez l'animal l'activité du virus herpétique.

Zurükzoglu a pu réaliser chez le cobaye une immunité partielle contre un virus herpétique particulièrement actif par inoculation herpétique préalable, et déceler dans le sang des substances destructives du virus.

Mais il existe des relations entre l'immunité vaccinale et l'immunité herpétique : les lapins dont la cornée est immunisée contre le virus vaccinal montrent une faible immunité antiherpétique; le territoire cutané d'inoculation herpétique chez le cobaye est partiellement réfractaire à l'inoculation vaccinale. Mais les cobayes immunisés contre la vaccine le sont aussi dans la règle contre l'herpès. Les substances destructives anti-virus, découvertes dans le sérum de cobaye immunisés contre l'herpès, sont également actives contre le virus vaccinal et réciproquement, mais à un moindre degré.

Il existe donc entre les deux virus, herpétique et vaccinal, des relations très nettes, au moins expérimentalement.

R. KOURILSKY.

IV. SCARLATINE

The Dick test with active and passive immunization for scarlet fever. (A. D. LEES, *Journ, of amer, med. Assoc.*, 9 avril 1927, vol. LXXXVIII, n° 15, p. 1133.) — Sur 48 scarlatineux observés par Lees, 15 (31,2 p. 100) avaient au début de leur maladie des réactions de Dick négatives; ce qui prouve que l'absence de la réaction de Dick n'est pas un sûr indice de l'immunité, ni une indication pour le diagnostic des cas douteux de scarlatine.

Sur 530 étudiants d'un âge moyen de dix-sept ans, pris au hasard, la réaction de Dick était positive dans 49,8 p. 100 cas. Parmi ceux-ci, 63 p. 100 furent négativés par une seule injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de toxine détoxiquée par le ricinoléate de soude à 2 p. 100 (cette injection correspond à 3000 doses cutanées de Dick); il s'agit donc là d'une méthode d'immunisation active très efficace.

L'injection intradermique de sérum de convalescent à un scarlatineux atténua beaucoup plus vite et beaucoup plus complètement l'éruption que l'injection de l'antitoxine concentrée préparée suivant la méthode de Dick.

La réaction de Dick reste positive dans 4 cas sur 5, à la suite de l'injection de doses prophylactiques d'antitoxine scarlatineuse.

R. KOURILSKY.

Treatment of scarlet fever with streptococcus antitoxin. (J.-E. GARDON, *Journ. of méd. amer. Assoc.*, 5 fév. 1927, vol. LXXXVIII, n° 5, p. 382.) — Gardon a utilisé le sérum antistreptococcique de Dick chez des scarlatineux sérieusement atteints; une dose thérapeutique et le sérum représentait un peu plus que l'équivalent d'antitoxine nécessaire à neutraliser 250.000 doses cutanées de Dick. Une injection était faite à l'entrée, une autres vingt-quatre ou douze heures après dans les cas graves; jamais le chiffre de trois injections n'a été dépassé.

La statistique de l'auteur porte sur plusieurs centaines de cas. L'action du sérum est manifeste : elle réduit le degré de température et toutes les manifestations fébriles; elle abrège la durée et l'étendue de l'éruption, elle diminue le nombre des complications. Même si celles-ci étaient déjà déclarées avant le début du traitement, elles sont favorablement influencées, mais moins nettement. D'après les ensemencements rhinopharyngés qui furent systématiquement pratiqués pendant le séjour des malades à l'hôpital, et qui montrèrent dans tous les cas à l'entrée du streptocoque hémolytique, la pullulation streptococcique des voies aériennes supérieures diminue au cours du traitement.

R. KOURILSKY.

La sérothérapie de la scarlatine. (Chr. ZOELLER, *Presse méd.*, 26 mars 1927, n° 25, p. 385.) — On sait que, d'après les travaux américains de Dick, Park, Zingher, la scarlatine serait un toxi-infection due à un streptocoque spécial, à la fois hémolytique et toxique; agissant surtout par l'intermédiaire de sa toxine très diffusible. Cette toxine injectée du cheval détermine l'apparition d'une antitoxine. Celle-ci injectée sous le derme *in vivo* chez un scarlatineux donne le phénomène d'extinction de Schulz-Charlton d'autant plus nettement qu'elle est plus active. Cette propriété donne un moyen de titrage du sérum antitoxique, soit qu'on cherche par des intra-dermo-réaction faites en série sur un même sujet, à quelle dilution maxima le sérum antitoxique produit l'extinction, soit que l'on détermine combien 1 centimètre cube d'un sérum donné neutralise de doses cutanées ou doses de Dick.

D'après les résultats de Dochez, de Park, la sérothérapie streptococcique donnerait dans la scarlatine des effets très importants. Chez un sujet réceptif, l'injection intraveineuse de ce sérum pratiquée deux heures avant une réaction de Dick celle-ci négative complètement. Chez un scarlatin, si l'injection a été faite précocement, les signes généraux et l'angine s'atténuent dans des proportions considérables six à huit heures après l'injection intraveineuse, plus lentement, après l'injection intramusculaire. L'emploi du sérum prévient les complications. Chodzko a pu vérifier en 1925-1926, au cours d'une épidémie de scarlatine à Varsovie, ces résultats favorables. Zoeller, Debré, Lamy et Bonnet, en France, concluent dans le même sens. Zoeller conseille de traiter par le sérum les scarlatines graves, hypertoxiques ou évoluant chez les sujets débilités. Il faut utiliser des injections à doses élevées, 50 à 60 centimètres cubes et se borner à une seule injection, tout au plus à une deuxième.

La voie intramusculaire doit être couramment employée. Les résultats tout en étant encourageants, nécessitent de nouvelles confirmations.

R. KOURILSKY.

Observation de scarlatineux traités avec le sérum antiscarlatineux de la fondation Behring de Marburg. (F. BORMANN, *Deuts. Med. Woch.*, 8 juil. 1927, t. LIII, n° 28.) — Le sérum employé est celui des chevaux immunisés par le streptocoque hémolytique de Dick et Dochez et par la toxine soluble correspondante. Le sérum a été injecté, chez 1.000 enfants aux doses de 25 à 50 centimètres cubes intramusculaires, sans dépasser une dose totale de 75 centimètres cubes. Il n'y a eu aucun accident. L'injection intra-veineuse même, réalisée chez quelques-uns, s'est montrée inoffensive.

Cette sérothérapie n'a paru produire aucune action locale antistreptococcique,

Par contre, le sérum a paru avoir, dans les scarlatines non compliquées, une action antitoxique certaine. Il a paru, également, jouer un rôle préventif dans l'apparition des complications précoces; il ne met toutefois pas à l'abri des accidents tardifs et notamment de l'apparition de la néphrite.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS,

Les propriétés biologiques du streptocoque de la scarlatine. (DOLO, *Deuts. Med. Woch.*, 8 juil. 1927, t. LIII, n° 28.) — L'étude des streptocoques provenant de 40 cas de scarlatine a montré qu'il ne s'agissait pas d'un type bactériologique fixe. Par injection intra-cutanée d'une quantité fixe de streptocoques, Dolo a pu distinguer 3 types de streptocoques, I, II, et III, selon les modalités des réactions locales. Dans les 40 cas étudiés, les streptocoques scarlatineux se sont montrés des types I et II. Il semble que le type I soit rencontré plutôt dans les scarlatines avec angine catarrhale ou sans angine, le type II dans les scarlatines avec angine nécrotique.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

V. ROUGEOLE

Le virus morbilleux. (M. GUARDOBASSI [de Pérouse], *La Pediatrie*, 1er août 1927, t. XXXV, n° 15.) — Guardobassi rappelle les travaux de Caronia sur l'isolement d'un germe morbilleux spécifique, ainsi que les recherches de contrôle de Salvioli, Vernoni, Revelli, Burgers, Bachmann, Casagrandi, Zzirmai et Jacobowicz, qui dans l'ensemble n'ont pas confirmé les conclusions premières de Caronia.

Guardobassi discute ensuite la valeur à attribuer aux inclusions leucocytaires d'Amato, qui se retrouveraient aussi bien dans la scarlatine que dans la rougeole. Mais, suivant Guardobassi, on les rencontre dans nombre d'autres affections et elles n'ont pas de caractère spécifique.

Guardobassi a pu isoler, dans le sang, le filtrat de l'urine et dans l'exsudat naso-pharyngé, un micro-organisme de 0µ4 à 0µ6, gram-négatif, colorable par les colorants habituels, cultivable en milieu ascite additionné d'huile de vaseline, agglutinant le sérum des rougeoleux, et qui inoculé au lapin et au cobaye, provoque une maladie fébrile mortelle avec lésions broncho-pneumoniques.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

VI. COQUELUCHE

La bactériologie de la coqueluche (G. Lawson et M. Muller [de Boston], *Journ. of amer. med. Assoc.*, 23 juil. 1927, t. LXXXIX, n° 4.) — Lawson et Muller exposent les résultats de recherches entreprises à Boston, par la commission d'études sur la coqueluche, durant l'hiver 1925-1926, au sujet du microbe découvert en 1906 par Bordet et Gengon.

En aucun cas, ils n'ont pu cultiver celui-ci en partant du mucus bucco-pharyngé, bien qu'un tel essai ait été pratiqué chez 100 sujets.

Lawson et Muller ont employé deux procédés pour obtenir des cultures. Le premier consiste à ensemencer des crachats sur milieu de Bordet-Gengon, en avant soin de prélever, pour l'ensemencement, les parties les plus épaisses, provenant de la trachée ou des bronches.

Le second procédé consiste à placer devant la bouche, au moment des paroxysmes de quintes, des boîtes de Pétri couvertes, contenant le milieu de culture.

Ce dernier procédé réussit le plus souvent, et donne des résultats plus constants que l'ensemencement direct des crachats. De plus, il est applicable chez les très jeunes enfants qui ne crachent pas. Il est à recommander de pratiquer les ensemencements trois jours de suite, avant de conclure au caractère négatif de ceux-ci.

Les ensemencements pratiqués par Lawson et Muller se montent au nombre de 1115, pratiqués chez des sujets atteints de coqueluche ou ayant été en contact avec des coquelucheux. Sur ces 1115 cultures, 259, soit 23 p. 100, furent positives. Mais, dans bien des cas, il s'agissait, suivant Lawson et Muller, de maladies respiratoires autre que la coqueluche. Ils ne retiennent, comme cas de coqueluche avéré, que 533 cas, parmi lesquels 219 montrèrent la présence du microbe de Bordet et Gengon.

La fréquence des cas n'ayant pas cliniquement l'apparence d'une coqueluche, et où l'on trouve le microbe en question, fait supposer à Lawson et Muller que, à côté de la coqueluche typique, il existe de nombreuses formes frustes revêtant l'aspect d'une affection banale des voie respiratoires.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Sur 6 cas en douze jours de hoquet grippal contagieux. (Mateesco, *Paris méd.*, 26 fév. 1927, n° 9, p. 211.) — Mateesco rapporte 6 observations consignées entre le 29 décembre 1924 et le 10 janvier 1925, et où la contagion fut évidente. Les hoquets étaient en subintrants, quelquefois doubles à l'inspiration et à l'expiration. Ils s'accompagnaient de catarrhe naso-pharyngien. Aucun cas d'encéphalite véritable n'a été en même temps constaté. R. KOURILSKY.

VII. VACCINOTHÉRAPIE

La pratique des inoculations intradermiques. (L. Goldenberg et L. Panisset. *Paris méd.*, 8 janv. 1927, n° 2, p. 36.) — Revue générale des diverses applications des intradermo-réactions aux toxines microbiennes pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies infectieuses. Goldenberg et Panisset passent en revue successivement l'immunité locale comme moyen de provoquer des réactions allergiques; l'*anatoxi-réaction*, l'inoculation intradermique de toxine comme procédé de l'infection expérimentale, comme moyen d'identification ou de différenciation des germes; comme moyen de vaccination préventive (dans le charbon, la scarlatine) comme moyen de vaccinothérapie : sur ce dernier point Goldenberg et Panisset insistent particulièrement, considérant que la voie intradermique est excellente pour la vaccination, à condition d'insérer sous le derme un vaccin très concentré; on peut créer aussi non seulement une immunité contre des affections locales, mais même contre des maladies localisées en un point éloigné de l'inoculation. Goldenberg et Panisset s'attachent à montrer ensuite, d'après leurs recherches, l'influence du système adénolymphatique dans la création de l'immunité locale. L'article se termine par l'étude des réactions intradermiques révélant la toxicité de certains produits infectieux élaborés chez le malade (par exemple la réaction de Schultz-Charlton; la réaction de Dick; la désensibilisation par inoculation intradermique). R. KOURILSKY.

Essais de prophylaxie et de traitement de la bronchopneumonie par les vaccins polymicrobiens à l'hospice des Enfants-Assistés. (J. Samsoen et Mlle S. Dreyfus. *Presse méd.*, 16 mars 1927, n° 22, p. 341.) — La vaccination préventive systématique contre les infections pulmonaires a été pratiquée dans le service du professeur Marfan, par Samsoen et Dreyfus chez tous les enfants admis dans le service d'isolement. Le vaccin utilisé, préparé par R. Salimbeni à l'Institut Pasteur est une suspension de streptocoques (3 milliards), pneumocoques (3 milliards), staphylocoques (2 milliards 500 millions), pyocyaniques (1 milliard), taux diphtériques (500 millions) dans 1 centimètre cube de sérum physiologique. Les injections ont été répétées quotidiennement pendant six jours aux doses de 1, 1 1/2 et quatre fois 2 à 3, sans réaction générale ou locale appréciable. D'une pratique de quatre mois, les auteurs concluent à l'efficacité de la vaccination préventive. Les résultats curatifs sont plus discutables. L'association aux germes habituels du bacille diphtérique est fréquente, souvent méconnue, et annihile tout traitement vaccinal, il est prudent de faire en même temps que le vaccin systématiquement l'injection préventive de sérum antidiphtérique.

R. KOURILSKY.

Le contrôle des vaccins microbiens. (G. Petit, L. Goldenberg et L. Panisset. *Presse méd.*, 16 fév. 1927, n° 14, p. 209.) — Généralités sur la façon de conduire le contrôle des vaccins fabriqués commercialement.

R. KOURILSKY.

La vaccinothérapie des bronchopneumonies de l'enfant. Importance de l'infection diphtérique (recherche du bacille). La vaccination par les lysats vaccins. (L. Duchon. *Paris méd.*, 19 fév. 1927, n° 8, p. 188.) — Après avoir constaté l'échec des multiples méthodes vaccinothérapiques proposées contre les affections bronchopulmonaires aiguës, l'auteur a pu préparer un vaccin débarrassé de corps microbiens, qui repose sur la mise en liberté des endotoxines microbiennes par le bacille pyocyanique. La lyse est confirmée par une filtration sur longue série, ce qui assure en même temps sa stérilisation. Comme antigènes, Duchon s'est arrêté aux streptocoques, aux pneumocoques, aux staphylocoques, aux bacilles de Pfeiffer, aux micrococci catarrhalis, aux colibacilles et aux bacilles diphtériques vrais. La raison de ce choix est donnée par la notion de la fréquence des surinfections exogènes ou endogènes qui se produisent au cours de la maladie alors même qu'on a vacciné l'enfant avec les germes trouvés à l'entrée par l'ensemencement du rhinopharynx. Parmi celles-ci la plus grave de toute est l'*infection diphtérique* qui équivaut à un arrêt de mort; qui ne peut rétrocéder par l'emploi de lysats diphtériques seuls mais exige au contraire l'adjonction des lysats d'autres germes (cette adjonction fait la moitié de la guérison). Pour trouver le bacille diphtérique, il faut faire l'ensemencement d'emblée par la méthode d'épuisement sur trois tubes, de gélose au sang à pH-7,4-7,6.

La vaccinothérapie ainsi réalisée est préventive et curative. On pratique une injection chaque jour durant la phase thermique qui disparaît en général au cinquième ou neuvième jour, une injection tous les deux jours ensuite pendant une semaine à dose uniforme de 1 à 3 quel que soit l'âge sauf pour la première injection (3/4 centimètre cube). Lorsque le bacille diphtérique est dépisté, il faudra faire un traitement sérothérapique concomitant, souvent systématiquement préventif à

l'hôpital. Il serait bien préférable de lui substituer la vaccination par l'anatoxine. Les résultats sont très favorables; la vaccination amène la chute thermique rapide, la mortalité des cas enregistrés à l'hôpital Bretonneau, serait tombée de 80 p. 100 à 28 p. 100 et en réalité à 17 p. 100. Les cas les plus graves sont ceux qui, dès l'entrée à l'hôpital, sont infectés de bacilles diphtériques longs. R. KOURILSKY.

Treatment of acute infections and contagious diseases with especial reference to Scarlet Fever, Erysipelas, Measles and meningitis. (J. N. MUSSER. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 9 avril 1927, vol. LXXXVIII, n° 15, p. 1125.) — L'auteur a employé avec succès, le sérum antiscarlatineux dans le traitement de la scarlatine; ce sérum est le sérum antistreptoccique spécial de Dochez : l'éruption disparut vingt-quatre heures après l'injection, puis l'angine et la fièvre suivent à un jour d'intervalle. Dans l'érysipèle le sérum antistreptococcique a donné des résultats tels dans 31 cas que Musser affirme que l'on possède maintenant un traitement spécifique défini de cette affection. Le sérum peut être injecté soit localement autour du bourrelet qu'il limite ou sous la peau (ce sérum a été préparé par Birkhaug sur les mêmes données que le sérum antiscarlatineux de Dochez), Musser est partisan de combiner les deux méthodes.

R. KOURILSKY.

VIII. SÉROTHÉRAPIE

Tissue hypersensitivieness folleving the administration of toxin-antitoxine. Phenomenon of Arthus. (W. E. GALEWOOD et C. W. BALDRIDGE. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 2 avril 1927, vol. LXXXVIII, n° 4, p. 1068.) — Les auteurs montrent que malgré l'assertion émise par certains sur l'innocuité du mélange toxine-antitoxine, la présence de sérum de cheval dans sa composition, même en quantité minime, suffit à déterminer tous les accidents possibles de sensibilisation, non seulement générale, mais cutanée. Ils ont observé six cas de réaction cutanée violente à la suite d'injections en série d'antitoxine (*sérum antitoxique précipité*), et dans une observation une escarre gangréneuse fut réalisée (véritable phénomène d'Arthus). Les auteurs mettent en garde contre les complications et insistent sur la nécessité de manier avec prudence le mélange toxine-antitoxine. R. KOURILSKY.

Amoelic Dysentery in Chicago. (B. KAPLAN, Ch. WILLIAMSON et J. C. GEIGER. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 26 mars 1928, vol. LXXXVIII, n° 13, p. 977.)

Toxin-antitoxin. Immunization. (J. LAVAUT et E. C. BLACK. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 19 mars 1927, vol. LXXXVIII, n° 12, p. 895.) — Les auteurs ont fait, en grand, l'expérience de l'immunisation par le mélange toxine-antitoxine contre la diphtérie et la scarlatine. Les réactions de Schick faites sur 16.252 enfants des écoles de Kansas City ont été positives dans 52 p. 100 des cas (8.687), à peu près en même nombre chez les garçons (3.907, 23,6 p. 100) que chez les filles (4.780, 28,9 p. 100).

Sur le total de tous les enfants qui étaient réceptifs à la diphtérie, un nombre important (38 p. 100) l'étaient aussi à la scarlatine. Les injections de toxine-antitoxine ont été faites systématiquement à tous les sujets susceptibles. Aucune réaction notable ne fut observée (une toutes les 40 injections); celles qui survenaient se produisaient après la première injection, en pratiquant trois injections successives.

Le nombre des cas de diphtérie observé dans les écoles a depuis l'époque où cette vaccination a été pratiquée, baissé de 69 p. 100 par rapport au pourcentage des années précédentes.

R. KOURILSKY.

Considérations sur la pathogénie des accidents sériques. (V. DE LAVERGNE. *Presse méd.*, 5 mars 1927, n° 19, p. 290.) — Dans cet article, l'auteur essaie de démontrer que, quelle que soit la date de leur apparition, les accidents sériques sont tous d'origine anaphylactique; conception déjà développée par von Pirquet.

Les cas où les accidents sériques ont été tardifs, en effet, s'expliquent par le fait que l'injection de sérum faite huit ou dix jours auparavant a agi, d'une part, comme injection préparante, en sensibilisant le malade, d'autre part et quoiqu'il y paraisse, comme injection déclanchante; car le sérum étranger inoculé est encore présent dans l'organisme au bout de huit à douze jours. A cette date, la sensibilisation étant achevée et l'albumine étrangère étant présente, le choc se produit. En faveur de cette conception, Lavergne invoque plusieurs arguments pour établir la persistance de l'albumine étrangère : entre autres la durée de la protection des antitoxines sériques qui sont liées aux albumines; la mise en évidence des albumines d'origine équine par les réactions précipitantes; la persistance locale du sérum étranger révélée par la réaction locale constante au lieu de l'injection initiale au moment des accidents sériques. R. KOURILSKY.

Traitement des tumeurs malignes inopérables par le mélange des toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. (W. B. COLEY [de New-York]. *Paris méd.*, 16 avril 1927, n° 16, p. 373.) — L'adjonction au radium des toxines streptococciques donnerait dans les sarcomes inopérables des os, les sarcomes mélaniques et même dans la maladie de Hodgkin, des résultats équivalant à des guérisons dans certains cas. R. KOURILSKY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1927)

Sur les septinévrites à virus filtrables. Présence du virus et des lésions dans le système nerveux périphérique des animaux infectés par voie cérébrale avec le virus de l'encéphalo-myélite épizootique (maladie de Borna). — MM. S. NICOLAU et I. GALLOWAY montrent, qu'à l'exemple du virus neurovaccinal et du virus rabique des rues, le virus de l'encéphalomyélite épizootique (maladie de Borna) introduit dans le cerveau des animaux d'expérience (lapins, singes, cobayes et rats) engendre, en plus de la méningo-encéphalo-myélite connue, des lésions de ganglioradiculite et de névrite interstitielle descendante. En éprouvant la virulence des nerfs périphériques des lapins morts de la maladie conférée par voie cérébrale, ils réussissent à démontrer la présence du virus dans le nerf sciatique et brachial. Dans les mêmes nerfs du singe mort d'infection expérimentale, ils n'ont pas pu déceler le virus jusqu'à présent, malgré l'intensité des lésions qu'ils y ont trouvé, et ceci, probablement parce que les réactions de défense tissulaire, aboutissent dans certains cas, si la maladie dure longtemps, à la destruction du virus *in situ*. De toute manière, les modifications histopathologiques des nerfs dans les espèces animales mentionnées, ainsi que la présence du virus dans les nerfs périphériques des lapins infectés par voie centrale, montrent que le virus de la maladie de Borna produit dans l'organisme animal le processus de *septinévrite* (dissémination centrifuge des germes, invasion du virus dans le système nerveux périphérique par la voie nerveuse, avec point de départ le névraxe, et production de lésions de névrite périphérique descendante).

L'évolution biologique de la dermo-réaction à la cholestérine. — MM. LOEPER et A. LEMAIRE.

Le pouvoir cholestérolytique du sérum humain normal et pathologique. — MM. LOEPER, A. LEMAIRE et A. LESURE.

La résorption dans les tissus de la cholestérine. — MM. Loeper, A. Lemaire et J. Tonnet. Les auteurs étudient le mécanisme de la dermo-réaction à la cholestérine qu'ils préconisent comme test des tendances précipitantes d'organisme déterminé.

Chez l'animal, la cholestérine en solution huileuse ne détermine aucune réaction histologique; la cholestérine colloïdale se transforme rapidement *in situ* en cholestérine cristallisée. Certains sérums humains possèdent un pouvoir dissolvant très net pour de la cholestérine. Le fait le plus remarquable est l'augmentation de ce pouvoir cholestérolytique sous l'influence de l'insuline. L'intradermo est le plus souvent négative quand le pouvoir cholestérolytique est accru.

Les auteurs ont obtenu des résultats concordants en étudiant la résorption de cholestérine colloïdale déposée en sac de collodion dans le péritoine; elle est accrue par la cure insulinique et paradoxalement par la dégénérescence hépatique expérimentale.

La perte de poids provoquée par une alimentation suffisante au point de vue calorique, mais insuffisante en protéines. — M. Charles Richet fils. Sur 25 personnes mises pendant une dizaine de jours à une ration suffisante en calories mais n'ayant qu'une quantité de protéines très insuffisante pour couvrir leurs besoins, l'auteur a observé 17 fois une diminution de poids, 6 fois une augmentation de poids et 2 fois un poids rigoureusement stationnaire. La perte moyenne de poids par personne et par jour était de 25 grammes.

Le réflexe énophtalmique. — MM. Charles Richet fils et Velter décrivent, sous ce nom, le réflexe suivant, constant chez le lapin : l'excitation mécanique thermique ou électrique de l'oreille externe détermine de l'énophtalmine avec diminution de la fente palpébrale, vaso-dilatation de la conjonctive palpébrale. L'excitation du bout central du nerf auriculaire détermine des phénomènes comparables mais plus intenses, avec souvent modifications pupillaires et parfois diminution de la tension oculaire. Ce réflexe n'est que l'exagération d'un phénomène s'exerçant normalement, car la section du nerf qui supprime ce réflexe détermine ces phénomènes inverses (exophtalmie, élargissement de la fente palpébrale, mydriase fréquente mais non constante).

De l'emploi de l'antivirus streptococcique dans la laryngite tuberculense. — MM. Tikhsomeroff et Goldenberg, étant donné l'importance bien connue des infections secondaires dans la laryngite tuberculeuse ont eu l'idée d'immuniser leurs malades localement au moyen de l'antivirus streptococcique utilisé en vaporisation.

Le nombre des malades traités (83) n'est peut-être pas assez élevé pour permettre de porter un jugement définitif sur la valeur du traitement employé. Il montre la possibilité de combattre les infections secondaires, accompagnant la tuberculose laryngée et de préserver, le cas échéant, contre cette dernière les sujets déjà atteints de tuberculose pulmonaire.

Ils estiment que dans la laryngite tuberculeuse l'immunisation locale au moyen des antivirus doit précéder le traitement du processus tuberculeux proprement dit.

Nouveaux cas de fièvre typhoïde traités avec succès par le sérum antigangréneux. — M. Weinberg rapporte deux nouveaux cas de fièvre typhoïde grave, avec présence du *B. perfringens* dans le sang, et prolifération intense de cet anaérobie dans les selles. Dans les deux cas, l'administration du sérum antigangréneux a été suivie d'une défervescence rapide de la température, et de l'amélioration de l'état général des malades.

Le *B. perfringens* qui passe dans le sang ne provoque pas toujours une septicémie. Mais la présence, en grande quantité, de ce microbe dans les selles des typhiques amène une intoxication qui se surajoute à l'intoxication typhique et aggrave le pronostic. M. Weinberg conseille la recherche systématique des microbes anaérobies dans les selles des typhiques, et l'administration immédiate du sérum antigangréneux dès qu'on a constaté la présence de ces germes dans le sang ou leur prédominance dans les selles.

Zona et varicelle. — MM. Netter, Urbain et Lamy ont observé un cas de varicelle chez un enfant de quinze jours après la survenue d'un zona chez le père de cet enfant. Les réactions de fixation faites avec les croûtes du zona et de varicelle et les sérums des deux malades, ont montré une réaction croisée. Les taux sont plus élevés chez le père à la période de convalescence de l'éruption, que chez le fils qui était en pleine période d'état; — d'autre part les unités d'anticorps des deux malades sont plus élevées pour les croûtes de varicelle que pour celles du zona; faits déjà retrouvés dans les recherches antérieures des trois auteurs.

Au sujet de la transmission de la fièvre scarlatine par les livres. — Mme B. Fejgin présentée par M. Urbain montre que les livres maniés par des malades scarlatineux peuvent être porteurs de germe et sont capables de contribuer à la propagation de la fièvre scarlatine. Les ensemencements ont donné dans presque tous les cas des streptocoques hémolytiques agglutinés par les sérums de lapins immunisés avec un streptocoque scarlatineux. Il importe donc que l'on soumette les livres à une désinfection rigoureuse.

Données nouvelles sur la physiologie du foie des poissons. Rapport du poids du foie au poids du corps. — M. Millot montre que le rapport varie dans des proportions considérables selon les conditions alimentaires et les conditions génitales. Ces variations sont essentiellement dues à une augmentation ou à une diminution de la quantité de graisses non saturées contenues dans l'organe hépatique.

La culture « in vitro » des villosités placentaires humaines. — M. Champy, partant de villosités placentaires prélevées au cours d'une opération pour grossesse tubaire datant de cinq semaines, a réussi à cultiver *in vitro* l'épithélium de Langhans en culture pure et à en obtenir des passages successifs.

Le syncitium n'a pas de puissance propre de prolifération. Il est produit en réalité par les cellules de Langhans. Celles-ci peuvent présenter grâce à leur ectoplasme hyalin des mouvements très vifs qui expliquent la présence souvent constatée des cellules fœtales loin du placenta dans le muscle utérin.

Immunisation expérimentale par voie digestive contre le bacille typhique. — MM. P. Lesbre et Grand Claude démontrent que chez le lapin, la technique qui leur a permis d'immuniser cet animal contre le bacille paratyphique B est également efficace avec le bacille typhique. L'antigène est constitué par une culture de bacille typhique soumise à trois opérations consécutives de congélation et de décongélation; centrifugée; après décantation du culot microbien le produit toxique a été neutralisé par addition de formol à 5 p. 1000 et vieillissement à l'étuve, La protection a été constante et complète, ce qui confirme les efficacités de cette méthode générale de vaccinothérapie digestive préconisée par Lesbre contre les virus entérotropes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic chirurgical, par W.-M. Stern, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de chirurgie. Un volume de 1.238 pages, avec 675 figures dans le texte, en noir et en couleurs. — Prix : 130 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ MODIFIANT LES ARTICLES 225 BIS, 227, 229, 230, 231, 233, 234 DU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS (1)

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX

ART. 233. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement ne pourra pas prendre part au concours de stomatologiste des hôpitaux pendant plus de dix ans à compter du jour de sa première inscription.

Epreuves d'admissibilité. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours de stomatologiste des hôpitaux se compose de cinq stomatologistes, d'un médecin et d'un chirurgien des hôpitaux tirés au sort parmi les stomatologistes titulaires, les médecins et les chirurgiens chefs de service en exercice et honoraires, ainsi que parmi les stomatologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury, une demande régulière de congé de maladie, tout stomatologiste titulaire, médecin ou chirurgien chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'aura désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury du concours de nomination, à ouvrir à la suite de ce concours d'admissibilité et à la suite du concours d'admissibilité suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité, les dispositions de l'article 196 du règlement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Les épreuves d'admissibilité du concours de stomatologistes des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale interne ou externe, pour laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux.

La lecture des copies sera faite par un stomatologiste des hôpitaux désigné par l'administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultations écrites anonymes (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en main les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Epreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général ;

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats. Deux censeurs choisis parmi les stomatolrgistes des hôpitaux sont chargés ;

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

Les censeurs sont tirés au sort parmi les stomatologistes des hôpitaux. A moins de raisons majeures, ils doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat a trente minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle où siège le jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection dentaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la même manière que pour l'épreuve de consultation écrite anonyme prévue au paragraphe précédent.

Il est accordé au candidat, pour cette épreuve, trente minutes pour l'examen du malade et trois quarts d'heure pour la rédaction de sa consultation.

Elimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité. — A l'issue des épreuves d'admissibilité le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'épreuve théorique anonyme et aux deux épreuves de consultation écrite anonyme.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à trois pour une place et cinq pour deux places; il pourra être ramené à deux ou à quatre si le nombre des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité est inférieur à six ou à dix suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

Dans le cas ou deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex-æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux épreuves acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours; si, à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore classées *ex-æquo*, il sera fait application en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne soumettent pas à l'obligation de participer au service des remplacements pendant la période des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

ART. 234. — *Epreuves de nomination.* — Sont admis à prendre part aux épreuves de nomination :

1° Les admissibles définitifs ;

2° Les admissibles du concours de l'année.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Le jury des épreuves de nomination est constitué par un nouveau tirage au sort dans les mêmes conditions que le jury des épreuves d'admissibilité. Les noms des juges ayant fait

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 6, p. 98.

partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire; il est accordé au candidat quinze minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon;

2° Une épreuve orale théorique de prothèse. Pour cette épreuve le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Quinze minutes sont accordées au candidat pour faire sa leçon, après quinze minutes de réflexion;

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'affection dentaire. Il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction de sa consultation; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite anonyme : 30 points;

Pour la première épreuve de consultation écrite anonyme : 20 points;

Pour la deuxième épreuve : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour la première épreuve orale théorique : 20 points;

Pour la deuxième épreuve orale théorique de prothèse : 20 points;

Pour la consultation écrite : 30 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat ayant obtenu avant la mise en vigueur du présent règlement une ou plusieurs admissibilités doit acquérir une admissibilité supplémentaire pour être déclaré admissible définitif.

NOTES DE PRATIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté, puis prescrire :

Le 1er jour, bromhydrate de quinine (1 g. à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le 2e jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, 3 à 4 cachets pro die de Théosalvose caféinée ou spartéinée à 0g50 (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

LIVRES NOUVEAUX

Essais de psychanalyse (1) : I. *Au delà du principe du plaisir*; — II. *Psychologie collective et analyse du moi*; — III. *Le Moi et le Soi*; — IV. *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*; — V. *Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique*, par le docteur Sigm. Freud, professeur à la Faculté de médecine de Vienne. Traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur par le docteur S. Jankélévitch.

Ce livre contient les essais les plus caractéristiques du célèbre psychiatre viennois.

Les hypothèses formulées par le créateur de la psychanalyse ouvrent sur la vie psychique des aperçus inattendus. Qu'il s'agisse de psychologie individuelle, comme dans les

(1) In-8 de la Bibliothèque scientifique. — Prix : 20 fr.; franco, 22 fr. (France); 24 fr. (Etranger). — Paris, Payot.

essais intitulés *Au delà du principe du plaisir*, et *Le Moi et le Soi*, ou de psychologie collective, comme dans l'essai ayant pour titre *Psychologie collective et analyse du moi*, l'auteur s'efforce à ramener la vie psychique à ses éléments les plus primitifs, à la limite où le psychique se confond avec le biologique.

Les événements de la dernière guerre ont fourni à l'auteur l'occasion et le prétexte de réfléchir au problème de la mort, et l'essai intitulé *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* résume ses idées sur ce sujet.

Le dernier essai, enfin, intitulé *Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique*, nous fait assister à la naissance, au développement et à la diffusion de la doctrine, avec ses multiples vicissitudes et ses nombreuses dissidences.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMON DES GAINES SYNOVIALES PALMAIRES [1]

EVOLUTION

I. Cas heureux où le traitement a été précoce et large :

Le tendon ne s'élimine pas et se recouvre de bourgeons charnus.

Malgré tout, la cicatrice est adhérente et le **tendon** bien qu'intact **adhéré** aux tissus voisins et son **jeu** reste **gêné**.

II. Dans la majorité des cas : le tendon **s'élimine**. Processus interminable : le doigt devient inutilisable; appendice rigide, ankylosé en flexion plus ou moins accentué, butant douloureusement contre tout ce qui l'entoure.

III. **Non traité**. — L'évolution peut encore être plus grave du fait des **complications**.

A. Locales. — 1° Ouverture spontanée — Fluctuation apparaît sur le bord du doigt.

Issue de pus épais abondant, de débris de tendon nécrosé.

L'ankylose est certaine.

2° Phlegmon diffusé. — La douleur reprend.

Tuméfaction considérable de l'avant-bras.

Lymphangite énorme.

La température oscille.

Pronostic très grave : discuter l'amputation.

3° Atteinte de l'autre gaine. — **Phlegmon total**, très fréquent.

Doigts en griffe, fléchis.

Paume énorme, dure, tendue.

Douleur au bord externe de l'éminence hypothénar.

Gonflement antibrachial énorme.

C'est surtout dans cette forme que l'on rencontre :

L'arthrite suppurée du poignet que l'on doit rechercher, car, au milieu de ce tableau surchargé, elle se constitue à bas bruits.

Les hémorragies secondaires.

La névrite du médian.

4° Complications ostéo-articulaires. — Se constituent **à bas bruit**.

Rechercher : les craquements, les mouvements de latéralité.

Renforcent encore les chances d'ankylosés.

Explorer au stylet les foyers osseux, qui entretiendront la suppuration.

5° Adénophlegmon de l'aisselle.

B. Générales. — *Septicémie* : endocardite maligne.

Pyohémie avec métastases : pleurésie purulente.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 5, p. 86.

Accidents nerveux chez les alcooliques.

Apparition du **coma** chez les **azotémiques**, les **diabétiques**.

PRONOSTIC

Grave. — **Au point de vue fonctionnel**. — Longue immobilisation : deux-trois mois.

Ankylose du pouce et quelquefois du poignet.

Peut aller jusqu'à 40 p. 100 d'invalidité, au cas du pouce droit, dans les accidents du travail.

Au point de vue vital par septicémie, pyohémie.

FORMES CLINIQUES

Phlegmon de l'auriculaire. — Vu avec le phlegmon total.

Phlegmon des doigts moyens. — Moins fréquent.

Moins grave parce qu'il : n'atteint pas la main ni les autres doigts; reste segmentaire.

Même symptomatologie.

Même pronostic fonctionnel.

DIAGNOSTIC

1° **Point important**. — Non pas le confondre, mais le reconnaître très précocement.

2° **Le signe qui fait le diagnostic**. — **Crochet irréductible** du doigt, **atrocement douloureux** à toute tentative de redressement.

3° **On élimine facilement**. — *a*. Le plegmon sous-cutané :

Le doigt libre qui peut être redressé.

b. Le phlegmon de Dolbeau.

4° Difficile est le diagnostic avec le **phlegmon lymphangitique profond**. En fait ce diagnostic a peu d'intérêt pratique, car c'est une affection rare et qui en général s'accompagne d'atteinte des gaines.

Théoriquement. — Gonflement plus diffus.

Grosse adénopathie.

Tuméfaction considérable.

Extension possible.

Pas de griffe.

Abcès dorsaux multiples.

TRAITEMENT

Préventif. — Capital : tout **panaris superficiel**, ou sous-cutané doit être **traité précocement** et **largement**.

Curatif. — **Phlegmon des doigts extrêmes**. — Mise à plat de la gaine de bout en bout après avoir sectionné le ligament annulaire antérieur, coupé l'arcade palmaire superficielle entre deux ligatures; et recliné le médian.

Si l'on a affaire à la gaine radiale laisser un pont de tissu thénarien pour le rameau thénarien.

Panser à plat sans drain, ni mèche vaccinothérapie.

Phlegmon des doigts moyens. — Mettre la gaine digitale à plat. Pansées à plat.

Arthrite suppurée. — Arthrotomie ou résection.

Phlegmon diffusé. — Discuter l'amputation.

Séquelles. — Ankylose du pouce : être conservateur à outrance à cause de la pince palmaire.

Excision de cicatrice. Opérations plastiques. Greffes.

Ce n'est qu'après avoir tout fait pour le conserver et si le doigt est plus qu'inutile, c'est-à-dire gênant, qu'on envisagera la désarticulation.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours des prix de l'internat. — *Chirurgie et accouchements.* — Notes : MM. Galtier, 52; Leibovici, 49; d'Aubigné, 59; Redon, 54; Sauvage, 52.

Epreuve supplémentaire. — Ont obtenu : MM. Sauvage, 14; Galtier, 16.

La médaille d'or est attribuée à M. d'Aubigné; la médaille d'argent à M. Redon; l'accessit à M. Galtier.

— Concours d'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1928 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mardi 13 mars 1928, à 10 h. du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du lundi 13 février au lundi 27 février inclusivement.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Ont été nommés :

Chef de clinique à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, M. le docteur Nectoux (René).

Aide de clinique titulaire au même établissement, M. le docteur Jourdy (Pierre).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil de la Faculté a voté :

Le maintien de la place d'agrégé de médecine générale, laissée vacante par la nomination du professeur Petges ;

La transformation de la place libre d'agrégé de médecine légale en celle d'agrégé de dermatologie et syphiligraphie;

La déclaration de vacance de la place d'agrégé d'ophtalmologie, par suite de la nomination du professeur Teulières.

— Lyon. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur Desjacques.

UNION MÉDICALE FRANCO-IBERO-AMÉRICAINE (UMFIA). — L'*UMFIA* vient de tenir samedi dernier son *assemblée générale annuelle.* Au bureau avaient pris place : MM. Dartigues, président fondateur, accompagné de M. Bandelac de Pariente, vice-président fondateur; M. R. Molinéry, secrétaire général, rédacteur en chef du *Bulletin de l'UMFIA*; M. Berry, secrétaire adjoint; M. Digeon, trésorier; M. Dausset, secrétaire des séances.

Membres présents : MM. Glénard, Bruder, de Parrel, du Pasquier, Raymond Torné, Piatot, Garcin, Truelle, Ray. Durand-Fardel, Desfosses, Vitoux, Lucien Hahn, Mlle Hahn, MM. Debidour, Pierre Molinéry, Dardel, Cambiès, Maurel, Barbier, David de Prades, Foveau de Courmelles, Baqué, Prost Pino-Pou, Noir, Rivière, Rafael Sedano Acosta, Pierre Mourgues, Paul Chaumeil, Jaime de Pariente, Caroli, Zarzicki, Péribère, Ortéga.

Après la lecture du procès-verbal par M. le secrétaire général, M. Digeon donne l'exposé financier de la Société et fait ressortir l'admirable progression des cotisations. M. Digeon annonce alors que, trop absorbé actuellement, il donne sa démission. M. le président fait applaudir la belle gestion de M. Digeon qui prit une succession difficile et annonce que le docteur David de Prades, trésorier-adjoint, est nommé en remplacement de M. Digeon. M. Cambiès est désigné comme trésorier-adjoint.

Le secrétaire général met au point la question de la Jeune UMFIA. Le bureau provisoire de ce jeune groupement s'est réuni au siège social et après avoir adopté les statuts qui lui ont été proposés par le Bureau général, présente à

l'assemblée comme président : M. Lapeyre, interne des hôpitaux; comme vice-présidents : MM. Caroli, interne des hôpitaux; Jaime de Pariente, externe des hôpitaux; Marc, externe des hôpitaux; Paul Chaumeil, étudiant en médecine. Comme secrétaire général, Mlle Suz. Roule est maintenue par acclamations; M. Pierre Molinéry, secrétaire-adjoint; trésorier, M. Pierre Mourgues, externe des hôpitaux; Mlle Hahn, externe des hôpitaux, archiviste. Membres du Conseil d'administration : MM. Boudreau, Guillaumat, Jaudin, externes des hôpitaux de Paris; Pierra, Tantin et Roy, étudiants en médecine.

M. Molinéry annonce, officiellement, à l'assemblée générale que le Ministère des affaires étrangères a accordé son haut patronage à l'UMFIA; que la reconnaissance d'utilité publique, proposée par le Conseil d'administration, ne sera poursuivie qu'autant que l'assemblée générale en aura statué.

Il est donné lecture d'une lettre du Bureau à M. Albert Thomas, en réponse à une note parue dans *le Temps* du 5 janvier. La Société des Nations établit une vaste enquête pour connaître les Sociétés scientifiques qui ont favorisé les échanges de maîtres et d'étudiants. L'UMFIA est depuis 1912 l'une de celle qui a mis à l'ordre du jour de son programme l'*intercambio de los professores*.

Entrée de l'Italie dans l'UMFIA : Cette importante question, qui fut nettement exposée par le secrétaire général, amena une discussion générale où successivement prirent la parole MM. Bruder, Noir, Foveau de Courmelles, Desfosses, Garcin, de Parrel, Du Pasquier, Digeon, Bandelac de Pariente. Le docteur Dartigues dirigea les débats avec une très grande autorité et sur une remarque de M. Digeon, s'appuyant sur les statuts, fit adopter la motion suivante de M. Molinéry :

« L'Union médicale franco-ibero-americaine (UMFIA), réunie statutairement en assemblée générale, décide que le Bureau convoquera, dans les délais voulus, une assemblée générale extraordinaire en vue de modifier les statuts afin de faire à l'Italie, au sein de notre association, la place qu'elle mérite; mandate le bureau pour étudier toutes autres modifications statutaires qu'il jugera utile de présenter à l'assemblée extraordinaires. » Des applaudissements unanimes accueillirent cette déclaration.

Dès maintenant, l'assemblée ratifie l'adhésion des professeurs et médecins italiens qui ont donné leur nom à M. Molinéry, lors de son voyage en Italie, voyage au cours duquel il exposa le programme de l'UMFIA à diverses personnalités.

M. Desfosses donne le compte rendu de la vie du Comité des « Dames de l'UMFIA » qui, sous la présidence de Mme Tuffier, étudie les moyens les plus pratiques de donner le plus de temps possible aux compagnes de nos collègues umfistes venant qui d'Espagne, qui de République Argentine, etc.

Il est demandé à l'assemblée générale de ratifier la candidature des 819 membres nouveaux entrés au cours de 1927 dans notre Union. Des félicitations sont votées à MM. Dartigues, Bandelac de Pariente, Turo, à Mlle Roule, à M. Molinéry, à MM. Jaime de Pariente, Berry, Reimburg, qui se font, avec de nombreux membres de la Société, les ardents propagandistes de l'UMFIA.

L'assemblée donne mandat à MM. Bruder, Livet, Grimberg de choisir les dates des dîners amicaux qui se tiendront en février, avril, octobre; mai et décembre étant réservés aux grands dîners de printemps et d'automne.

MM. Desfosses, Berry, Glénard, Bandelac de Pariente, Dartigues exposent un projet de *Maison de l'UMFIA* qui sera la *Maison de l'Union médicale latine*.

L'UMFIA est invitée à participer aux fêtes qui doivent célébrer à Tunis le XXVe anniversaire de l'arrivée du professeur Charles Nicolle à l'Institut Pasteur de notre Protectorat. M. Dartigues se rendra aux *Journées médicales du Maroc*.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Conseil d'administration du S. M. S., dans sa séance de janvier, a renouvelé son bureau qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1928 :

Président : M. Hartenberg; vice-présidents : MM. L. Boyer et Hartmann : secrétaire général : M. Barlerin; secrétaire adjoint : M. Jolly; trésorier : M. A. Lévy; directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal : M. Coldfy.

CENTRE CONTRE LE CANCER DE BORDEAUX. — M. le docteur Mathey-Cornat, ex-interne des hôpitaux et chef de clinique à la Faculté, est nommé chef de laboratoire au Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest (Fondation Bergonié).

DANS LA PRESSE MÉDICALE. — Nous apprenons que notre confrère le docteur René Mignot, ancien chef de clinique à la Faculté, devient rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Defossez (de Tourcoing) et Louis Bonnet (de Tours), médecin inspecteur du service de santé (réserve).

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS (13, rue Moreau). — A partir du 5 février 1928, le docteur J. Chaillous, médecin de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, fera, chaque dimanche, à dix heures, à cette clinique, une présentation de malades atteints des affections oculaires que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique. Ces leçons, gratuites, sont surtout destinées aux médecins praticiens et aux candidats au doctorat.

Pendant les mois de juin et de novembre 1928, le docteur J. Chaillous fera un enseignement pratique de clinique ophtalmologique. Chaque élève sera exercé à prendre l'observation du malade examiné. Cet enseignement aura lieu les mardis, jeudis, samedis, de 4 à 5 heures. (Les observations pourront être rédigées en anglais et en espagnol). Le nombre des élèves est limité. On est prié d'envoyer les adhésions au docteur Chaillous, 13, rue Moreau.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — Au début de la séance du jeudi 2 février prochain, à 17 h. précises, M. Faure-Frémiet, sous-directeur du Laboratoire d'embryogénie au Collège de France, fera une conférence sur le sujet suivant : « La culture des tissus et ses applications au problème du cancer. »

Cette conférence publique aura lieu au siège habituel de la Société, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

REVUE GÉNÉRALE

L'URÉMIE TOXIQUE

PATHOGÉNIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE [1]

Par le docteur A. PUECH,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Le mécanisme rénal de l'acidose. — L'acidose de la néphrite reconnaît une *toute autre signification physio-pathologique que l'azotémie*. Son mécanisme, même à ne considérer que le trouble du fonctionnement rénal, paraît complexe.

1. Le trouble rénal peut entraîner la *rétention de substances acides*. Le rein dont la fonction est d'éliminer plus d'acides que de bases a perdu sa propriété. La rétention des résidus acides retenus au même titre que l'urée attaquerait la réserve alcaline [Dautrebande (61)] [2]. On a essayé de mettre le fait en évidence: par l'étude du rapport $\frac{\text{acidité libre}}{\text{acidité totale}}$ (W. Palmer) constituant l'indice de capacité du rein à éliminer les acides; ou par ce fait que la concentration du pH du sang se rapproche d'autant plus de celle de l'urine que les reins sont plus lésés. A la suite d'ingestion d'acide phosphorique le rein normal augmente sa concentration en ions H : c'est l'épreuve de l'élimination acide provoquée de Jeanbrau, Cristol (72) et Bonnet (24); la modification urinaire ne se produit pas si le rein est malade.

2. Les *phosphates* jouent un rôle dans le maintien de la réserve alcaline. L'acide phosphorique est dans le sang à l'état de phosphate surtout bimétallique et un peu monométallique; or le rein élimine l'acide phosphorique sous la forme monométallique, de sorte qu'il y a pour l'organisme un gain de moitié de bases (Henderson). Dans les néphrites graves le *rein cesse d'éliminer ce phosphate monosodique*. On constate une augmentation en phosphates inorganiques par rapport aux phosphates totaux qui eux sont augmentés (Mariott et Howland, M. P. Weill ou Guillaumin) ou diminués suivant les cas [Fetter [3]]; de toute façon l'excrétion des phosphates de l'urine est faible, leurs variations conditionnant celles du pH urinaire (pour pH 4,4 tout l'acide phosphorique est presque exclusivement à l'état monométallique; pour pH 8 à l'état bimétallique).

3. La production d'ammoniaque par les reins intervient dans le maintien de l'équilibre acide-base. Les travaux de Nash et Benedikt (100) d'Ambard et Schmid (9) ont montré que l'ammoniaque excrétée par les urines est produite par le rein. Mais alors que Nash et Benedikt admettent la participation des cellules rénales à cette formation, Ambard et Schmid en font simplement un phénomène physico-chimique de dédoublement de l'urée par les alcalis. *La moindre altération du rein entrave l'élimination de l'ammoniaque* par « *trouble de l'uréogénie rénale* » [Achard (2)].

On met ce trouble en évidence par l'*épreuve de l'ammoniurie provoquée* (Derrien, Olivier (107), Jeanbrau et Cristol, Bonnet (24) : l'ingestion d'un acide minéral comme l'acide phosphorique provoque une hyperammoniurie sans baisse de la réserve alcaline du sang. Elle fait défaut si le rein est touché. Le trouble de la fonction ammonio-productrice du rein peut être très précoce précédant de longtemps l'apparition de la baisse de la réserve alcaline.

4. Enfin l'acidose serait liée, tout au moins dans certains cas, à la *rétention chlorée sèche*, à cause de la rétention élective de l'ion acide et de l'élimination de l'ion basique : c'est la *chloro-acidose* avec hyponamétrie » de Blum et Delaville (23). Chez tout individu on baisse la réserve alcaline par le régime salé et on l'élève par le régime déchloruré [Ambard, Schmid et Adnot (10)].

Mais l'alcalipénie seule est incapable d'expliquer l'acidose; les chiffres qui expriment la réserve alcaline ne correspondent pas aux disproportions trouvées entre Na et Cl dans le sang. Aussi Blum avait incriminé des modifications quantitatives et qualitatives des protéines du plasma.

Ambard donne de ce fait une explication beaucoup plus générale et qui peut convenir à tous les cas, quel que soit le primum movens du processus pathologique. Il admet, en effet, que ce n'est pas le pH du sang qui règle la ventilation pulmonaire, mais la charge du système nerveux en Hcl; la ventilation pulmonaire devenant d'autant plus active que cette surcharge est plus forte. D'où augmentation du Co^2 sanguin et baisse de la réserve alcaline [Ambard, Schmid, Arjovljevitch (11)]. C'est ce qui se produira chaque fois que Cl sera en excès sur Na, Cl se combinant aux protéines à l'état de Hcl. Cette éventualité s'observe dans la rétention chlorée sèche, et aussi dans les organismes où la concentration de NaCl des humeurs étant initialement normale, le taux des acides sanguins augmente (azotémiques) [1].

En définitive, *la chute de la réserve alcaline serait l'indice d'une surcharge de l'organisme fixé en chlore aux protéines.*

Les mécanismes par lesquels la néphrite peut aboutir à l'acidose sont donc multiples, et peuvent d'ailleurs se combiner.

Les troubles extra-rénaux dans l'urémie. — Ils sont de deux ordres : les uns agissent dans le même sens que le fait l'imperméabilité rénale; les autres, les plus importants, se traduisent par des modifications plus ou moins importantes de la nutrition. Il suffit de rappeler les *facteurs* bien connus

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 4, p. 53, et n° 6, p. 93.

(2) Les Allemands qui, nous l'avons dit, insistent sur la rétention des substances aromatiques, opposent le coma urémique ou coma aromatique (rétention d'acides aromatiques) au coma diabétique, ou aliphatique.

(3) L'augmentation de ces derniers étant liée au défaut de sécrétion rénale, leur abaissement était dû à ce fait que AzH^3 cessant d'être excrété en quantité suffisante, l'organisme utilise au maximum les phosphates pour l'excrétion des acides.

(1) En effet, « du fait que le plasma contient comme sels neutres une quantité prépondérante de NaCl, toute augmentation d'acide (moins fort que HCl), et quelle que soit la nature de cet acide, change invariablement les bases au HCl » [Rathery, Trocmé et J. Marie (116)].

d'hyperazotémie autres que l'imperméabilité rénale. Ils sont représentés par l'*excès d'apport* d'albumine exogène, alimentaire, l'*hyperproduction* de substances azotées par désassimilation tissulaire exagérée; les *troubles de l'élimination* azotée surtout : troubles circulatoires, oligurie, affections et compressions urétérales ou urétrales qui créent de *fausses insuffisances rénales* (Cottet [45]). Ces troubles de l'élimination, en effet, sont susceptibles d'influencer les résultats de la constante d'Ambard et des épreuves d'élimination des colorants; l'oligurie, en particulier, a des effets d'autant plus accentués que le rein a une concentration maxima plus basse (Legueu, Ambard et Chabanier [79], Chabanier, Marquézy et Lobo-Onell [38]. C'est ce qui se produit par exemple dans les néphrites aiguës ou dans la néphrite azotémique et hypertensive en cas de fléchissement cardiaque, chez les cardio-rénaux [1].

Les azotémies mécaniques sont caractérisées comme l'insuffisance rénale par trouble sécrétoire, par la rétention de l'acide urique et de l'urée; elles ne s'accompagnent pas d'hypercréatininémie ni d'aucun trouble du métabolisme. Nous y avons vu notamment le taux des polypeptides y rester rigoureusement normal.

Le second groupe de troubles extra-rénaux est le plus intéressant.

Signalons tout d'abord les *répartitions pathologiques observées dans les substances retenues* dans le sang. Ainsi, l'augmentation de l'acide urique porte non seulement sur l'acide urique libre, mais sur l'acide urique combiné organique, surtout dans les néphrites graves [Cristol et Nikolitch (104)]. De même en ce qui concerne la créatinine. Normalement, il y a plus de créatinine dans les globules que dans le plasma. Aux limites de la créatininémie, il en est encore ainsi; mais plus tard on voit une diminution relative de la créatinine des globules par rapport à celle du plasma jusqu'à égalité entre les deux variétés dans les formes anciennes et graves, par véritable diminution de la perméabilité des globules rouges [2] (Boukovala [25]). Enfin, on constate que tandis que chez le sujet normal, la créatinine préformée représente environ le tiers de la créatinine totale, chez le grand azotémique, elle en représente les deux tiers. Il semble que la créatinine retenue se transforme en partie dans l'organisme et vient accroître le taux de la créatinine (Weill et Landat [142]).

Blum signale que dans certaines néphrites le Cl du sang qui, normalement, est ultrafiltrable devient en partie non ultrafiltrable.

Les albumines du plasma peuvent être modifiées. Teissier a insisté à plusieurs reprises sur leur baisse dans les néphrites (123, 131), qui peut exister en dehors de tout œdème du sang [Linder, Lundsgaard et Van Slyke (83)]. Mais en fait, l'albuminose est très variable, le plus souvent normale ou même très forte sans rapport avec l'azotémie ou la gravité du cas. Il en est de même du taux réciproque de la sérine aux globulines [A. Puech (113)] [1].

Par contre, on observe presque constamment dans les néphrites, azotémiques ou non un certain degré de *fragilité des protéines du plasma* [Puech et Cristol (114)], qui est à rapprocher de l'augmentation de l'activité peptique du sérum trouvée en pareil cas par Loeper et Debray (89) ou de la rétention de ferments albuminolytiques [Klein (74)].

La *molécule albuminoïde* elle-même n'aurait plus sa composition normale. Bierry, Rathery et Debray (18) ont insisté sur l'augmentation du sucre combiné aux albumines ou sucre protéidique [2]. *L'hyperprotéidoglycémie*, nettement indépendante de l'intensité de la lésion rénale comme le prouve l'exploration fonctionnelle du rein, comporte un pronostic grave, fatal à partir de 2 gr. p. 100 (normalement 0g60 à 0g80). Les rapports du carbone au sucre protéidique, du carbone protéidique au carbone résiduel, très fixes à l'état normal sont modifiés en pareil cas.

L'*apparition de substances intermédiaires du métabolisme* est encore la signature des troubles de la nutrition dans les néphrites. La « dysazotémie » pour employer le mot heureux de Lian et Clogne (87) reconnaîtrait essentiellement pour origine un mécanisme extrarénal. Le seul trouble de la perméabilité rénale ne peut provoquer d'augmentation tout au moins suffisamment marquée de l'azote résiduel dans le sang ou mieux de ses constituants uréifiables : acides aminés, polypeptides, ainsi que tous les corps azotés à molécule plus élevée que nous avons signalés à propos de la pathogénie de l'urémie. Il en serait de même parfois ainsi de la créatinine : Turriès (133) a trouvé dans deux cas l'hypercréatinémie chez les cirrhotiques sans hyperazotémie concomitante.

En ce qui concerne l'acidose, Chabanier et Mlle Libert (42) admettent qu'elle peut être liée à un trouble du métabolisme des protéiques : les polypeptides, etc., contenant des valences acides; à quoi Blum objecte qu'il s'agit là de substances amphotères dont la réaction dépend du milieu où ils se trouvent.

Dans la conception, exposée plus haut, de l'urémie due à la nature anormale des substances mises en circulation dans l'organisme, le rein ne jouerait plus qu'un rôle « secondaire, et en quelque sorte conditionnel » [Chabanier (33)]. Chabanier qui soutient cette manière de voir (37) fait remarquer qu'il n'y a pas de rapport entre l'apparition des accidents et l'altération de la constante uréo-secrétoire, témoin le plus précieux du fonctionnement rénal. Hyperpro-

(1) Josué et Parturier ont décrit sous le nom de « faux cardio-rénaux » ces cardiaques chez qui l'oligurie détermine tous les symptômes de l'insuffisance rénale. La diurèse par les toni-cardiaques les fait disparaître et l'exploration fonctionnelle du rein, possible alors seulement, montre l'intégrité de celui-ci.

(2) Celle-ci est fonction de la teneur en cholestérine et en CO^2 du sang. L'augmentation de la cholestérine, la diminution du CO^2 la diminuent.

(1) Pour Blum et van Caulaert, nous l'avons vu, la concentration du sang en protéines est caractéristique de la rétention chlorée sèche. L'augmentation relative des globulines, qui est surtout le fait des néphrites avec œdèmes [Govaerts (66)], peut se voir aussi dans la néphrite sèche.

(2) Nous avons indiqué plus haut que l'augmentation de la glycémie sucre libre est indépendante de la rétention et paraît liée à un trouble de la nutrition en rapport avec l'acidose.

duction de corps anormaux, absence de destruction de ceux-ci, rétention par un rein déficient, tel serait le mécanisme des accidents urémiques.

La destruction intense de l'albumine endogène explique la fonte musculaire de ces malades (Widal). Dans un cas récent d'azotémie aiguë, Lemierre, E. Bernard et Lambling (85) ont vu un malade à la diète, éliminer en quatre jours par ses urines 146gr60 d'urée, ce qui correspond à la désintégration de 420 grammes de protéines par jour. Pfeiffer (112) avait soutenu la théorie de l'intoxication par des substances complexes résultant de la protéolyse cellulaire. La polypeptidémie observée par nous en pareil cas, n'a pas, à notre avis, d'autre origine.

Encore faut-il que la dégradation tissulaire exagérée s'arrête à un stade anormal. Jaccoud admettait autrefois que le pouvoir oxydant du sang était affaibli [1]. C'est ici qu'apparaît surtout le rôle des organes à fonction antitoxique. Celui du foie est le plus important. Léon Bernard et Lœderich (17), Ribot (118), Teissier (131) ont insisté sur son importance dans le développement, la tolérance et l'évolution des néphrites et Debove avait décrit une urémie hépatique. La résistance à l'intoxication, au moyen d'une suractivité fonctionnelle aboutissant à une surcharge glycogénique considérable est aujourd'hui bien établie, de même que la disparition des réserves et l'altération de la cellule hépatique elle-même dans les cas d'intoxication azotémique intense. Il n'est pas jusqu'aux glandes à sécrétion interne qui n'aient été incriminées par Dopter, Gouraud et Dane (50), Rémond et Minvielle (117), Hogge (69).

En somme, dans l'urémie il y aurait défaillance des processus de défense par faillite des divers cellules qui sont chargées de la fonction antitoxique. Une preuve en serait, pour Klein (74) et les Allemands, l'apparition de phénol libre dans le sang, dont nous avons signalé, pour eux l'importance. Elle résulte de la perte du pouvoir de combinaison de l'organisme : soit que l'abondance des substances aromatiques rende impossible la conjugaison sulfurique ou glycuronique; soit que l'organisme ne dispose plus que d'une trop faible quantité de moyens de conjugaison par trouble du processus régulateur.

Parfois des influences septiques et toxiques [Hogge (69)], expliquent l'apparition brutale des manifestations pathologiques par trouble du métabolisme. Plus souvent « les poisons que le rein aurait dû éliminer ou neutraliser ont provoqué dans l'organisme une série de troubles secondaires et modifiant la nutrition [H. Roger (120)] ».

L'urée, chroniquement retenue en quantité considérable encrasse les cellules (Achard), entrave le libre jeu des fonctions organiques (Chabanier). L'acidose non compensée, dangereuse par elle-même, est « un trouble très général et très profond capable d'entraîner des perturbations au moins fonctionnelles de tous les organes, perturbations génératrices pour leur propre compte de troubles du métabolisme... A l'acidose semblent liés un retentissement général des processus d'oxydation ; par là (elle) peut entraîner l'accumulation de substances incomplètement métabolisées et toxiques (notamment pour le système nerveux), appartenant au groupe des polypeptides » (Delore).

Enfin, on pourrait, dans certains cas tout au moins incriminer des modifications humorales primitives avec lésions rénales secondaires. C'est la conception de Maragliano, de Teissier (131), de Chabanier (40). Teissier distingue la néphrite par barrage rénal primitif et rétention des éléments azotés au niveau du rein et la dégénérescence brightique, manifestation secondaire d'une désintégration tissulaire plus haute. Le sang y présenterait dès la première heure des modifications profondes de ses éléments constitutifs, les fonctions du rein pouvant rester conservées pendant un temps plus ou moins long.

Ces vues sont encore bien théoriques. Il n'en reste pas moins que le *terrain*, terrain primitif ou plus souvent secondaire à la néphrite, doit jouer un rôle important dans le déterminisme des réactions de l'organisme à l'insuffisance rénale. Il explique, en partie au moins les différences de tolérance dans l'urémie aiguë curable et dans l'urémie chronique et au cours de cette dernière les modalités cliniques et évolutives diverses observées pour un même degré d'imperméabilité rénale et lors de constatations biologiques sensiblement analogues. Il faut reconnaître qu'il s'agit là de notions encore incertaines. En somme on peut concevoir plusieurs mécanismes de l'urémie depuis celle où l'intoxication par ce qui aurait dû être l'urine selon la conception de Bouchard est au premier plan, jusqu'à celle où les troubles de la nutrition cellulaire expliquent les accidents, avec, cas le plus fréquent, tous les intermédiaires.

*
* *

On voit combien la question de l'urémie toxique est complexe :

1. *Au point de vue pathogénique*, l'intoxication urémique ne peut être attribuée à un poison chimique défini. Plusieurs éléments y contribuent : les produits de déchets endogènes, surtout azotés, le chlore, les troubles de l'équilibre acide-base; le mauvais fonctionnement d'un organisme dont le rein est insuffisant.

Sans doute n'y a-t-il pas « une », mais « des « intoxications urémiques. Il ne faut pas s'entêter, dit Castaigne (29), à rechercher quelle est la pathogénie de l'urémie, mais celle de chacune de ses formes bien spécifiées au point de vue clinique, et probablement bien différentes au point de vue pathogénique.

Etude d'ailleurs bien délicate et malgré tout assez théorique : parce que le même symptôme est retrouvé lors de constatations biologiques différentes et d'ailleurs le plus souvent associées; parce que

[1] Le métabolisme basal est généralement un peu augmenté. Mais les résultats sont inconstants et les modifications observées dépendent de trop de facteurs pour qu'on puisse tirer de déduction quelconque de ses variations [Labbé, Nepveux et Seligmann (77), Nonnenbruch (105), Sterling-Okuniewski et Wegierko (130)].

les susceptibilités individuelles sont bien différentes suivant les malades.

2. Au point de vue physio-pathologique il faut concevoir deux ordres de troubles biologiques dans l'urémie (Rathery) :

a. Les uns donnent une image très exacte de l'état fonctionnel du rein ([1]) et indiquent le degré de l'altération rénale ;

b. Les autres sont extrarénaux.

La néphrite azotémique telle que l'a décrite Widal et son école, telle que le mécanisme et l'exploration en ont été précisés par les travaux d'Ambard et de ses élèves auxquels il faut ajouter la notion de rétention en échelons (acide urique, urée, créatinine) des auteurs américains, la néphrite azotémique constitue le type bien défini, indiscutable et parfait, de l'insuffisance rénale par trouble de la sécrétion glandulaire.

L'acidose, de mécanisme plus complexe, s'explique en partie par un trouble fonctionnel rénal (rétention d'acides, troubles de la fonction ammonio-productrice), en partie par le retentissement de la lésion rénale sur l'organisme (rôle du chlore, trouble extrarénal producteur d'acides).

La signature des troubles extrarénaux est surtout donnée par les perturbations dans les éléments constituants du plasma ainsi que l'apparition de produits azotés non uréifiés en quantité anormale dans le sang.

Le retentissement sur l'organisme de la lésion rénale les explique suffisamment. Peut-être, dans certains cas, sont-ils primitifs. On peut concevoir que suivant les cas ils jouent le rôle essentiel ou le rôle accessoire dans le déterminisme des accidents.

La *conclusion pratique* de ces faits concerne le *pronostic* et le *traitement.*

En ce qui concerne le pronostic, c'est l'azotémie, selon les règles de Widal dans les néphrites chroniques qui règle le pronostic lointain de l'affection en permettant de suivre pas à pas la marche de l'insuffisance rénale. Cette recherche de l'azotémie suffit dans l'immense majorité des cas.

La mise en évidence de troubles du métabolisme fixerait plutôt le pronostic immédiat [Chabanier, Lobo-Onell et Marquézy (39)] en indiquant la faillite des défenses réactionnelles de l'organisme ou un terrain profondément perturbé. La recherche de l'acidose est d'une extrême importance pour ce pronostic.

Le *traitement* s'inspirera de ces données : le régime hypoazoté, aujourd'hui classique, est la véritable providence des néphritiques azotémiques aiguës et des néphritiques azotémiques chroniques au début de leur affection qu'il peut prolonger indéfiniment. La notion de la rétention chlorée sèche a pour corollaire la déchloruration de l'organisme. On essaiera de combattre l'acidose par l'alcalinisation de l'organisme. La désintoxication générale enfin ne sera pas oubliée.

([1]) Et même histologique d'après Rathery, Oberling. Cependant on a cité des cas de grande azotémie avec intégrité anatomique des reins. Nous laissons ici entièrement de côté cette question.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie ci-dessous est forcément très incomplète. Nous avons cité les travaux les plus importants, surtout les travaux récents, contenant une bibliographie. Nous renvoyons principalement aux thèses de Weill et de Pasteur Vallery-Radot pour tout ce qui concerne les travaux de l'école de Widal, aux livres d'Ambard, aux rapports de Teissier, Hogge et Forster de 1921, et à l'ouvrage d'Achard sur les troubles des échanges nutritifs.

1. Achard (Ch.). *Troubles des échanges nutritifs,* t. I et II, Masson, 1926.
2. Achard (Ch.). Urémie hyperazotémique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1925, p. 353.
3. Ambard (L.). *Physiologie normale et pathologique des reins,* 2e édition, Masson, 1920.
4. Ambard (L.). La rétention chlorurée sèche, *Arch. des mal. des reins,* 1er juin 1925, t. I, n° 3, p. 330.
5. Ambard (L.). Les travaux récents sur la rétention chlorée sèche, *Journ. méd. franç.*, déc. 1925, p. 447.
6. Ambard (L.). De l'état actuel de la constante uréo-sécrétoire, *Presse méd.*, 8 juillet 1925, p. 905; — Cf. Réponse à MM. Paulesco, Marza et Trifu, *Journ. d'urol.*, 1926, t. XXII, p. 353.
7. Ambard (L.) et Beaujard. La rétention chlorurée sèche, *Semaine méd.*, 1905, n° 22. — Ambard (L.). Rétentions chlorurées dans les néphrites interstitielles, *Th. de Paris,* 1905.
8. Ambard (L.) et Schmid (F.). De l'excitation des centres nerveux en fonction de leur charge en acide chlorhydrique, *Acad. des sciences,* 1927.
9. Ambard (L.) et Schmid (F.). De la formation de l'ammoniaque au niveau du rein, *Arch. des mal. des reins,* oct. 1922, t. I, n° 2, p. 196.
10. Ambard (L.), Schmid (F.) et Adnot. Des variations de la réserve alcaline, *Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 15 janv. 1926; *Bull.*, p. 80; — *Arch. des mal. des reins,* juin 1926, t. II, n° 4, p. 480.
11. Ambard (L.), Schmid (F.) et Arjnovljevitch (M.). Du rôle des centres respiratoires dans la valeur de la réserve alcaline, *Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 28 janv. 1927; *Bull.*, p. 75; — Cf. A propos de la rétention chlorurée sèche, *Id.*, p. 83. — Cf. Ambard et Schmid. Sur le rôle du chlore dans les phénomènes de la nutrition, *Paris méd.*, 7 mai 1927, p. 433.
12. Ambard (L.) et Wolf. Agents de la sécrétion rénale de l'acide urique, *Bull. méd.*, 23 juillet 1925, p. 845.
13. Aubel (E.) et Mauriac (P.). Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes, *XIXe Congrès franç. de méd.*, oct. 1927.
14. Becher (Erwin). L'exposé de la méthode se trouve dans : *Münch. med. Woch.*, 14 nov. 1924, p. 1611, et 28 nov. 1924, p. 1677; — Etude sur la pathogénie de l'urémie vraie. Signification de la rétention des phénols et autres produits de la putréfaction intestinale, *Centralbl. f. inn. Med.*, 25 avril 1925, p. 369; — Les différences de l'état du sang entre l'insuffisance rénale de la néphrite aiguë et celle de la sclérose rénale et l'emploi de la réaction xanthoprotéique pour le diagnostic et pour le pronostic de l'insuffisance rénale, *Münch. med. Woch.*, 19 juin 1925, p. 1020. — Becher (E.) et Hermann (E.). Etudes sur la réaction de la xanthoprotéique du sang désalbuminé dans les cas normaux et pathologiques, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, juillet 1926, p. 82; — Sur la présence d'acides aminés libres et d'acides aminés combinés dans le sang des sujets atteints d'insuffisance rénale. *Münch. med. Woch.*, 26 juillet 1925, p. 1069.
15. Becher (Erwin). La cause de la coloration claire de l'urine dans le petit rein scléreux, *Centralbl. f. inn. Med.*, 12 sept. 1925.
16. Bensaude, Caïn et Antoine. Contribution à l'étude de la

rectocolite hémorragique d'origine urémique, *Ann. de méd.*, 1920, t. VII, p. 41.

17. BERNARD (L.). Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1900. — BERNARD (L.) et LAEDERICH. Le foie dans les affections du rein, *Presse méd.*, 7 mars 1908, p. 153. — LAEDERICH. Des modifications du foie consécutives aux altérations rénales, *Th. de Paris*, 1907.
18. BIERRY (A.), RATHERY et BORDET. Hyperprotéidoglycémie et néphrites, *Presse méd.*, 6 oct. 1923, p. 841. — BORDET. Les variations du sucre libre et du sucre protéidique du plasma au cours des néphrites, *Th. de Paris*, 1922, n° 203. — BIERRY, RATHERY et BORDET. Le sucre protéidique. Son intérêt en physio-pathologie, *Presse méd.*, 28 sept. 1927, p. 1177.
19. BINET (A.), MATHIEU DE FOSSEY et GOIFFON. L'auto-intoxication phénolique et la diurèse compensatrice, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1924.
20. BLUM (L.) et VAN CAULAERT. *Soc. de biol.*, 1925; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1925.
21. BLUM (L.) et VAN CAULAERT. La valeur pronostique de l'acidose chez les urinaires, *Gaz. des hôpit.*, 12 mai 1925, p. 617.
22. BLUM (L.) et BROUN (D.). La pathogénie de l'urémie, *Acad. des sciences*, 21 fév. 1927.
23. BLUM (L.) et DELAVILLE (M.). Recherches sur le mécanisme de l'acidose, *Acad. des sciences*, 14 avril 1925. — BLUM (L.). Discussion sur l'acidose, *XXIIIe Congrès franç. de méd.*, 1925.
24. BONNET (A.). Contribution à l'exploration des fonctions acidosiques du rein, *Th. de Montpellier*, 1925.
25. BOUKOVALA. Contribution à l'étude physico-pathologique de la créatininémie, *Th. de Montpellier*, 1924, Univ. n° 3.
26. BROUARDEL et RENARD (J.). Un cas d'urémie mortelle avec faible azotémie, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1921, *Bull.*, p. 717.
27. CARLIER. Microméthode du dosage du potassium, *Th. de Strasbourg*, 1927, n° 14.
28. CASTAIGNE (A.). Art. MALADIES DES REINS, *Traité de médecine* Debove-Achard.
29. CASTAIGNE (A.). Les rapports présentés au Ier Congrès de la Soc. intern. d'urol. sur les néphrites à syndrome urémigène, *Journ. méd. franç.*, juillet 1921, p. 269.
30. CAWADIAS (A.). Les propriétés du sérum sanguin au cours de l'urémie, *Th. de Paris*, 1910.
31. CHABANIER (H.). Etude des lois numériques de la sécrétion rénale, *Arch. urol. de l'hôpital Necker*, t. II, f. 1.
32. CHABANIER (H.). Essai sur les néphrites et leur classification, *Semaine méd. des hôpit. de Paris*, 15 mai 1925, p. 417.
33. CHABANIER (H.). *Id.*, 3 juillet 1925, p. 1.
34. CHABANIER (H.). Les lois d'Ambard ne sont pas erronées, *Journ. d'urol.*, 1925, t. XXI, p. 59.
35. CHABANIER (H.). Remarques sur la constante uréo-sécrétoire, *La Médecine*, mars 1927, p. 441.
36. CHABANIER (H.) et DE CASTRO-GALHARDO (H.). Le rôle de l'azote non uréique du plasma dans la détermination des accidents urémiques, *Presse méd.*, 18 sept. 1920, p. 653.
37. CHABANIER (H.), MARQUÉZY (R.) et DE CASTRO-GALHARDO (H.). La crise d'hyperazotémie. Son mécanisme rénal. Ses facteurs de gravité, *Presse méd.*, 25 juin 1927, p, 503.
38. CHABANIER (H.), MARQUÉZY (R.) et LOBO-ONELL (C.). Du mécanisme de l'hyperazotémie, *Arch. des mal. des reins*, oct. 1922, t. I, n° 2, p. 180.
39. CHABANIER (H.), LOBO-ONELL (C.) et MARQUÉZY (R.). La signification pronostique du taux de la rétention azotée du sang, *Presse méd.*, 25 nov. 1922, p. 1017.
40. CHABANIER (H.), LOBO-ONELL (C.) et BESNARD. De la rétinite dite albuminurique; ses rapports avec l'insuffisance sécrétoire. Une hypothèse de travail concernant le brightisme, *Presse méd.*, 6 fév. 1924, p. 113.
41. CHABANIER (H.), Mlle LEBERT, LOBO-ONELL et LUMIÈRE (F.). De la déchloruration chez les brigtiques et notamment chez les brightiques urinaires, *Journ. d'urol.*, 1926, p. 535.
42. CHABANIER (H.) et Mlle LEBERT. De la réserve alcaline du plasma chez les sujets présentant une insuffisance sécrétoire des reins, *XVIIIe Congrès franç. de méd.*, 1927; discussion : Blum.
43. CHAUFFARD (A.). Art. MALADIES DES REINS, *Traité de médecine* Gilbert-Fournier, 1909, t. XXI.
44. CHIRAY (M.). Conception actuelle de l'insuffisance rénale, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1921, p. 702.
45. COTTET. Insuffisance rénale et fausses insuffisances rénales, *Bull. méd.*, 26 juillet 1924, p. 854.
46. CRISTOL (P.). *Etude de la crase azotée sanguine*, épreuve de titres, 1923, p. 17.
47. CRISTOL (P.), PUECH (A.) et TRIVAS (J.). L'amino-acidémie à l'état normal et à l'état pathologique, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 17 juin 1927, p. 363.
48. CRISTOL (P.), PUECH (A.) et TRIVAS (J.). Le coefficient de dysdésamination, *Soc. de biol.*, 12 mars 1927; *C. R.*, t. XCVI, p. 676, et *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 24 juin 1927, p. 375.
49. CUATRECASAS (J.). Contribution à l'étude de la sécrétion rénale de la créatinine, *Revista med. de Barcelona*, mars 1925, p. 196.
50. DARRÉ. Rapport entre les reins et les glandes surrénales, *Th. de Paris*, 1907.
51. DAUTREBANDE. L'acidose, *XVIIIe Congrès franç. de méd.*, 1925.
52. DELORE (P.). L'acidose rénale et acidose diabétique, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 nov. 1924, p. 651, et 5 déc. 1924, p. 704; — Cf. *Presse méd.*, 14 janv. 1925, p. 52; — L'acidose dans les néphrites urémigènes, *Arch. des mal. des reins*, 1er avril 1925, p. 178.
53. DENIS (W.) et MINOT (A.-S.). A study of phosphate retention from the standpoint of blood analysis, *Arch. of int. med.*, 15 juillet 1920, p. 99.
54. DUCAMP. Le rôle de la clinique dans le pronostic des néphrites chroniques, *Progrès méd.*, 7 déc. 1926, p. 1880.
55. ETIENNE (G.) et VÉRAIN. Le fonctionnement rénal de l'hyperuricémie, *XVIe Congrès franç. de méd.*, oct. 1922. — Cf. ETIENNE. *Progrès méd.*, 14 déc. 1922.
56. FERRANNINI (L.). Sur les progrès réalisés dans le diagnostic des néphrites, *L'Art méd.*, 31 oct. 1925, p. 16.
57. FETTER. *Arch. int. de méd.*, 1923, p. 413.
58. FOLIN. Determination of creatinin in blood, milk and tissus, *Journ. of biol. chim.*, 13 juin 1913. — Cf. FOLIN et DENIS. Creatin and creatinin contents, *Id.*
59. FONTEYNE (G.) et INGELBRECHT (G.). Etude sur la teneur du sang en créatine et en créatinine chez l'homme normal et chez l'homme normal, *Ann. de méd.*, 1923, t. VI, p. 470.
60. FONTEYNE (G.) et INGELBRECHT (G.). De l'existence d'une constante créatino-sécrétoire pour le rein, *Soc. de biol.*, 24 juin 1923; *C. R.*, t. LXXXVIII, p. 642.
61. FONTÈS (G.) et YAVANOVITCH (A.). Sur l'absence probable d'ammoniaque dans le sang artériel circulant, *Soc. de biol. de Strasbourg*, 8 nov. 1925; *C. R.*, t. XCII, p. 1406.
62. FOSTER. Des néphrites à syndrome urémigène, *Ier Congrès de la Soc. int. d'urol.*, 1921.
63. FRÉJAVILLE (P.). Contribution à l'étude de l'acidose au cours des néphrites urémigènes, *Th. de Lyon*, 1925.
64. GENNES (L. DE). La conception actuelle de l'urémie au cours des néphrites chroniques, *La Médecine*, mars 1927, p. 444.
65. GIRAUD (Mlle M.). Etudes sur les rétentions azotées, *Th. de Montpellier*, 1917.
66. GOVAERTS (P.). Les propriétés physico-chimiques des protéines et la pathogénie des œdèmes, *XIXe Congrès franç. de méd.*, 1927.
67. GROMER (V.). La détermination quantitative du taux xan-

thoprotéique du sérum (Becher) et son application à la mise en évidence de l'insuffisance rénale, *Centralbl. f. inn. Med.*, 20 nov. 1926.

68. GUTTENTAG (Otto Ernst). Etude sur la rétention de quelques substances au début de l'insuffisance rénale, *Centrabl. f. inn. Med.*, 21 nov. 1925, p. 1114.

69. HOGGE. Des néphrites à syndrome urémigène, *Ier Congrès de la Soc. intern. d'urol.*, 1921.

70. JEAN (Mlle S.). Contribution à l'influence de la fonction ammonio-productrice du rein sur le rapport de l'azote formol à l'azote hypobromite, *Th. de Montpellier*, 1926.

71. JEANBRAU (M.) et CRISTOL (P.). La créatininémie dans les néphrites azotémiques, *Soc. de biol.*, 10 mars 1923; *C. R.*, t. LXXXVIII, p. 594.

72. JEANBRAU (M.) et CRISTOL (P.). De l'épreuve de l'ammoniurie provoquée dans l'étude des fonctions rénales, *Congrès de l'Assoc. franç. d'urol.*, oct. 1924.

73. JEANBRAU (E.), CRISTOL (P.) et NIKOLITCH (S.). L'hyperuricémie. Etude des facteurs influençant la rétention de l'acide urique, *Journ. d'urol.*, avril 1923, p. 249.

74. KLEIN (O.). Rapport de l'indicanémie avec la rétention et avec les produits de déchets toxiques de l'albumine dans l'insuffisance rénale. Contribution à la pathogénie de l'urémie vraie, *Centralbl. f. inn. Med.*, 28 nov. 1925, p. 1137.

75. KOJEN (L.) et NIKOLITCH (S.). Valeur comparative des divers examens du sang et de l'urine en chirurgie urinaire, *Congrès d'urol.*, Bruxelles 1927.

76. KYLIN (E.). La teneur du sang en calcium et en potassium, *Acta med. Scandinica*, 1927, supplément XIX.

77. LABBÉ (M.). Respiration de Cheyne-Stokes et respiration de Kussmaul dans l'acidose, *Ann. des labor. Clin.*, 1925, p. 145.

77. LABBÉ (M.), NEPVEUX (F.) et SELIGMANN. Un cas typique d'urémie. Etude biochimique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 juin 1927; *Bull.*, 1927, p. 1026.

78. LABBÉ (M.), NEPVEUX (F.) et SELIGMANN. Un cas d'urémie avec acidose gazeuse, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 juillet 1927; *Bull.*, 1927, p. 1290.

79. LEGUEU (F.), AMBARD (A.) et CHABANIER (H.). Etude de la concentration maxima dans ses rapports avec l'azotémie, *Arch. urol. de l'hôpit. Necker*, juin 1913, t. I.

80. LEMESIC (M.-V.) et JAVANOVA (B.). La réaction xanthroprotéique, *Münch. med. Woch.*, 11 déc. 1925, p. 1142.

81. LEMIERRE (F.). Formes cliniques de l'azotémie dans les néphrites, *Prat. méd. franç.*, 1921, p. 539.

82, LEMIERRE (F.) Le démembrement de l'urémie cérébrale. Etude clinique et pathogénique, *Arch. des mal. des reins*, 15 mars 1923, p. 433; — Conception actuelle de l'urémie cérébrale, *Bull. méd.*, 26 juillet 1924, p. 846.

83. LEMIERRE (F.). L'hypothermie des azotémiques, *Prat. méd. franç.*, nov. 1924, p. 919.

84. LEMIERRE (F.) et LEVESQUE (J.). Les ulcérations gastro-intestinales urémiques. Leurs rapports avec l'azotémie, *Gaz. des hôpit.*, 17 nov. 1921, p. 1437.

85. LEMIERRE (F.), BERNARD (E.) et LAMBLING. Néphrite aiguë arsenobenzolique, *Arch. des mal. des reins*, 1er juin 1925, p. 318.

86. LÉVY (Mlle Y.). De la pathogénie de la rétinite albuminurique, *Th. de Strasbourg*, 1927, n° 2.

87. LIAN et CLOGNE. Valeur séméiologique de l'azote résiduel du sérum sanguin dans l'hypertension artérielle, communication au *XVe Congrès franç. de méd.*, 1921.

88. LINDER (C.), LUNDSGAARD (C.) et VAN SLYKE. La concentration des protéines du plasma dans les néphrites, *Journ. of experim. med.*, juin 1924.

89. LOËPER (M.) et DEBRAY. L'accroissement de l'activité peptique du sérum dans l'imperméabilité rénale, *Soc. de biol.*, 25 fév. 1922; *C. R*, t. CXVI, p. 419.

90. MERKLEN (P.), ADNOT et FONCIN. Néphrite azotémique, confusion mentale et azotémie, urémie musculaire, excitabilité neuro-musculaire et acidose, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 mai 1925; *Bull.*, 1925, p. 812.

91. MERKLEN (P.), HIRSCHBERG et TURPIN. Confusion mentale au cours d'une néphrite scarlatineuse purement azotémique. Myosis. Hypothermie. Cheynes-Stokes. Symptômes méningés, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 janv. 1024; *Bull.*, p. 86.

92. MERKLEN (P.), OBERLING et GONNELLE. Urémie musculaire et sclérose amyloïde, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 juin 1927; *Bull.*, 1927, p. 1035.

93. MIRANDE (J.). Traitement des néphrites, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1921, p. 724.

94. MOISSONNIER (Mlle S.). Etude de la toxicité des sels ammoniacaux, *Th. de Paris*, 1921.

95. MOREAU et DIAMANT. Diagnostic et pronostic des néphrites urémigènes par le dosage clinique de la créatinine dans le sang, *Progrès méd.*, 7 juillet 1923, p. 341.

96. MOZER. Hypothermie et azotémie, *Ann. de méd.*, 1924, t. XV, p. 526.

97. MYERS. *Pratical chimical analysis of blood*, 1921, p. 71.

98. MYERS, FINE and LOUGH. The signifiance of the uric acid, urea and creatinine of the blood in nephritis, *Arch. intern. de méd.*, 1916, p. 750.

99. MYERS et KILIAN. Blood creatinin in nephritis, *Amer. Journ. of med. sciences*, 1919, p. 675.

100. NASH (Th. P.) et BENEDIKT (S. R.). The ammoniac content of the blood and its bearing on the mecanism of acide neutralisation in the animal organism, *Journ. of biol. chem.*, 20 oct. 1921, t. XLVIII, p. 463; — Cf., 1922, t. LI, p. 183.

101. NATHAN. La créatininémie. Sa valeur pronostique dans les néphrites, *Presse méd.*, 4 nov. 1922, p. 953.

102. NATHAN. Les idées actuelles sur l'urémie convulsive, *Presse méd.*, 22 janv. 1927, p. 101.

103. NEPVEUX (F.) et HIERNEAUX (A.). Valeur du rapport azotémique, *La Médecine*, juillet 1927, p. 757.

104. NIKOLITCH (S.). Contribution à l'étude de l'uricémie, *Th. de Montpellier*, 1923.

105. NONNENBRUCH (N.). Recherche sur le métabolisme basal et le métabolisme des albuminoïdes dans les néphrites, *Münch. med. Woch.*, 26 juin 1925, p. 1064.

106. OBERLING. Morphologie et physiologie comparée des néphrites. Essai de classification anatomo-pathologique, *Arch. d'anat. path.*, mai 1924, t. I, n° 3.

107. OLIVIER. De la fonction ammonio-sécrétoire du rein. Etude d'une épreuve nouvelle d'exploration rénale en chirurgie urinaire L'ammoniurie provoquée, *Th. de Montpellier*, 1923.

108. OLMER, PAYAN (L.) et BERTHIER (J.). Le potassium du sérum sanguin dans l'insuffisance rénale, *Soc. de biol. de Marseille*, 15 sept. 1922; *C. R.*, t. LXXXVII, p. 865.

109. PARNAS (J.-K.) et HALLER (J.). Sur la teneur du sang en ammoniaque, *Bioch. Zeit.*, 1924, t. CLII, p. 1.

110. PASTEUR-VALLERY-RADOT. Etudes sur le fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques, *Th. de Paris*, 1918, n° 97.

111. PASTEUR-VALLERY-RADOT. Art. MALADIES DES REINS, *Précis de pathologie médicale*, t. IV, Masson.

112. PFEIFFER. *Dasproblem des Verorühungstodes*, Vienne 1903.

113. PUECH (A.). Etude des albumines du sérum, *Th. de Montpellier*, 1924.

114. PUECH (A.). *Recherches sur la labilité des protéines du plasma et la polypeptidémie*, Montpellier 1926. — PUECH (A.) et CRISTOL (P.). Labilité des protéines du plasma et polypeptidémie dans les néphrites, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 15 janv. 1926; *Bull.*, p. 104.

115. RATHERY (F.). Etude comparée des lésions histologiques du rein et de son examen fonctionnel, *Ann. des mal. des reins*, 15 janv. 1923, t. I, n° 3, p. 317.

116. RATHERY (F.), TROCMÉ et MARIÉ (J.). Acidose dans les néphrites, *Presse méd.*, 23 juillet 1927, p. 921.

117. REMOND et MINVIELLE. *Acad. de méd.*, 1917; — Cf. Urémie et sécrétions internes, *Gaz. des hôpit.*, 28 mai 1921, p. 645.
118. RIBOT. Recherches expérimentales sur le foie rénal, *Th. de Paris*, 1909, n° 169.
119. RIMBAUD et CHAPTAL. Urémie sans azotémie, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 9 janv. 1925; *Bull.*, p. 99.
120. ROGER (H.). La toxicité du sérum, *Presse méd.*, 1895, p. 209.
121. ROGER (H.). Pathogénie des accidents méningés urémiques, *Ann. de méd.*, 1919, n° 5, p. 369.
122. ROGER (H.) et CHAIX (A.). Urémie myoclonique, *Presse méd.*, 11 juin 1921, p. 1361.
123. ROUBIER (Ch.). Contribution à l'étude des modifications du sang dans les néphrites, *Th. de Lyon*, 1909.
124. RUSSEL. Ammoniac contents of the blood in nephritis, *Bioch. Journ.*, 1923, t. XVII, p. 72.
125. SABRAZÈS. Sueurs d'urée, *Clinique et laboratoire*, 1926, p. 77.
126. SAVADA (B.). Studies in the rise and Fall of the Phosphores content in the Blood, *Journ. of orient. med.*, 1926, t. IV, n° 3, p. 62.
127. SCHULMANN (E.) et BEZANÇON (L.-J.). Recherches sur la circulation, l'élimination rénale et la réduction du bleu de méthylène, *Arch. des mal. des reins*, déc. 1923, p. 586.
128. SIGURET (F.). L'azote résiduel dans les néphrites chroniques azotémiques, *Revue de méd.*, 1922, p. 289.
129. SNAPPER (E.) et GRUNBAUM (A.). L'excrétion de l'acide hippurique dans les affections rénales, *Presse méd.*, 4 déc. 1926, p. 1524.
130. STERLING-OKUNICWSKI (E.) et WEGIERKO (J.). Le métabolisme basal dans les maladies des reins, *Paris méd.*, 10 sept. 1927, p. 196.
131. TEISSIER (J.). Des néphrites azotémiques, *Ier Congrès de la Soc. intern. d'urol.*, 1921.
132. TERRIEN (F.). Sur deux cas de rétinite néphritique, *Journ. des prat.*, 16 avril 1927, p. 257.
133. TURRIÈS (J.). Créatinine et métabolisme créatinique. Recherches cliniques, *Th. de Montpellier*, 1926, n° 47.
134. UPHAM and HIGLEY. A study of the renal conc. power for uric acid in early chronic interstitial nephritis, *Arch. intern. de méd.*, 1914, t. XXIV, p. 527.
135. VAN CAULAERT. Les rétentions chlorurées sèches, *Strasbourg méd.*, 5 déc. 1925.
136. VEDEL et PUECH. Myosis et urémie, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 3 juin 1927; *Bull.*, p. 335.
137. VIDAL (J.). Etude sur les variations de la glycémie au cours des néphrites, *Th. de Montpellier*, 1927.
138. WEILL (A.). L'azotémie au cours des néphrites chroniques. Etude clinique et physio-pathologique, *Th. de Paris*, 1913, n° 162.
139. WEILL (M.-P.) et GUILLAUMIN. L'acidose des néphrites, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 nov. 1923.
140. WIDAL (F.). Les grands syndromes du mal de Bright : l'albuminurie, le syndrome d'hypertension vasculaire, la chlorurémie et l'azotémie. L'insuffisance rénale à forme hydropigène et l'insuffisance rénale à forme sèche, *Journ. méd. franç.*, 1911, p. 18.
141. WIDAL (F.) et LAUDAT (H.). Formule azotée du sérum sanguin. Sa constance chez le sujet sain, *Soc. de biol.*, 20 nov. 1926; *C. R.*, t. XCV, p. 1233.
142. WIDAL (F.) et LAUDAT (H.). Etude des modifications apportées dans la formule azotée du sérum sanguin par l'imperméabilité rénale, *Acad. des sciences*, 29 nov. 1926.
143. WIDAL (F.), BOULIN, THOMAS et WOLF. Un cas de dyspnée de Kussmaul sans acidose, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 mai 1927; *Bull.*, 1927, p. 840.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1928)

Sur la vaccination contre le charbon symptomatique. — MM. E. LECLAINCHE et H. VALLÉE. Parmi les méthodes de vaccination contre le charbon symptomatique, celle inaugurée par E. Roux en 1888 et mise au point par N. Nitta en 1918, est universellement appliquée; elle met à profit les qualités immunisantes de Cl. Chauvau.

MM. Leclainche et Vallée apportent aujourd'hui une étude des techniques pour l'obtention de vaccins dépourvus de germes vivants et ils montrent l'importance de la supercentrifugation, de la concentration et de la formolisation des cultures.

Le quotient respiratoire. — M. J. AMAR.

Action vaso-dilatatrice du cobalt. — M. J.-M. LE GOFF. Le cobalt est un métal qui, d'après ses propriétés chimiques, a été classé à côté du fer, du nickel, du zinc et du manganèse.

L'auteur a découvert qu'il possédait une propriété physiologique très intéressante et toute nouvelle, à savoir que de petites quantités injectées dans les tissus des animaux déterminent une vaso-dilatation énergique de certains vaisseaux superficiels de la tête.

Action des sels de nickel et de cobalt sur le pouvoir hypoglycémiant de l'insuline chez le diabétique. — MM. Marcel LABBÉ, H. ROUBEAU et F. NEPVEUX. L'injection des sels de cobalt et de nickel sans insuline a été, chez l'homme sain ou diabétique, sans effet hypoglycémiant, résultat conforme à ceux qu'avaient obtenus Gabriel Bertrand et Machebœuf sur l'animal.

Les modifications apportées à l'action de l'insuline sur l'homme diabétique par l'addition de sels de nickel et de cobalt, ne concordent pas avec celles observées chez le lapin et le chien sains. Ces divergences tiennent peut-être aux dissemblances qui existent entre le métabolisme des glucides chez l'animal sain et chez l'animal diabétique.

Les altérations de la fonction rénale par hypochloruration. — MM. Léon BLUM et P. GRABAR. Quand un organe est appauvri considérablement en chlore et que cette perte n'est pas réparée, des altérations profondes de la fonction rénale apparaissent, pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet de la sécrétion urinaire.

L'ingestion de chlorure de sodium agit très rapidement sur ces troubles et les fait disparaître complètement s'ils n'ont pas persisté trop longtemps. Les auteurs apportent à l'appui deux observations.

Sur les propriétés thérapeutiques des rayons X de 8 Angström. — M. Jean SAIDMAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1928)

69.000 décès peuvent être évités chaque année en France. — M. Paul STRAUSS, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, a fait à la séance du 24 janvier, à l'Académie de médecine, une communication sur les causes de mortalité évitable.

De l'examen des chiffres fournis par la statistique générale de la France, M. Paul Strauss conclut à la nécessité et à la possibilité de réduire les décès évitables causés par la mortalité infantile et la tuberculose.

Nous économiserions, a dit M. Paul Strauss, chaque année 45.000 vies humaines si nos décès par tuberculose n'étaient pas supérieurs à ceux de l'Angleterre.

Nous sauverions en outre, chaque année, 24.000 enfants si nos décès par mortalité infantile ne dépassaient pas la proportion atteinte dans les Pays-Bas. Le total de ces gains annuels atteindrait le chiffre imposant de 69.000 vies humaines, soit en cinq années de 345.000 vies humaines.

Pour atteindre ce résultat, M. Paul Strauss a proposé un certain nombre de vœux qui serviront à l'Académie de base de discussion.

L'Académie nomme une Commission composée de MM. Auvray, Bar, Léon Bernard, Calmette, Marchoux, Martin, Jules Renault, Roux, Strauss, Vaillard et Vallée.

Le traitement chirurgical dans les formes pyohémiques de l'infection puerpérale. — MM. Jeannin et Chomé exposent les indications du traitement chirurgical. Théoriquement il faut opérer dès que le diagnostic de suppuration de la veine atteinte de phlébite est certain, mais avant qu'il n'y ait des complications. Le diagnostic est certain quand on voit les frissons se rapprocher de plus en plus en même temps qu'ils deviennent plus violents et prolongés.

M. Jeannin expose ensuite sa technique et ses résultats.

Cette communication donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Bar, J.-L. Faure et Léon Bernard.

Sur le charbon comme véhicule des substances médicamenteuses. — M. Desgrez présente un travail de M. Paul Blum qui propose d'utiliser le charbon animal comme vecteur de médicaments. Il appelle « adsorbats » ces préparations nouvelles obtenues en faisant adsorber par le noir animal des corps simples comme les vapeurs d'iode ou de mercure ou des gaz comme l'hydrogène sulfuré ou le gaz chlorhydrique, etc. La technique de cette nouvelle forme pharmaceutique est sans difficulté et peut être réalisée dans toutes les officines pharmaceutiques. Les adsorbats ont aussi cet avantage de dégager lentement leurs principes actifs et de permettre une thérapeutique par doses faibles et continues.

Influence expérimentale des rayons X sur l'évolution des infections. — M. Louis Bazy expose le résultat de très intéressantes recherches qu'il a poursuivies chez le cobaye. Elles montrent que les lésions constatées par les chirurgiens sur des organes irradiés tiennent à ce que les irradiations avaient porté sur des viscères infectés.

Ces faits viennent à l'appui de ceux que M. Louis Bazy a signalés et qu'il range sous le vocable de *radio-sensibilisation*, et M. Foveau de Courmelles sous celui de *radio-anaphylaxie*.

Election d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales). — Classement des candidats : en première ligne, M. Gosset; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Cunéo, Morax, Ombrédanne, Rouvillois et Terrien; adjoints par l'Académie à la liste de présentation : MM. Lecène et Marion.

M. Gosset a obtenu 57 voix; M. Rouvillois, 3; M. Marion, 2; MM. Lecène, Morax et Terrien, 1; bulletin blanc, 1.

M. Antonin Gosset, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(Séance du 12 novembre 1927)

Pneumothorax au cours d'un anévrisme aortique comprimant la veine cave supérieure. — MM. Jean Tapie, Fr. Escande et de Boissezon ont observé chez un sujet porteur d'une ectasie aortique comprimant la veine cave supérieure, un hydropneumothorax droit. Ils font remarquer que, si l'apparition d'une pleurésie au cours d'un anévrisme de l'aorte est relativement fréquente, le pneumothorax y est par contre tout à fait exceptionnel. Les auteurs supposent que le pneumothorax résultait de la rupture d'une vésicule d'emphysème à l'occasion des violents efforts de toux qu'entraînait la compression médiastinale.

Guérison d'un ulcère de jambe datant de vingt-cinq ans. — M. G. Baillat a pu obtenir la cicatrisation d'un vieil ulcère circonférentiel grâce à l'association thérapeutique suivante : rayons ultraviolets dont l'action est à la fois vasodilatatrice et microbicide; injections de propidon; greffes cutanées suivant la méthode d'Alglave.

Anomalie de l'artère axillaire. — M. Dubau.

Paralysie du phrénique au cours d'une pneumopathie chronique. — MM. Jean Tapie et Louis Morel présentent un cliché radiographique sur lequel on constate l'ascension considérable de l'hémidiaphragme gauche à la suite de l'englobement du phrénique par une néoformation à point de départ hilaire. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un cancer médiastino-pulmonaire à évolution lente.

Extrophie complète de la vessie. — MM. Estienny, Cantegril et Favre présentent un nouveau-né hérédo-syphilitique atteint d'extrophie vésicale. Contrairement à la règle, les organes génitaux (bourses et testicules) sont parfaitement constitués.

Goitre exophtalmique chez un syphilitique. Endocardite maligne terminale — M. Louis Morel.

(Séance du 26 novembre 1927)

Un cas d'inversion viscérale totale. — MM. Timbal et Roques.

Sur deux cas d'hydrophtalmie. — MM. CALMETTE et FAVRE.

Réflexions sur le traitement chirurgical des tumeurs thyroïdiennes (à propos de 4 cas personnels). — M. BERNARDBEIG présente les pièces opératoires et les coupes histologiques de ces divers goitres; il insiste sur quelques points de pratique : préparation de l'opéré, avantages de l'anesthésie locale qui permet de coutrôler à tout instant la respiration et la phonation, utilité de la position assise qui diminue les hémorragies.

Ulcère de la petite courbure guéri par la méthode de Moutier et Porcher. — M. Louis MOREL.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIENS. — SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS. MÉDICAMENTS.

L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI et l'arrêt du Parlement du 23 juillet 1748 déclarent que les pharmaciens ne peuvent détenir dans leurs officines que des médicaments conformes au Codex; mais cette règle ne s'applique que dans le cas où les pharmaciens sont propriétaires de leurs officines. Par conséquent, le pharmacien qui n'est que gérant d'une pharmacie appartenant à une Société de secours mutuels et dès lors son employé, ne saurait se voir appliquer les sanctions prévues par les dispositions contenus dans les textes qui viennent d'être indiquées, s'il est établi que ce n'est pas lui qui a préparé un produit non conforme au Codex.

C'est ce qui résulte d'un jugement rendu par le Tribunal correctionnel du Nord, section de Valenciennes, le 15 juin 1927.

M. X... était prévenu d'avoir dans une certaine localité, au mois d'octobre 1927, tenu dans son officine une substance dénommée teinture d'iode qui n'avait pas une composition conforme aux formules insérées et décrites dans les formulaires rédigés par les Ecoles de médecine, et d'avoir ainsi commis le délit prévu et réprimé par l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI et par l'arrêt de règlement du Parlement de Paris en date du 23 juillet 1748. C'est le Parquet du Procureur de la République qui poursuivait.

« Attendu, dit le jugement, que cette loi et l'arrêt du Parlement visent l'exercice de l'art pharmaceutique par des titulaires de diplômes de pharmaciens à l'intérieur de pharmacies qui leur appartiennent, et où les médicaments sont fabriqués par eux ou achetés sous leur contrôle, et ensuite détenus et vendus à leurs risques et périls aux clients;

« Attendu que la responsabilité qui leur incombe de ces divers chefs, a été à bon droit consacrée par le législateur qui, avec raison, a voulu sauvegarder la santé publique en protégeant les clients des pharmaciens, contre l'impéritie, la légèreté, le défaut de soins ou de surveillance possible de la part de ce praticien. »

Ainsi les obligations résultant des dispositions de la loi de l'an XI et de l'arrêt du Parlement ont un champ d'action bien délimité. Or, le jugement constatait que, dans l'espèce qui était soumise au tribunal, M. X... n'était pas un pharmacien aux termes de la loi de germinal an XI; il était bien muni d'un diplôme de pharmacien, mais l'officine où il exerçait son art ne lui appartenait pas, cette officine étant la propriété de la Caisse mutualiste de secours des employés des mines de D...; M. X... y était simplement employé. Bien plus, M. X... n'avait pas préparé la teinture d'iode incriminée, ce qui aurait pu être de nature à engager sa responsabilité, mais il ne l'avait même pas achetée à un fournisseur en gros, les achats étant effectués en dehors de lui par le Conseil d'administration de la Caisse de secours. Le tribunal déclare qu'on ne peut exiger d'un employé de vérifier les médicaments achetés par son patron, alors qu'extérieurement ces médicaments ne portent pas de traces apparentes d'adultération.

C'est dans ces conditions que le tribunal correctionnel du Nord a décidé que M. X... ne rentrait pas dans la catégorie des pharmaciens visés dans les textes ci-dessus rappelés et n'avait pas commis le délit qui lui était imputé.

Cette décision méritait d'être signalée.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Vertiges labyrinthiques (1), par André MOULONGUET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

Le vertige est une sensation erronée de déplacement du sujet par rapport au monde extérieur ou de déplacement de ce monde extérieur par rapport au sujet. Plusieurs appareils périphériques concourent pour fournir aux centres nerveux supérieurs les renseignements qui leur permettent d'établir ces notions de situation et d'orientation. Ces divers éléments sont solidaires; ils se complètent les uns aux autres et peuvent se suppléer par réadaptation progressive au cas où l'un d'eux vient à manquer; on en a fait un système autonome : le système du sens de l'orientation ou système du sixième sens.

Le système de l'équilibration comprend : 1° les nerfs de la sensibilité superficielle; 2° les nerfs de la sensibilité profonde, des articulations, des muscles, des ligaments; 3° les nerfs de la sensibilité des viscères; 4° les nerfs sensoriels ; 5° la vue; 6° l'organe capital du sixième sens : le vestibule labyrinthique.

C'est à un trouble du fonctionnement du labyrinthe ou à celui de ses voies efférentes que dans la règle on pensera en présence d'un malade vertigineux.

Dans cette monographie, l'auteur rappelle rapidement l'anatomie du système vestibulaire, puis il expose les notions de physiologie labyrinthique qui paraissent actuellement les mieux établies; il entreprend ensuite l'étude sémiologique et diagnostique du vertige labyrinthique avec les indications de traitement médical et chirurgical. E. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 2 février. — Jury : MM. Jeanselme, président; Nobécourt, Dognon et Lereboullet. — M. OVIDE. Essais de traitement par les rayons ultraviolets des algies. — M. BRUDER. Les injections de sang dans la thérapeutique de la première enfance.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lecène, président; Coquot et Robin. — M. PIERROT. Les ostéomes chez le cheval.

Vendredi 3 février. — Jury : MM. Hartmann, président; Balthazard, Ombrédanne et Duvoir. — M. VALDIVIA. La défense des titres médicaux. — M. BATTESTI. Etude et traitement des panaris. — Mlle LE GRAND. Etude sur le col fémoral dans la luxation de la hanche.

Samedi 2 février. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Lecène et Gatellier. — M. MENÉGAUX. Etude sur le cancer de la langue. — M. CHEVALLIER. Topographie des hématomes consécutifs aux hémorragies. — M. GRANDRIE. Arthrites aiguës suppurées de la hanche chez le nourrisson. — M. MARCHANT-GÉRARD. Luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus.

(1) Un volume de 166 pages avec 17 figures. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Gynécologie (Les Consultations journalières), par E. Douay, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Broca. Un volume in-16 de 188 pages, avec 38 figures dans le texte. Prix, cartonné : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La Chirurgie esthétique, par Mme le docteur Noël. Brochure de 84 pages, nombreuses figures. — Paris, Masson et Cie

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Autun. — Un concours pour l'emploi de chirurgien-adjoint, à l'hôpital et à la maternité d'Autun, aura lieu le lundi 27 février 1928, à 9 h., à la Faculté de médecine de Paris.

Les fonctions de chirurgien-adjoint sont gratuites.

Les conditions du concours seront données aux candidats, au moins quinze jours avant la date du concours.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du Conseil d'administration des hospices d'Autun avant le 10 février 1928.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — M. Tillé (Henri) a été nommé aide titulaire de clinique à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, à dater du 1er janvier 1928, en remplacement de M. le docteur Artigues, démissionnaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Dans sa dernière réunion le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire d'hydrologie : en première ligne, M. Villaret; en deuxième ligne, M. Léri.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Muraz (A. E. F.), Crudeli (A. O. F.), Lalung-Bonnaire (Indo-Chine), Manes (Réunion).

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Margerite (de Castelculier), Métayer (de Moncoutant), Binet du Jassonneix (de Paris).

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Defressine.

Pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur J.-A. Garrigues (de Rodez).

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Saias (de Marseille).

MINISTÈRE DES COLONIES. — La lutte contre la trypanosomiase. — Il est créé en Afrique équatoriale française, pour une durée de cinq ans, un service spécial de prophylaxie de la maladie du sommeil. Ce service est placé sous l'autorité du gouverneur et la direction du médecin inspecteur général des services sanitaires.

Le directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville remplira les fonctions d'adjoint technique. Le personnel civil européen doit contracter un engagement de cinq ans. Le traitement des médecins est au début de 28.000 fr.; il sera porté à 32.000 fr. au bout de trois ans, non compris les indemnités régulières. (*J. O.*, 28 janv. 1928.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Cette Société, fondée en 1876 par le docteur Prosper de Pietra Santa, vient de tenir sa séance annuelle.

Ont été élus ou réélus : président, docteur Foveau de Courmelles; vice-présidents, docteur Degoix, docteur vétérinaire Roëland, MM. Goudal, Bezault; secrétaire général honoraire, M. Alph. Joltrain; secrétaire général, docteur Ghislain Houzel; trésorier, M. Landau.

Puis, des communications ont été faites, par le docteur Degoix sur la natalité; par le docteur Houzel sur l'orientation professionnelle; par M. Landau sur l'hygiène de la bouche, et par le docteur Foveau de Courmelles sur l'enfance à l'école.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — Le dîner d'hiver de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants a eu lieu le mardi 17 janvier, au Foyer médical. Rarement les membres de l'Association avaient été aussi nombreux et la réunion aussi cordiale. Le banquet était présidé par le médecin inspecteur général Fournial du gouvernement militaire de Paris, directeur du Service de santé, ainsi que par le docteur Clovis

Vincent, président de l'Association. Deux membres délégués de l'Association des écrivains combattants, le docteur Bruzon et M. Marcel Priollet, avaient été conviés dans la pensée d'unir les deux groupements intellectuels les plus importants parmi les anciens combattants.

A la fin du dîner, ont pris successivement la parole les docteurs Rémy Néris, secrétaire général adjoint; le docteur Landrin, président des médecins mutilés; le docteur Clovis Vincent, le professeur Balthazard, le docteur Bruzon pour les écrivains combattants; enfin, le médecin inspecteur général Fournial qui, en termes émus et chaleureux, a rappelé le rôle des médecins de régiments et de bataillons durant la guerre et a exalté leur héroïsme et leur gloire.

L'assemblée a notifié à l'unanimité le choix du docteur Ménétrel comme délégué représentant les médecins combattants au Comité de la Fédération de la France meurtrie.

EXPOSITION D'ATHÈNES. — Une importante exposition française aura lieu en mars prochain, à Athènes. Elle comportera une section médicale, dont le Comité d'organisation est ainsi constitué :

Président : M. le professeur Hartmann, président de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) ; vice-président : M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine; secrétaire général : M. le docteur Paul Descomps, rédacteur en chef de la *Revue médicale française*.

Dans cette section pourront figurer des ouvrages, brochures, planches, graphiques, photographies, films cinématographiques, pièces et préparations, cultures microbiennes, etc., accompagnés d'une notice explicative rédigée aussi clairement que possible pour retenir l'attention des visiteurs.

Le Comité a l'honneur de solliciter la participation des savants et médecins français à cette exposition qui sera particulièrement précieuse pour la propagande française en Proche-Orient. Il vous serait obligé de vouloir bien préciser le plus prochainement possible, en tous cas avant le 1er février, la nomenclature des objets à exposer, indiquant leur nature, leurs dimensions et leur valeur. La direction de l'exposition vous indiquera alors l'endroit où vous devrez faire déposer ces objets, de manière à ce qu'elle puisse en assurer l'emballage et l'expédition. Ces expéditions devant être faites le 15 février, il est nécessaire que ces objets soient déposés à l'endroit qu'on vous indiquera quelques jours auparavant.

Les réponses et demandes de renseignements doivent être adressées aux bureaux de l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — Ce Congrès aura lieu à Lyon, du 3 au 6 avril 1928.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Silicose; 2° Cataracte d'origine professionnelle; 3° Appareil endocrinien et intoxications.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Etienne Martin ou au secrétaire de la Commission, service d'hygiène du bureau international du travail, Genève.

SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HÔPITAL LAENNEC. — Le docteur Henri Bourgeois, chef du service d'oto-rhino-laryngologie, commencera le lundi 27 février 1928 une série de leçons sur « Les suppurations de l'oreille », avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Aubry, Huet, Ill et Louis Leroux, assistants et anciens internes du service.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 10 h., et comprendra :

1° Une consultation expliquée d'une heure avec examen des malades et pratique des techniques spéciales.

2° Une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire au service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laennec, auprès du docteur Pierre Huet, assistant du service.

Droit d'inscription : 300 fr.

A la suite du cours précédent :

Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet et Lemoine commenceront le 19 mars 1928 une série de huit leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h. ; en outre le 19 et 20 mars, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laennec.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Guersant (d'Aulnoye), Emile Falquet (de Genève) ; Savitch, ministre de l'hygiène de Serbie; Gustave Simon, exécuteur testamentaire de Victor Hugo; Constant Van Nypelseer (de Bruxelles), Marc Roussiel, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Félix HENNEGUY

Depuis plusieurs semaines on ne voyait plus le professeur Henneguy dans les Sociétés savantes, et ses collègues s'inquiétaient de l'absence de cet homme courtois et affable qui ne comptait que des amis et dont le caractère inspirait à tous l'estime et le respect.

Le jour de la séance annuelle de l'Académie des sciences, M. Maurice Hamy, en prenant le fauteuil de la présidence, exprimait ses regrets de ne pas voir à ses côtés le vice-président pour 1928, M. Henneguy, et il lui adressait au nom de la compagnie tous ses vœux de prompt rétablissement. Ces vœux n'ont pas été exaucés et nous avons appris, vendredi dernier, avec une très profonde peine, sa disparition.

M. Félix Henneguy était né à Paris le 18 mars 1850; il avait passé sa thèse de doctorat en médecine en 1875, celle de doctorat ès sciences naturelles en 1888. Entré au Collège de France comme chargé de cours, il succéda à Balbiani dans la chaire d'embryogénie comparée. Il fut aussi professeur à l'Ecole d'agriculture de Grignon et directeur du laboratoire de cytologie aux Hautes-Etudes.

M. Henneguy a été président de la Société de biologie, il était membre de l'Académie de médecine, membre et vice-président de l'Académie des sciences. Il était officier de la Légion d'honneur.

Les travaux qu'il laisse sont très nombreux. Citons une étude sur l'action des poisons (1875), une thèse sur les lichens utiles (1888). Des travaux sur la division des cellules embryonnaires chez les vertébrés, le Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique (1887-1896-1982). Des recherches sur le développement des poissons osseux, et sur l'embryogénie de la truie, etc.

Avec Ranvier, M. Henneguy a fondé les *Archives d'anatomie microscopique*. C'est dire combien son œuvre fut importante et variée.

F. L. S.

LA PHYSIOTHÉRAPIE DES TISSUS INTERSTITIELS[1]

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique de la Salpêtrière.

II

TECHNIQUE. MOUVEMENTS ACTIFS

L'étude objective des variations, fonctionnelles, cliniquement constatées dans les tissus interstitiels, fournit, nous l'avons dit, deux directives précises au traitement. Celui-ci doit :

1° Réduire l'engorgement lymphatique et le gonflement interstitiel, tous deux indices d'un trouble humoral;

2° Régulariser la rétraction tissulaire et les troubles vaso-moteurs, dépendant de l'innervation végétative.

Quelle part revient à la physiothérapie? Elle varie d'un cas à l'autre, et, chez le même sujet, d'un jour à l'autre. En effet, le traitement atteignant la cause morbide peut, à lui seul, dissiper tous les troubles des tissus interstitiels, et rendre la physiothérapie inutile ou, tout au moins, accessoire. Au contraire, si, la cause morbide disparue, les troubles interstitiels persistent, les agents physiques peuvent donner ce qu'on ne saurait demander à la chimiothérapie. Les indications de la physiothérapie ne peuvent donc se résumer en formules trop absolues, chaque fois, il faut examiner le sujet, et combiner de façon opportune, les diverses ressources de la thérapeutique.

Ma technique personnelle, toujours perfectible, comprend actuellement :

1° Mouvements actifs; 2° mouvements passifs, manœuvres manuelles ou cheirothérapie; 3° adjonction de vibrations, de courants faradique ou de haute fréquence, enfin, thermophotothérapie.

I. Mouvements actifs. — Nous devons : 1° indiquer leur action sur les tissus interstitiels, et, 2° décrire les principaux d'entre eux.

1. Action des mouvements sur les tissus interstitiels. — Le travail musculaire modéré active circulation sanguine, respiration, digestion, améliore les réactions nerveuses et la nutrition générale. Mais, ce qui nous intéresse surtout, c'est que, brassant le liquide interstitiel, il est l'agent essentiel du cheminement de la lymphe vers ses voies de drainage, et soumet les tissus à d'incessantes alternatives de tension et de relâchement, éminemment propres à maintenir leur élasticité, et à régulariser les réflexes d'innervation végétative. Les endroits où les contractions musculaires agissent moins sur les tissus interstitiels, représentent de véritables points morts de la circulation lymphatique. Il en est ainsi aux insertions des muscles et des tendons, aux points d'entrecroisement des divers plans musculaires, là où la peau, recouvrant immédiatement un os, est moins sujette à déplacements. C'est donc en ces points, anatomiquement prédisposés à l'engorgement, qu'il faudra transmettre l'ébranlement musculaire. Pour y parvenir, le travail musculaire doit remplir deux conditions :

1° Ne pas aggraver la tendance à l'engorgement. Les déchets du travail musculaire s'éliminent, en grande partie, par voie lymphatique. Donc, plus le muscle travaille, plus la résorption lymphatique doit pouvoir augmenter. Tout effort trop violent, toute répétition trop prolongée, de contractions musculaires, peu fatigantes, en elles-mêmes, aboutit au surmenage et à l'engorgement lymphatique. Si le surmenage se répète, l'engorgement ne pourra se dissiper. Est donc nuisible toute gymnastique mal réglée, qui dépasse la capacité de résorption lymphatique. Et l'enraidissement douloureux des attitudes vicieuses, les crampes professionnelles, des écrivains, des couturières, le rhumatisme musculaire, indiquent le mauvais état des tissus interstitiels avec engorgement lymphatique permanent. Ici, le travail musculaire doit être, particulièrement, surveillé, sous peine d'aggraver les troubles qu'il s'agit d'améliorer.

L'état des tissus interstitiels, appréciable au palper, peut fournir de précieux renseignements sur la valeur fonctionnelle des muscles.

Avec le docteur Jacquet, nous avons indiqué (1) à quels caractères objectifs se reconnaît le bon muscle, apte à l'entraînement. Il est souple et homogène, bien détaché par rapport au tissu interstitiel, les ganglions lymphatiques sont mous, souples, réguliers, sans péri-adénite. Au contraire, la présence d'engorgement lymphatique avec tissus interstitiels infiltrés, rétractés, et enraidissement musculaire, caractérisent le mauvais muscle, sujet à la fatigue et aux crampes, inapte à l'entraînement, tant que ganglions lymphatiques et tissu interstitiel n'auront pas récupéré l'aspect normal. Et, chez l'athlète, par ailleurs en bonne forme sportive, toute cause d'obstruction lymphatique locale, telle une induration post-traumatique ou infectieuse, certaines cicatrices, etc., donneront, aux muscles tributaires des lymphatiques engorgés, les caractères objectifs du mauvais muscle, ils resteront fatigables et sujets à l'enraidissement et aux crampes, à chaque effort, jusqu'à désobstruction des lymphatiques.

Ceci permet d'apprécier constamment, l'effet du travail musculaire et de le régler en vue du rendement maximum.

2° Le travail musculaire doit désengorger et détendre les tissus interstitiels, et régulariser la vasomotricité. Considérons la nature des mouvements, leur ordre de succession, la durée des exercices.

A. *Nature des mouvements.* — Avant de faire de gros muscles, il faut obtenir les conditions d'un bon fonctionnement.

---

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 3, p. 37.

(1) ALQUIER et G. JACQUET. Rendement fonctionnel du muscle et engorgement lymphatique, *Revue neurol.*, janvier 1922, et G. JACQUET. *Th. doct.*, Paris 1922; A. Legrand, édit.

D'abord, ne pas irriter. L'exercice doit procurer la détente nerveuse, le bien-être général, avec réchauffement, et activation de l'ensemble de la circulation sanguine, sans crises vaso-motrices, ni excitation nerveuse.

Ensuite, agir sur les points morts de la circulation lymphatique, en leur imprimant des alternatives d'étirement et de relâchement, pendant lequel, l'élasticité des tissus les ramène à la position de repos, en la dépassant légèrement, un peu plus à chaque nouvel étirement, c'est là qu'est tout le secret du succès.

B. *La succession des mouvements doit se régler d'après la progression de la lymphe dans ses voies de drainage.* — L'appareil lymphatique aboutit derrière l'extrémité interne des clavicules, aux confluents lymphatico-sanguins du cou, il faudra donc, avant tout, dégager cette région. Ceci fait, passer aux exercices intéressant la ceinture scapulo-thoracique et les membres supérieurs. Les inférieurs ne peuvent être entraînés que si les lymphatiques du tronc sont suffisamment perméables. Ainsi, l'exercice, bien connu consistant, le sujet couché sur le dos, à fléchir sur le tronc, les membres inférieurs, sans plier les genoux est désastreux en cas de périhépatite avec obstruction du carrefour sous-hépatique et rétraction du thorax inférieur.

C. *Chaque exercice doit amener une détente des tissus. Dès celle-ci produite, passer à un autre exercice.* — Fatigue, énervement, sont des signes d'arrêt, ainsi que l'essoufflement et les palpitations de cœur. La répétition des séances est subordonnée à l'effet obtenu. Les exercices calmant les malaises peuvent être répétés chaque fois que ceux-ci se reproduisent. En général, deux à trois séances d'une dizaine de minutes, suffisent, chaque jour.

La durée de chaque séance et leur répétition sont subordonnées à l'effet obtenu. Dès que se produit la détente, cesser l'exercice qui, prolongé, deviendrait peut-être irritant. La fatigue, le nervosisme indiquent que les exercices ont été trop violents, ou trop prolongés.

Pendant les mouvements, éviter le refroidissement qui rétracte les tissus. Le grand air et, si possible, le soleil sont des plus favorables; enfin, aucun vêtement ne doit gêner les mouvements, ou irriter et agacer.

2. **Description des principaux mouvements.** — Nous distinguerons deux séries : la première ne comprend que des contractions musculaires actives; dans la seconde, aux contractions actives, se joignent des déplacements passifs des tissus, que les mains du sujet étirent ou étreignent, puis relâchent doucement.

A. Mouvements actifs. — *Cou. Attitude.* — L'infiltrat de la nuque renvoie la tête en avant. La nuque est plate, le menton rejeté sur le larynx, ce qui gêne la respiration. Tenir la tête habituellement rejetée en arrière, menton haut, nuque creuse. La respiration devient plus ample, la circulation sanguine et lymphatique meilleures.

Contractions du peaucier cervical, puis tête rejetée en arrière, des sterno-cléido-mastoïdiens et scalènes puis la tête fléchie, contractions des muscles de la nuque. Contracter, ensemble, les deux côtés, puis, un seul, en inclinant la tête du côté opposé. Chaque exercice se borne à dix ou quinze contractions légères, à la cadence de vingt à trente fois à la minute. Compléter par quelques mouvements de la tête, larges, mais sans forcer, dans tous les sens, flexion, extenstion, inclinaison latérale, rotation. Se méfier des réflexes d'innervation végétative par irritation du pneumogastrique et du sympathique auxquels les tissus durs et rétractés transmettent exagérément, l'ébranlement produit par les contractions musculaires.

Ceinture scapulo-thoracique. — Projeter les épaules en avant, puis en arrière, doucement, d'abord, les deux ensemble, puis, l'une en avant, pendant que l'autre va en arrière, pour déterminer des mouvements de rotation dans la colonne dorsale supérieure.

Serrer doucement les poings, pouces en dedans.

Pronation et supination, bien à fond, sans violence, bras en croix, ce qui mobilise, verticalement, les parties molles du tronc, et bras pendants, ce qui mobilise les épaules, dans le sens horizontal.

Bras en croix, coudes fléchis à l'angle droit, mouvements de rotation de l'articulation scapulo-humérale. Ce mouvement, fatiguant bras et épaules, étire les régions axillaires et réveille le péristaltisme intestinal.

Tous ces mouvements et les suivants, ne sont pas réflexogènes comme ceux du cou. On peut les exécuter avec force et les prolonger davantage, sans aller jusqu'à la fatigue et à l'essoufflement, et sans provoquer tachycardie et palpitations.

Région lombo-abdominale. — Extension et flexion du tronc sur les hanches, lentement, et bien à fond, sans forcer. Puis, rotations lentes du haut du corps sur les hanches. Ces divers mouvements peuvent se combiner avec une respiration profonde, exécutée après chaque déplacement. Il devient alors facile de pousser le déplacement plus loin. Gardant la position, on peut, par une nouvelle respiration, obtenir un nouveau gain. Le maximum est réalisé après trois ou quatre gains respiratoires successifs.

S'asseoir par terre, fléchir les genoux, pieds joints par leurs bords internes; les genoux écartés sont ceinturés par les bras, mains jointes en avant, ou étreignant l'autre poignet. Les mouvements de rotation du tronc sont, dans cette position, localisés sous les côtes, et réalisent une mobilisation profonde de l'étage supérieur de l'abdomen

S'asseoir sur une chaise, croiser la cuisse gauche sur la droite, et y faire reposer les avant-bras croisés en fléchissant le tronc en avant. Dans cette position, les mouvements de rotation du tronc se localisent à la région lombo-sacrée, et étirent les insertions inférieures des muscles dorso-lombaires.

Ceinture pelvienne. — Dans la position assise, la racine des cuisses aussi écartée que possible, contractions brusques des hanches et fesses, soulevant

le corps sur la chaise. Bon dégagement des hanches, cuisses et du périnée.

Station debout, genoux l'un devant l'autre, et légèrement fléchis.

On a, dans cette position, de belles rotations des hanches.

Station debout. Lancer les jambes alternativement en avant, le plus haut possible. Bon étirement des muscles ischiatiques et lombaires. Contraction des psoas-iliaques, quadriceps, fémoraux, couturiers, tenseurs du fascia lata.

Assouplissement global des membres inférieurs. — Station debout, pieds écartés de 30 centimètres. Circumduction du corps autour des articulations des chevilles.

B. Mouvements actifs et détentes passives. — *Nuque.* — Tête fléchie, les mains posées l'une sur l'autre, étreignent transversalement la nuque, et l'étirent de bas en haut, comme pour soulever la tête ou tordent les parties molles autour de la colonne vertébrale.

Région latérale du cou. — Chaque main étreint le côté correspondant du cou, pouces en avant, autres doigts le long des apophyses épineuses. Attirer en dehors les parties molles.

Chaque main, placée plus bas, exerce des pressions d'arrière en avant, sur le trapèze cervical correspondant.

Clavicules. — Assis devant une table. S'accouder. Saisir entre le pouce et l'index de chaque main, l'extrémité interne de la clavicule correspondante et lui imprimer de petits mouvements en tous sens. La détente ainsi obtenue se propage à tout le tronc, avec décongestion pulmonaire, hépato-splénique, contractions digestives, et donne un bien-être céphalique avec décongestion des yeux, du nez et des sinus.

Région pectorale. — Pouce dans l'aisselle, les quatre autres doigts sur la poitrine, mobiliser doucement, la masse des pectoraux, verticalement, par pressions ou en l'attirant en dehors. A recommander aux cardiaque, aux hépatiques, aux bronchiteux.

Abdomen. — Mains enserrant la taille, pouces tantôt en avant, tantôt en arrière, étirer vers le haut ou vers le bas, attirer en dehors; enfin, agiter les dernières côtes de petites secousses imprimant à la colonne dorso-lombaire de petits mouvements de rotation d'un côté puis de l'autre, excellent pour les dyspeptiques.

Région pelvienne. — Station assise ou couchée sur le dos, genoux relevés, mains sur les hanches, pouce sur la crête, iliaques, autres doigts en avant, au-dessus ou au-dessous des plis de l'aine. Ils refoulent la paroi abdominale ou le haut de la cuisse, d'avant en arrière, ou étirent en dehors.

Mains sous la cuisse correspondante, pouce en dehors, le long du trochanter, autres doigts dans le pli fessier. Ces derniers exercent des pressions d'arrière en avant, ou attirent en dehors. Ou bien, le bout des doigts dépassant l'ischion, exerce pressions et tractions en dehors sur le plancher périnéal.

Un poing fermé est pincé entre les cuisses. L'autre main étreint ce poing ou le poignet. Les deux bras exercent des tractions vers le haut, ou des déplacements d'avant en arrière. La détente atteint bas-ventre et racine des cuisses. Elle décongestionne le bassin, et éveille les contractions du gros intestin.

En résumé, pour désengorger tissus interstitiels et drainage lymphatique pour combattre rétraction tissulaire et troubles vaso-moteurs, il ne faut pas d'efforts violents, qui pourraient aggraver les troubles, mais des mouvements doux, par petites saccades, ayant pour effet d'étirer ou de déplacer les tissus, et de les laisser, ensuite, par leur élasticité, reprendre la position de repos, qui se trouve légèrement dépassée, chaque fois un peu plus; c'est ainsi que s'opère la détente des rétractions, la régularisation des réflexes végétatifs, et que s'améliore l'engorgement. Tout rentré dans l'ordre, le sujet devient apte à la gymnastique proprement dite, et à l'entraînement sportif, tant que ne se reproduiront pas les réactions anormales que révèle l'examen des tissus interstitiels. *(A suivre.)*

ACTUALITÉS

SYNCOPES CARDIAQUES ET ADRÉNALINE

Les physiologistes ont dès longtemps reconnu les propriétés anesthésiques de certaines substances; c'est de toute évidence, et au même degré que l'asepsie, une condition qui a permis l'essor de la technique chirurgicale depuis cinquante ans. Il s'en faut, pourtant, quels que soient l'anesthésique et la technique que l'administration de ces substances soit sans risques. En dépit de toutes les précautions, des accidents continuent de se produire et l'on ne peut, en ce domaine, acquérir la liberté d'esprit en s'en remettant au hasard statistique, si clément soit-il. Aussi l'emploi de l'adrénaline au traitement des syncopes anesthésiques, même si les résultats en sont moins constants qu'on les souhaiterait, est-il une arme de plus, et non sans prix.

Les accidents cardiaques au cours de l'anesthésie générale sont de deux ordres : les uns résultent d'une imprégnation toxique et sont relativement tardifs. D'autres, précoces, semblent dus à l'inhibition; ils sont soudains, imprévisibles, le traitement préventif et curatif est sans efficacité. C'est surtout contre ces accidents, les plus redoutables qu'est dirigé le traitement par l'adrénaline. On l'avait depuis longtemps introduite par le chemin de la circulation générale; l'action en est trop faible ou trop lente, somme toute inopérante. On avait essayé la voie intracardiaque avec d'autres médicaments : camphre, tonicardiaques divers, qui ne méritèrent pas de sortir du domaine expérimental. Seule l'*adrénaline en injections intracardiaques* donna des résultats dignes d'attention.

Les travaux de Königstein (1897), de Winter (1905) montrèrent la voie; c'est surtout depuis Esch (1913), Zuntz (1919), que les résultats pratiques devinrent notables. En France, Toupet en 1923 fait, le premier,

connaître des résultats personnels et suscite des imitateurs.

Action de l'adrénaline sur le cœur. — L'état actuel de nos connaissances nous permet de la considérer comme un *puissant excitant des nerfs accélérateurs du cœur*; elle diminue en même temps l'excitabilité des filets cardiaques du pneumogastrique (Mathieu) si elle est un vaso-constricteur périphérique, elle est au contraire, un *vasodilatateur dans le territoire des artères coronaires.*

Elle engendre donc des systoles ventriculaires puissantes et régularise le rythme en faisant cesser, lorsqu'il existe, le blocage du cœur.

Son action directe sur le myocarde est mal connue encore mais ne paraît pas inexistante (1).

L'ensemble de ces propriétés permet donc de comprendre que c'est dans les *syncopes par inhibition,* quel que soit le point de départ du réflexe, que son action se fait le mieux sentir; la fibre nerveuse et la fibre myocardique y sont en effet indemnes.

Il en est autrement dans les syncopes par intoxication où l'une et l'autre sont altérées; sans être à coup sûr irrémédiable la situation est en effet bien plus gravement compromise.

Indications. — Il importe peu en pratique de savoir s'il s'agit d'une dissociation auriculoventriculaire complète ou incomplète; le temps manque en pratique pour résoudre un problème délicat de physiologie; les indications de ce traitement d'urgence doivent être purement cliniques.

Les syncopes chirurgicales sont l'indication principale. — Tantôt il s'agit d'une *syncope réflexe*; la convenance du traitement aux accidents qu'il vise est ici complète comme nous l'avons vu; elle n'est, au contraire, que relative tout en subsistant dans les syncopes tardives. Ce traitement est cependant d'autant plus légitime que les moyens classiques (tonicardiaques, traction de la langue, respiration artificielle) demeurent inopérants. On l'a essayé au cours de toutes les *syncopes anesthésiques :* éther, chloréthyle, protoxyde d'azote, mélanges anesthésiques (Schleich, Billroth) où aucune contre-indication ne paraît exister.

On l'a employé aussi dans l'anesthésie chloroformique; comme nous le verrons il faut ici faire des réserves.

La *rachianesthésie,* qu'il s'agisse de stovaïne, de novocaïne, d'allocaïne a aussi son passif d'accidents cardiaques; peut-être est-ce dans ces cas que les auteurs s'accordent le mieux sur les bienfaits de cette médication.

Le traitement adrénalinique a dans un cas été employé avec succès contre une syncope par le somnifène. On l'a mentionné aussi dans des accidents analogues dus à une *anesthésie régionale, ou locale,* à de simples injections épidurales, même parfois où l'effet d'inhibition semble le plus vraisemblable.

(1) Selon Routier c'est cette action directe sur le muscle qui entrerait seule en jeu, sans intermédiaire de conducteurs nerveux.

Dans tous ces cas c'est la syncope blanche du début qui fournit le plus de succès au contraire de ce qui se produit dans les syncopes bleues.

L'adrénaline peut aussi rendre des services au cours d'*affections médicales* : Delagenière a rapporté un essai d'ailleurs infructueux dans une syncope cardiaque due à l'éclampsie; Sutherland l'a proposée dans le blocage cardiaque d'origine rhumatismale mais comme un traitement d'exception pour des accidents cardiaques nettement prééminents. On l'a proposée aussi dans les cas de *mort apparente du nouveau-né* (Garipuy et Mériel, Le Lorier). Toutes ces indications résultent d'essais encore fragmentaires qui ont besoin de confirmation.

Il est d'autres indications médicales, classiques en tout ce qui n'est pas le mode d'administration du médicament :

Etats de collapsus grave au cours d'affections médicales : diphtérie, coqueluche, angor pectoris, pouls lent permanent, injections d'arsénobenzol.

Syncopes réflexes : par irritation du sympathique ou du pneumogastrique (ponctions pleurales, dilatation utérine ou anale).

On doit également joindre à ces indications les *syncopes par schock traumatique,* les *syncopes par électrocution.*

Contre-indications. — Elles sont évidemment d'autant moins nombreuses que bien souvent on joue le va-tout et que, ainsi que l'ont démontré les autopsies, les lésions du myocarde par des piqûres même répétées semblent être et demeurer bénignes. L'atteinte d'un vaisseau important semble exceptionnelle.

Syncope adrénalo-chloroformique. — Dès 1922, Bardier et Stillmunkes avaient noté chez le chien qu'au cours des syncopes chloroformiques, l'adrénaline loin d'entraver les effets fâcheux de l'anesthésique les renforçait. Plus récemment (1926), Petzetakis précisait qu'après une période sympathicotropique avec amélioration apparente, la mort pouvait survenir brusquement par syncope après une courte période de fibrillation cardiaque due à une excitation secondaire du pneumogastrique. La gravité des accidents semble proportionnée à la dose et à la concentration du médicament.

La voie intra-cardiaque ne semble pas en cause puisqu'on observe des troubles analogues après injection intraveineuse.

Toupet a nié l'existence de semblables phénomènes chez l'homme à moins d'interventions sur les fosses nasales.

Il semble cependant que ce soit à ces phénomènes que l'on peut attribuer l'efficacité du traitement moindre dans les syncopes de chloroforme que dans celles d'autres anesthésiques.

Il convient toutefois de ne pas se priver sans motif sérieux d'une médication qui n'a pas de succédané. Chevrier fait avec raison remarquer que les résultats sont meilleurs *dans les syncopes précoces* où l'imprégnation chloroformique, certainement minime ne permet pas de penser à une association. L'*indication subsisterait donc* dans ces cas.

Il en est différemment dans les syncopes tardives

où la prudence dans les doses et les dilutions est de rigueur et où l'on pourra se féliciter de prendre les précautions conseillées par divers auteurs (Delbet, Douglas) et sur lesquelles nous reviendrons.

Technique. Posologie. — Matériel. — Il n'a rien que de très courant : une aiguille fine et longue (8-10 centimètres) du type *aiguille à ponction lombaire.*

Une seringue de verre ordinaire de 2 centimètres cubes, le tout stérilisé d'avance.

Une solution stérilisée aussi, d'*adrénaline au millième.*

Procédés opératoires. — La ponction cardiaque peut se faire par voie xiphoïdienne; c'est un procédé d'exception. Il ne semble pas qu'il y ait d'avantage ou d'inconvénient à faire parvenir l'injection dans un ventricule ou l'autre. Mais il faut *éviter la cloison interventriculaire et les vaisseaux coronaires antérieurs.* Il faudrait aussi *éviter le poumon.*

Aussi, n'est-ce que chez le nourrisson en état de mort apparente qu'on peut, comme Garipuy et Mériel piquer le cinquième espace intercostal gauche à mi-chemin de la ligne médiane et de la ligne mamelonnaire, l'aiguille étant tenue verticalement.

Chez l'adulte, il faut préférer la *technique de Crile*, adoptée par Toupet.

Lieu de ponction. — *Quatrième espace intercostal gauche au ras du bord sternal et du bord supérieur du cinquième cartilage costal*, donc en dedans du poumon et des vaisseaux mammaires internes.

Manuel opératoire. — Les manœuvres de respiration artificielles naturellement suspendus; le *thorax est maintenu en expiration.*

Premier temps. — Enfoncer l'aiguille normalement à la paroi pendant 2 ou 3 centimètres.

Deuxième temps. — Diriger la pointe de l'aiguille vers la ligne médiane et continuer d'enfoncer.

On perçoit la résistance du myocarde, puis la pointe de l'aiguille devient libre dans une cavité.

Vérifier par aspiration d'un peu de sang que l'aiguille est bien dans une cavité cardiaque.

Pousser lentement l'injection.

Doses. — Pour une injection :*un centimètre cube* (soit un milligramme de substance active), dans un cas cependant, Crile a administré avec succès la dose massive de 10 milligrammes. Il est prudent de s'en tenir à des doses plus faibles, *quitte à récidiver* si nécessaire; on a fait dans un cas jusqu'à six injections sucessives. Chez le nourrisson en état de mort apparente, Walker s'est contenté de 1 ou II gouttes, sans rien obtenir du reste.

On a proposé d'y ajouter le remplissage du cœur avec une solution tiède (sérum adrénaline, liquide de Locke), la ponction de décharge du ventricule droit; il semble que ce soient là des complications plus encore que des améliorations.

Précautions annexes. — L'injection faite, on doit reprendre la *respiration artificielle*, administrer en même temps *des toniques* par voie cutanée ou même intraveineuse (camphre, strychnine, hypophyse, spartéine).

Moment de l'intervention. — Il est indiqué par le sens clinique en présence de l'inefficacité des traitements classiques. Ne pas attendre plus d'un quart d'heure; ce délai semble en réalité exagéré et compromet le succès définitif. Mieux vaut agir au bout de six minutes (Lian) ou même *de deux ou trois minutes* (Toupet).

Une trousse spéciale tenue prête à portée de la table d'opération évitera toute perte de temps.

Résultats. — Immédiats. — *En une minute* au plus les contractions cardiaques doivent reprendre, fortes et régulières; un temps plus long se passe avant reprise de la respiration active.

Mais l'action de l'adrénaline s'épuise vite, de nouveaux arrêts peuvent se produire; on agira comme la première fois.

Une torpeur prolongée qu'on peut observer chez le malade tiré d'affaire n'est pas due à l'action de l'adrénaline mais tient à la durée plus ou moins longue de l'asphyxie bulbaire.

Eloignés. — Les cas actuellement publiés sont trop peu nombreux pour permettre des pourcentages. Les principaux peuvent se résumer ainsi :

	Cas traités.	Succès durables.	Succès transitoires.	Echecs.
Rachianesthésie........	25	20	3	2
Chloroforme	18	10	2	6
Ether................	6	3	2	1
Mélanges anesthésiques.	7	4	1	2
Choc traumatique......	6		5	1
Collapsus médicaux....	8	7		1

Dans les cas définitivement guéris il ne semble subsister aucune séquelle cardiaque.

Syncope adrénalo-chloroformique. — Nous ne reviendrons pas sur ce point. L'existence de ces accidents nécessite certaines précautions; la plus simple serait, comme l'a conseillé Delbet, l'*injection préventive de 1 centimètre cube d'adrénaline avant de commencer la narcose au chloroforme.* Que les troubles à prévenir résultent d'un vagotropisme, ou d'une action plus puissante du chloroforme sur le cœur en présence de l'adrénaline; que les effets de l'adrénaline préventive portent sur le mécanisme général de défense contre les poisons ou qu'ils soient autres, il semble qu'il y ait là une technique exempte de dangers et qui permettra de recourir avec moins d'arrière-pensées à un traitement encore récent dont il faut souhaiter que se confirment les bienfaits.

R. Levent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de l'ulcus gastro-duodénal, par le professeur Fidel Fernandez-Martinez, professeur de pathologie digestive, membre de l'Académie royale de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Grenade (Espagne). Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Un vol. de 138 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1927)

Éloge. — M. G. Roussy, président, prononce l'éloge de Mme Dejerine-Klumpke, dont il rappelle la noble carrière de savante, d'épouse et de mère. Mme Dejerine a été la présidente de la Société de neurologie pendant la guerre, et elle en reste la bienfaitrice par les fondations importantes qu'elle a constituées. M. Long, au nom de la Société suisse de neurologie, M. de Craene au nom de la Société belge de neurologie, apportent également leur hommage à la mémoire de Mme Dejerine.

Spasme de torsion. — M. Heuyer et Mlle Badonnel présentent un spasme de torsion survenu chez une jeune fille dont les antécédents héréditaires sont très chargés, et qui a été atteinte depuis son enfance de crises comitiales et d'états psychopathiques divers de type onirique et de type mélancolique. A seize ans, il se produisit des crises de somnolence et de la diplopie. A vingt ans, hémoptysie tuberculeuse. A partir de l'âge de dix-huit ans, on vit se constituer une contracture progressive, à type de spasme de torsion, qui était d'abord localisée à gauche, et qui s'étend actuellement au côté droit. Il n'existe aucun signe de la série pyramidale, et les signes de la série extrapyramidale, notamment les réflexes de posture, sont inconstants, variables et contradictoires. Hospitalisée à deux reprises, la malade fut considérée comme une pithiatique. Or, malgré l'absence de signes neurologiques objectifs, du fait de la progression lente et inéluctable de la contracture, l'origine organique de ce spasme de torsion paraît incontestable.

Spasme de torsion des muscles de la nuque, révélateur d'une encéphalite fruste. — MM. Fribourg-Blanc et J. Picard montrent un jeune homme qui présente une contracture habituelle des muscles de la nuque rappelant l'ancien torticolis mental. L'évolution donne à penser que ce symptôme est le premier indice d'une encéphalite fruste.

M. Cl. Vincent critique, au sujet de ce malade, le terme de « réflexe de posture », que Sherrington n'emploie nullement dans le même sens que les neurologistes français.

MM. Babinski, Sicard, Guillain et Cornil discutent les indications thérapeutiques. Les sections nerveuses ou musculaires peuvent donner des résultats durables dans certaines variétés de torticolis spasmodique (Babinski), mais non dans les variétés d'origine encéphalique (Sicard, Guillain). Tout appareillage est impossible (Bidou); il faut se contenter, comme chez le malade présenté, de venir en aide aux muscles de la nuque par des bandes de diachylon. Parmi les médicaments, le datura stramonium est le plus efficace (Guillain, Cornil).

Sur huit cas de tumeurs frontales localisées et opérées en 1927. Résultats. — MM. Cl. Vincent et T. de Martel ont opéré huit malades sur lesquels ils avaient fait le diagnostic de tumeurs du lobe frontal. Le diagnostic a été confirmé sept fois. Dans la huitième observation, il s'agissait d'un ramollissement qui s'accompagnait de céphalée localisée et d'hyperémie papillaire. Sur les huit opérés, trois sont morts d'hémorragies. Cinq sont vivants : c'est leur histoire que rapportent les auteurs.

Dans trois de ces cas, le symptôme dominant était constitué par des crises nerveuses généralisées, à allures pithiatiques, dont l'aura était psychique, mais qui s'accompagnaient de dysarthrie passagère.

Dans un autre cas, les symptômes étaient du type cérébelleux et avaient d'abord fait pratiquer une décompression postérieure. L'amélioration passagère obtenue permit de préciser certains symptômes : l'importance des troubles du caractère et l'asymétrie très marquée de la stase papillaire. Une nouvelle intervention sur le lobe frontal amena sur la tumeur.

La dernière observation est celle d'un méningiome de la lame criblée qui avait donné lieu à des symptômes rappelant la paralysie générale. Cependant il existait une exophtalmie à développement lent et des troubles visuels du type de la névrite rétrobulbaire.

Les auteurs concluent qu'il est actuellement possible de soulager, et peut-être de guérir opératoirement les tumeurs cérébrales, même celles dont la localisation est le plus difficile à diagnostiquer.

M. Lhermitte confirme l'importance des troubles psychiques dans les tumeurs du lobe frontal.

M. Barré ayant soulevé la question du traitement radiothérapique des tumeurs, M. Cl. Vincent précise que l'opération, à son avis, doit toujours être tentée, quand elle peut être confiée à un chirurgien exercé à la neuro-chirurgie. L'intervention permet de tenter la chance d'une exérèse complète et curative. A défaut d'exérèse, elle permet un prélèvement biopsique, grâce auquel l'examen histologique fixe les indications et le pronostic du traitement rœntgenthérapique.

Lumbago xanthochromique. Forme pseudo-pottique de tumeur rachidienne. Radio-diagnostic lipiodolé. — MM. Sicard, Haguenau et Wallich présentent un nouveau cas qui s'ajoute à ceux qu'ils ont déjà signalés avec Laplane, de raideur vertébrale simulant le lumbago simple ou le mal de Pott, mais avec xanthochromie du liquide rachidien et arrêt franc pathologique du lipiodol, sans signes radiologiques osseux de lésion pottique. Cette forme est décelable, non par la clinique, mais seulement par les procédés physiques ou biologiques. M. Robineau a eu l'occasion d'opérer deux nouveaux sujets, atteints de cette modalité de compression qui se traduisait par une simple raideur lombaire. Le contrôle opératoire a montré qu'il s'agissait de neuro-gliomes radiculaires de la région lombo-sacrée, situés au voisinage immédiat des trous de conjugaison.

Encéphalographie lipiodolée sinuso-veineuse. — MM. Sicard, Haguenau et Wallich apportent les premiers résultats radiographiques de l'injection de lipiodol dans le sinus longitudinal supérieur. Cette méthode simple, facile à appliquer et à répéter, exempte de tout danger, non douloureuse, est susceptible de donner des renseignements importants au cours des thromboses sinusiennes et peut-être des néoplasies cérébrales. Elle permet, en outre, d'explorer chez l'homme la circulation veineuse cérébrale au point de vue physique et humoral, ce qui n'avait encore jamais pu être tenté jusqu'ici.

M. Cl. Vincent a utilisé la méthode de Dandy par injection directe de quelques centimètres cubes d'air dans un ventricule cérébral. Il en a retiré des renseignements intéressants pour la localisation d'une tumeur.

Variations des réflexes de posture élémentaires en fonction de l'attitude statique générale du parkinsonien. — M. P. Delmas-Marsalet (de Bordeaux), reprenant l'étude du réflexe de posture locale de Foix et Thévenard, qu'il croit mieux dénommé réflexe de posture élémentaire, montre que, chez le parkinsonien, son intensité varie, pour un segment donné, suivant l'attitude générale du corps.

C'est ainsi que, pour le jambier antérieur, le temps de détente, qui mesure l'intensité du réflexe, est de six secondes chez un parkinsonien qui est assis sur son lit, jambes étendues, dos non étayé; il tombe au contraire à une seconde trois cinquièmes lorsque le malade est assis au bord du lit, les jambes pendantes.

Ces variations doivent être rapprochées de celles que subit la rigidité parkinsonienne en fonction de l'attitude statique

générale, variations dont on doit la notion à J. Froment et à ses élèves

La rigidité parkinsonienne n'est-elle pas le témoin de l'involution des réflexes statiques? — MM. J. Froment et Paufique (de Lyon) attirent de nouveau l'attention sur les changements d'intensité et sur les déplacements que, suivant l'attitude statique générale, présente la rigidité parkinsonienne. Ils font remarquer que les uns comme les autres se retrouvent avec des caractères analogues dans les rigidités de déséquilibre que provoque, chez le sujet normal et chez le non-parkinsonien, toute statique litigieuse.

Inconscientes, involontaires, en quelque sorte inévitables et déterminées par des conditions bien définies, ces variations de l'état de la musculature — plus comparables à des contractions soutenues qu'à des modifications du tonus proprement dit — se comportent comme si elles étaient sous la dépendance de réflexes, non pas de réflexes de posture locale, mais bien de véritables réflexes statiques.

Ces réflexes sont, chez l'homme, d'une extrême complexité. Aux réflexes statiques élémentaires étudiés par Magnus et de Klejn et retrouvés par Minkowski sur l'embryon humain se sont superposés, au cours du développement infantile, les réflexes, beaucoup plus compliqués, dont dépendent la station debout et ses infinies modalités.

Les premiers apparus de ces réflexes statiques complexes impliquent un état de contraction diffuse avec vigilance des membres : ils réalisent la statique figée, véritable statique renforcée. Puis ces réflexes se localisent, réalisant la statique a minima. Inhibés, mais non détruits, les réflexes statiques diffus reparaissent chez le sujet normal dès que la station debout est menacée, voire simplement litigieuse.

Tout ne se passe-t-il pas comme si la plupart des attitudes statiques, qu'adopte et que maintient aisément le sujet normal, étaient devenues litigieuses pour le parkinsonien? Tout ne se passe-t-il pas comme s'il y avait, dans l'état parkinsonien, dégression de la fonction statique par involution ou par dissolution progressive des réflexes statiques?

Tumeur de la VIIIe paire droite. Opération. Guérison. — M. Ch. Chatelain (observation présentée par M. Cl. Vincent). Une malade de cinquante-huit ans présente, depuis cinq ou six ans, une surdité progressive, d'évolution très lente, de l'oreille droite, surdité complète depuis le début de 1927.

Dans le courant du mois de juin, la malade se plaint de vertiges qui surviennent d'une façon très irrégulière et qui s'accompagnent d'une perte d'équilibre légère avec tendance à la chute. Au mois d'août apparaît une céphalée occipitale qui survient par crises, et qui s'accompagne de nausées; en même temps les troubles de l'équilibre s'accentuent. A l'examen, il y a stase papillaire avec diminution de l'acuité visuelle, surdité complète à droite, diplopie intermittente, paresthésies dans le domaine du trijumeau droit, latéropulsion droite avec asynergie du membre supérieur et du membre inférieur.

La malade fut opérée par le docteur de Martel le 16 décembre 1926. La tumeur fut vidée suivant la méthode de Cushing.

Il y a exactement quinze jours que la malade est opérée; sa plaie est cicatrisée; elle se tient sur ses jambes et elle doit repartir demain dans son pays. Actuellement la céphalée a disparu. Les phénomènes cérébelleux sont très amendés et l'on peut dire que la vue n'est plus menacée.

Les médecins français, dit M. Vincent, doivent se persuader que les tumeurs de l'acoustique s'opèrent, que l'intervention donne de bons résultats, qu'elle est relativement bénigne, qu'elle le devient chaque jour davantage. Plus un chirurgien opère de tumeurs de la VIIIe paire, moins il en perd. Le moment n'est pas loin où la statistique de MM. Cl. Vincent et de Martel égalera, pour cette variété, celle de Cushing, le maître incontesté de la chirurgie cérébrale. La chirurgie cérébrale est possible, en France comme en Amérique. C'est affaire de volonté et d'apprentissage patient et méthodique, car il n'y a pas de chirurgie cérébrale sans un long apprentissage.

Syndrome d'hypertonie extrapyramidale avec troubles pseudo-bulbaires. — MM. Crouzon, Alajouanine et de Sèze présentent un cas d'hypertonie extrapyramidal, remarquable à la fois par l'intensité et par l'étendue des troubles moteurs observés. Ces troubles moteurs sont de trois ordres : 1° une rigidité plastique considérable des quatre membres, qui entraîne une impotence fonctionnelle à peu près complète et des troubles importants de la statique; 2° des symptômes pseudo-bulbaires, dont le plus évident est une aphonie pratiquement complète; 3° très accessoirement, quelques troubles discrets au niveau des muscles synergiques oculaires.

Les auteurs insistent sur l'absence de lésions pyramidales (force musculaire normale, absence de perturbations de la réflectivité tendineuse ou cutanée), sur l'absence de rire et de pleurer spasmodiques, de troubles psychiques, et sur la conservation du réflexe du voile qui contraste avec l'intensité des troubles de la phonation, enfin sur l'absence de tout ictus au cours de l'évolution qui a été lente et progressive. Cet ensemble de faits justifie l'épithète d' « extrapyramidale », sans qu'on puisse envisager aucun diagnostic anatomique plus précis.

Paralysie radiale bilatérale de type saturnin, mais d'origine syphilitique; évolution aiguë; guérison par le traitement spécifique. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Pierre Blamoutier et Paul Thiroloix présentent une malade qui a réalisé cliniquement le type de la paralysie saturnine, avec localisation bilatérale sur les extenseurs de l'avant-bras. On ne peut incriminer aucune intoxication; il n'y a, en particulier, aucune intoxication saturnine possible.

Le seul antécédent à noter, chez cette malade, est une kératite guérie par le novarsénobenzol. La lymphocytose rachidienne est discrète (trois éléments par millimètre cube). La nature syphilitique de l'affection fut démontrée par l'épreuve du traitement : en quelques mois, sous l'influence du traitement arsénical combiné à l'électrothérapie, les troubles moteurs ont complètement disparu. La guérison persiste depuis un an.

Cette observation se rapproche des quelques cas de paralysie radiale syphilitique publiés jusqu'ici. Elle est intéressante en raison de son allure clinique et de l'influence du traitement. La paralysie s'est installée brusquement par des douleurs extrêmement vives, alors que, dans les cas relatés antérieurement, la paralysie a évolué insidieusement et presque sans douleur. D'autre part, le traitement spécifique, institué dès le début de l'affection, a amené la guérison complète, alors que, dans les autres cas, le traitement est resté inefficace.

Paralysie crurale amyotrophique, consécutive au rhumatisme déformant dorso-lombaire unilatéral. — MM. J. Lhermitte et Kyriaco. Si les paralysies amyotrophiques consécutives au rhumatisme cervical sont bien connues, il n'en est pas de même du rhumatisme lombaire.

Dans le cas présenté, il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint de paralysie amyotrophique très prononcée du quadriceps. Tous les examens étant demeurés négatifs, les auteurs firent exécuter plusieurs clichés de la colonne lombaire. Ceux-ci révélèrent l'existence de déformations osseuses considérables qui portaient sur D_{12}, L_1, L_2, L_4.

Un traitement par des injections de mésothorium, combiné à la médication iodée, détermina une amélioration assez rapide. La force reparut dans le quadriceps, l'atrophie régressa, et les réflexes patellaires, primitivement abolis, reparurent. Les auteurs insistent sur l'unilatéralité de la

lésion vertébrale, qui est un fait assez singulier dans la lombarthrie.

Syndrome sous-thalamique avec participation fruste du noyau rouge. — MM. J. LHERMITTE et MUGNIER. Depuis quelques années, l'étude des syndromes sous-thalamiques a été l'objet de travaux importants et, grâce à eux, il est possible de préciser exactement le siège des lésions dont la topographie s'étend de la calotte pédonculaire à la couche optique.

La présente observation est presque calquée sur celle qui a été publiée par Chiray, Foix et Nicolesco. Il existe, en effet, un tremblement cinétique à type de sclérose en plaques, des mouvements choréiques, une instabilité du membre inférieur au repos et quelques symptômes cérébelleux très nets. Les troubles de la sensibilité subjective, très discrets, se limitent à la face, et il est à relever que, pendant deux mois après l'ictus, le malade a présenté une paralysie croisée de la IIIe paire.

Les auteurs attirent l'attention sur l'insomnie rebelle dont souffre la malade depuis son ictus, et demandent que, dans les observations ultérieures, on recherche systématiquement les perturbations de la fonction hypnique, dont le dispositif régulateur siège, comme on le sait, dans la région sous-thalamique.

Atrophie névritique du sous-épineux, suite d'injections multiples de sérums et de vaccins. — MM. M. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean RAVIER présentent un malade qui est entré dans leur service pour une sciatique, mais chez lequel ils ont remarqué incidemment une atrophie intense et bilatérale des muscles sous-épineux. Cette particularité n'entraîne d'ailleurs aucun trouble fonctionnel. Les auteurs incriminent les multiples injections de vaccins ou de sérums, que le malade a reçues dans cette région, sans établir aucune analogie avec les paralysies amyotrophiques postsérothérapiques.

Amyotrophie cervicale postérieure avec syndrome de Raynaud et dégénérescence pyramidale, d'origine encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Emile BOGUES.

Chorée chronique, cirrhose graisseuse avec adénome du foie. — MM. L. BABONNEIX et A. WIDIEZ présentent les pièces recueillies à l'autopsie d'une vieille femme atteinte de chorée chronique et morte de pneumonie. Comme les autres auteurs, ils trouvent des lésions localisées au noyau caudé et au noyau lenticulaire. Mais, de plus, ils signalent des lésions hépatiques — cirrhose graisseuse avec adénome — qui, jusqu'à présent, n'ont été qu'exceptionnellement observées dans la chorée chronique.

A propos des syndromes infundibulo-tubériens : diabète insipide et syndrome adiposo-génital. — MM. G. ROUSSY, René HUGUENIN et Mlle ROQUES rapportent un cas clinique dans lequel diabète insipide et syndrome de Babinski-Frölich ont débuté brusquement, il y a six ans, et affectent une intensité inaccoutumée : polyurie de 18 litres, augmentation de 43 kilogrammes en huit mois. Ils insistent de nouveau sur l'origine tubérienne de semblables syndromes cliniques. Il n'existe, chez leur malade, aucun signe d'hypertension intracranienne, et l'intégrité radiologique de la selle turcique est parfaite. Les noyaux qui président à la régulation de la diurèse, au métabolisme des graisses et aux fonctions génitales doivent être voisins, et par ailleurs éloignés du chiasma optique, car il n'existe aucun trouble oculaire chez la malade, et, d'autre part, le centre du sommeil doit être plus ou moins distant, car ce dernier n'est pas troublé. C'est du moins l'hy-

pothèse logique qui découle de cette étude, en l'absence de documents anatomiques. La polyurie diminuerait sous l'influence des injections sous-cutanées de lobe postérieur d'hypophyse, non à la suite de la ponction lombaire. Elle a également baissé après un traitement de radiothérapie profonde.

Rigidité parkinsonienne et troubles du métabolisme musculaire. — MM. L. Cornil et Vérain (de Nancy).

Arthropathie vertébrale pseudo-tabétique chez un syringomyélique. — MM. L. Cornil et Francfort (de Nancy).

Encéphalite hémorragique ayant simulé une tumeur cérébrale. — M. B. Conos (de Constantinople).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU KYSTE HYDATIQUE DU POUMON

Le kyste hydatique du poumon est un des plus fréquents après celui du foie; il est plus souvent *primitif* que secondaire à un kyste de ce dernier organe.

Début. — Très lent, très insidieux dans la majorité des cas par :

Douleurs vagues (point de côté, pesanteur).

Dyspnée légère.

Toux quinteuse, sèche, tenace.

Expectoration muqueuse ou muco-purulente.

Hémoptysies. Parfois le premier symptôme en date.

Soit rares et abondantes.

Soit peu abondantes, mais répétées.

Poussées d'urticaire répétées, intermittentes, ou unique.

Etat. — Les signes cliniques dépendent essentiellement :

Du *volume*, du *siège* du kyste.

Et l'on peut distinguer à ce point de vue plusieurs types :

1° **Forme pseudo-pleurétique.** — Il s'agit d'un kyste superficiel siégeant le plus souvent à la base du poumon droit.

Les douleurs sont superficielles à type de *névralgie intercostale* et s'accompagnent de *gêne respiratoire.*

L'examen révèle :

L'*immobilité* et la *voussure* d'un hémithorax, le défaut d'*ampliation thoracique.*

Une *matité* plus ou moins franche dont la limite supérieure est à concavité inférieure. Au niveau de cette zone mate, tranchant sur la sonorité pulmonaire environnante les vibrations sont abolies ; il existe *un silence respiratoire.*

2° **Forme à type de tumeur intrathoracique.** — Il s'agit d'un kyste *volumineux.*

Il peut exister des signes de compression médiastinale.

Un souffle hilaire de compression bronchique.

Le *frémissement hydatique* ne se trouve jamais.

3° **Forme pseudo-tuberculeuse.** — Se rencontre surtout dans les kystes *centraux*, de *volume moyen*, siégeant au *sommet.*

Dans cette forme, on note :

De la gêne thoracique, de la dyspnée, des *hémoptysies* fréquentes.

Parfois l'examen physique reste *négatif.*

Parfois on note quelques modifications du murmure vésiculaire ou des *signes d'infiltration du sommet.*

Tous ces signes contrastent alors avec :

L'absence de bacilles dans l'expectoration;

Un état général relativement bon.

Quels que soient les signes fournis par l'examen clinique, c'est avant tout l'examen radiologique qui fournit les symptômes les plus importants.

La radioscopie doit explorer le thorax dans toutes les positions et selon tous les axes.

Elle montre :

Une ombre *circulaire* et *régulière*, ovale ou *arrondie*, se détachant sur le fond clair du poumon.

La *radiographie* sera prise selon l'axe qui montrera le mieux le siège et la forme de la tumeur.

Evolution. — Tout kyste hydatique reconnu doit *être opéré précocement*, car, à moins de petits kystes subissant la *dégénérescence calcaire*, dans la majorité des cas :

Le *kyste se rompt.*

Cette ouverture peut se faire :

a. *Dans les bronches*; c'est le cas le plus fréquent; cette ouverture se traduisant par la *vomique.* Celle-ci peut survenir brusquement, sans prodromes, ou être précédée de toux quinteuse, d'hémoptysies répétées ou de crachats hémoptoïques.

Le liquide rejeté est *clair*, couleur eau de roches, de saveur salée, contenant quelques mucosités, quelques filets de sang, des débris de *membrane hydatique.*

Au cours de la vomique peuvent survenir des phénomènes « d'*intoxication hydatique* » d'allure sévère.

b. *Dans la plèvre* (signes de pyopneumothorax).

c. Dans l'œsophage, dans le péricarde (exceptionnel).

COMPLICATIONS

1° **Les hémoptysies**, lorsqu'elles sont très abondantes.

2° **L'infection secondaire.** — Elle est en général la conséquence de la vomique et aboutit. soit à la cicatrisation de la cavité purulente au bout d'un certain temps, soit à la « *phtisie hydatique* » de Dieulafoy, soit à l'adjonction d'une *tuberculose pulmonaire.*

DIAGNOSTIC

A. **Positif**, il repose sur l'anamnèse (urticaire), les signes radiologiques, appuyés par :

L'*examen du sang* (éosinophilie).

La *réaction de Weinberg.*

L'*intradermoréaction de Cassoni.*

B. **Différentiel.** — Au *début*, il se pose surtout avec la tuberculose pulmonaire, se baser sur le *milieu*, l'absence de bacilles de Koch après homogénisation et inoculation au cobaye; le bon état général.

A la *période d'état*, on se basera surtout sur la radioscopie, et dans la majorité des cas *douteux* c'est l'interprétation de l'ombre qui se posera le plus souvent avec celle du *cancer du poumon*; c'est dans ces cas que l'appui des examens de laboratoire sera très utile.

A la *phase de kyste ouvert* :

a. Lorsqu'on assiste à la vomique, ses caractères sont suffisamment nets pour qu'elle soit facilement rapportée à sa cause.

b. Après la *vomique*, c'est le diagnostic des cavernes pulmonaires qui se pose, et lorsqu'il y a infection celui de toutes les suppurations broncho-pulmonaires (abcès du poumon, pleurésies interlobaires, etc.).

Tuberculose pulmonaire. Tuberculose des séreuses, par le docteur Pierre Pruvost, médecin des hôpitaux de Paris, médecin du sanatorium de Villepinte. In-16 de 448 pages avec 33 figures dans le texte et 16 planches hors texte. Les Consultations journalières. — Prix : cartonné, 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des violations du Traité de paix. Tome IVe, janvier 1923-décembre 1926, par le docteur Lucien GRAUX. Un fort vol. in-8. Prix : 15 fr. — Paris, Librairie ancienne Honoré Champion.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Les chirurgiens des hôpitaux de Paris étaient représentés depuis sept ans au Conseil de surveillance de l'Assistance publique par M. Charles Lenormant. Sur sa demande, il a été remplacé par M. Fredet.

En témoignage d'affectueuse gratitude pour le dévouement avec lequel M. Lenormant a représenté le Corps chirurgical dans le Conseil, ses collègues, à l'issue de la séance de la Société de chirurgie de mercredi dernier, viennent de lui remettre un objet d'art.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 14 mars 1928, à 8 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du jeudi 16 au lundi 27 février 1928 inclusivement.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le jeudi 10 mai 1928, à 16 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du lundi 16 au mercredi 25 avril inclusivement.

CONCOURS D'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour quinze places d'interne en médecine titulaire des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle, s'ouvrira à Paris, le lundi 12 mars 1928.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau), Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours de 10 à 12 h., et de 14 h. à 17 h., sauf les dimanches.

Pièces à produire : acte de naissance; extrait du casier judiciaire; certificat de revaccination; diplôme de docteur en médecine ou certificat de quatorze inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de médecine de l'Etat; certificat de bonne vie et mœurs; certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris ou d'un établissement hospitalier de province indiquant les services hospitaliers du candidat constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les candidats devront en outre n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er avril de l'année 1928.

Les épreuves du Concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, médecine et chirurgie : 30 points pour cette épreuve qui pourra être éliminatoire;

2° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux : 20 points.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices s'ouvrira le mardi 24 avril 1928, à 8 h. du matin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Après concours, M. Amsler a été nommé chef de travaux de bactériologie.

— TOURS. — Après concours, M. Roy, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien adjoint de l'hôpital général.

INAUGURATION DU CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE MARSEILLE. — Institué par arrêtés ministériels de novembre et décembre 1925, le Centre régional de lutte contre le cancer de Marseille est installé, dans la propriété de l'hospice Sainte-Marguerite, dans des bâtiments spécialement construits et aménagés.

Après deux ans de travaux, le Centre reçoit et traite les cancéreux depuis le début de novembre. Son action s'exerce sur les Bouches-du-Rhône, le Var, les Basses-Alpes, la Corse. Il a déjà coûté plus d'un million deux cent mille francs. Il possède des services de chirurgie, de radiothérapie profonde, de radium [1.300 milligrammes] (pavillon Bergonié). Les laboratoires occupent le pavillon Curie.

Le Centre sera inauguré le dimanche 19 février, par M. le sénateur Paul Strauss, ancien ministre, qui a organisé avec Bergonié la lutte méthodique contre le cancer.

D'éminentes personnalités assisteront à cette cérémonie.

JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX. — Les Journées médicales de Bordeaux, qui doivent avoir lieu cette année à l'occasion du cinquantenaire de la Faculté de médecine de Bordeaux, ont été définitivement fixées du 4 au 7 novembre 1928.

IIe CONGRÈS HISPANO-PORTUGAIS D'UROLOGIE. — Le IIe Congrès hispano-portugais d'urologie (VIIIe de l'Association espagnole d'urologie) se réunira à Madrid, du 10 au 16 mai prochain. Secrétaire général : J. S. Covisa, calle de Alcala, 93, Madrid.

Ve CONGRÈS AMÉRICAIN DE L'ENFANT A CUBA. — Le Ve Congrès américain de l'enfant aura lieu en décembre prochain, à la Havane. Tous les pays de l'Amérique du Sud y seront très largement représentés : l'Argentine, le Mexique, le Chili, le Pérou, la Colombie, la Bolivie, l'Uruguay, etc. La représentation du Brésil est composée de commissions de plusieurs délégués pour chaque Etat fédéral.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. — Le premier cours annuel de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire sera donné du 23 au 28 avril 1928; des affiches ultérieures en donneront le programme complet.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE. — ECOLE D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ. — *Conférences de l'année 1927-1928.* — FÉVRIER 1928. — *Dimanche 19 février*, à 9 h. 30, conférence et exercice pratique, par M. le médecin-major de 1re classe Schneider, médecin chef de l'Ecole supérieure de guerre, sur « Le poste de secours divisionnaire au combat ».

Lundi 20 février. — « Les plaies de l'abdomen par projectiles de guerre », par M. le professeur agrégé Mondor, chirurgien des hôpitaux de Paris.

MARS 1928. — *Dimanche 18 mars*, à 9 h. 30, « Les évacuations dans l'armée », par M. le médecin-major de 1re classe Boyé, de l'état-major général de l'armée.

Lundi 19 mars. — « La lutte antivénérienne dans l'armée », par M. le docteur Gastou, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis.

AVRIL 1928. — *Dimanche 15 avril*, à 9 h. 30, « Les services administratifs du Service de santé », par M. l'officier d'administration principal de réserve Bouillard.

Lundi 16 avril. — « Les blessures de la région de l'épaule par projectiles de guerre », par M. le docteur Capette, chirurgien des hôpitaux de Paris.

MAI 1928. — *Dimanche 20 mai*, à 9 h. 30, « Le service dentaire dans l'armée mobilisée, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires. Son utilité au point de vue de l'hygiène sociale », par M. le médecin principal de réserve Friteau.

Lundi 21 mai. — « Les plaies du cou par projectiles de guerre », par M. le professeur agrégé Mocquot, chirurgien des hôpitaux de Paris.

JUIN 1928. — *Dimanche 17 juin*, à 9 h. 30, « Equipement du Service de santé d'un front d'armée », par M. le médecin principal de 2e classe Schickelé, de la section technique du Service de santé.

Lundi 18 juin. — « Le conflit des idées sous les tropiques; le médecin d'influence », par M. le médecin principal de 1re classe Abbatucci, des troupes coloniales.

JUILLET 1928. — Conférence ; visite au Val-de-Grâce.

N. B. — Les conférences ont lieu, en principe, le troisième lundi du mois, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 20 h. 30.

Les réunions du dimanche matin sont communes aux quatre Ecoles de perfectionnement du Service de santé, dentistes, officiers d'administration, pharmaciens et médecins. Elles ont lieu à 9 h. 30 dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Etant donné le très grand nombre d'assistants, nos confrères sont priés d'arriver un peu avant 9 heures pour que la conférence commence exactement à 9 h. 30.

Chaque réunion du dimanche matin compte à la fois comme conférence et exercice pratique, donnant ainsi deux présences pour la carte de surclassement.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — M. Sainton fera le dimanche 5 février, à 10 h. précises, à l'amphithéâtre des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères, une conférence sur « Comment diagnostiquer et traiter une encéphalite léthargique? »

LE VIN D'ORANGES EN OCÉANIE. — Un décret du 1er avril 1921 disposait que, par dérogation au décret du 28 octobre 1908, portant interdiction de fabriquer et de mettre en vente des boissons fermentées dans les établissements français de l'Océanie, la fabrication et la vente d'une sorte de vin obtenu par la fermentation des oranges pourraient être autorisées dans cette colonie.

Les indigènes océaniens ont mis à profit l'autorisation qui leur a été accordée, ainsi que l'extrême difficulté de la surveillance de leur fabrication et du contrôle de leurs produits, pour se procurer une boisson d'un haut degré alcoolique provoquant très rapidement une ivresse tout à fait dangereuse. Les abus et les désordres auxquels a donné lieu le décret du 1er avril 1921 sont tels que le ministre des Colonies vient de faire signer un décret en prononçant l'abrogation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Bénard (de Paris), frère de notre confrère le docteur Henri Bénard, médecin des hôpitaux, auquel nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie ; de M. le professeur Johannes Fibiger (de Copenhague), titulaire du prix Nobel de médecine en 1927. Bien connu par ses travaux sur le cancer, le professeur Fibiger avait reçu le grade de docteur honoris causa de l'Université de Paris en novembre dernier; de MM. les docteurs Charles Huet (d'Anderlecht), Houbotte (de Bruxelles), J. Pallier, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Boutrois (d'Isigny).

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT ACTUEL
DU
CANCER DE LA LANGUE
INDICATIONS, TECHNIQUES ET RÉSULTATS [1]

PAR MM.

G. JEANNENEY, Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien adjoint du Centre contre le cancer de Bordeaux.

et

R. MATHEY-CORNAT, Chef de clinique à la Faculté, Chef de laboratoire au Centre contre le cancer de Bordeaux.

Le cancer de la langue est une des formes les plus malignes de cancer que nous ayons à traiter. Exception faite pour quelques rares épithéliomas papillaires ou tubulés à évolution lente (dix-huit mois à deux ans), le carcinome type de la langue tue dans les douze à seize mois.

Or, *son diagnostic est des plus facile*; aussi, est-il surprenant et déplorable de voir arriver trop tard au chirurgien ou au spécialiste bon nombre de malades atteints de cette affection. D'emblée, le pourcentage des cas incurables s'élève à 60 p. 100 dans beaucoup de statistiques; au Centre du cancer de Bordeaux, on compte 88,70 p. 100 de cas moyens et avancés, et 30 p. 100 des malades n'arrivent à la consultation qu'après le sixième mois. Le pourcentage des cas au début c'est-à-dire curables, est faible, soit 11 à 19 p. 100 selon les auteurs; la Mayo Clinic (Judd) plus heureuse en enregistre 40 p. 100 (28). L'importance du *diagnostic précoce* doit donc être tout particulièrement signalée au médecin et même au public.

Prophylaxie. — L'étiologie nous permet de tirer quelques notions utiles à la prophylaxie du cancer de la langue. Plusieurs faits sont ici patents; ainsi pour ce qui est du *sexe* et de *l'âge*, les trois-quarts de ces cancers frappent des hommes qui ont dépassé quarante ans; la moyenne est de cinquante-huit ans dans nos statistiques.

En ce qui concerne la *classe sociale*, sur 106 cas traités au Centre du cancer, à l'hôpital, en quatre ans, nous avons vu 4 malades en clientèle privée, proportion que l'on ne retrouve pas pour les autres cancers.

La syphilis a une valeur étiologique incontestable (17 à 35 p. 100). Enfin les irritants locaux, l'alcool, le tabac, la pyorrhée alvéolo-dentaire, les caries dentaires, sont loin d'être négligeables; c'est ce qui rend sans doute le cancer plus fréquent dans la classe pauvre où les soins de la bouche laissent souvent à désirer.

Il faut donc conseiller une correcte hygiène buccale, l'abstention d'irritants, la mise en état des dents et surtout le traitement régulier de la syphilis. Lorsqu'un malade présente une *plaque de leucoplasie* ou une ulcération pré-cancéreuse, il faut suivre cette prophylaxie plus strictement encore : supprimer tabac et alcool, traiter la syphilis et si la plaque est limitée, l'extirper; si elle est étendue, la traiter par une application de radium ou par la diathermo-coagulation.

Directives du traitement. — 1° Le cancer de la langue est un cancer d'origine épidermique, un *épithélioma pavimenteux*, sensible aux radiations; mais c'est un cancer muqueux (épidermoïde du type des muqueuses) dont l'évolution est de ce fait beaucoup plus grave. Sa forme, en général *spino-cellulaire* (baso-cellulaire dans 6 à 8 p. 100 des cas), le rend plus difficilement vulnérable que les autres épithéliomas pavimenteux.

2° Ce cancer envahit rapidement les *territoires ganglionnaires* correspondants. Or, on peut, dans la plupart des cas guérir la lésion linguale tandis que la difficulté réside dans le traitement de l'adénopathie; c'est d'elle que partent les récidives.

3° Le cancer de la langue comme tout cancer ulcéré est le siège d'*infections* secondaires.

* * *

Trois méthodes thérapeutiques peuvent être employées : chirurgie seule; radiations seules; association radio-chirurgicale.

I. Traitement chirurgical seul. — Ce traitement préconisé par Chassaignac, Whitehead, Kocher, Butlin, Poirier, Morestin, Sébileau et Vallas est encore utilisé par quelques chirurgiens.

L'*opération en un temps*, enlevant en un seul bloc la tumeur et son territoire ganglionnaire, a été abandonnée à cause de sa gravité immédiate (mortalité oscillant de 16 à 33 p. 100).

L'*opération en deux temps*, glossectomie suivie du curage ganglionnaire cervical bilatéral, bien moins grave (mortalité de 6 à 8 p. 100), donne des résultats variables avec les séries, puisque Sébileau et Vallas arrivent au chiffre moyen de 15 p. 100 de survies après trois ans et Capette, de 18 p. 100; par contre, Dollinger, de Budapest, n'avait plus un seul survivant sur 25 opérés après deux ans!

La technique de ce traitement a été fixée par Sébileau (47) et Vallas (51) au Congrès français de 1919 et par Küttner à la Société de chirurgie de Berlin en 1923. Elle comprend : 1° l'exérèse linguale (glossectomie totale ou hémiglossectomie), de préférence par les voies naturelles.

2° L'exérèse ganglionnaire « nécessaire et suffisante, enlevant en bloc les ganglions cancéreux ou présumés cancéreux, ablation large, copieuse de tout le groupe lymphatique auquel appartient un ganglion frappé ; ce n'est pas seulement l'ablation de segments d'organes auxquels ces ganglions peuvent éventuellement adhérer, tels le sterno-cléido-mastoïdien et la jugulaire, mais encore, quand ils ont conservé leur mobilité dans le gîte qui les abrite, l'ablation de tout leur entourage cellulo-graisseux, de toute la coulée conjonctive qui les relie au voisinage, et celle aussi des glandes salivaires qui sont

(1) Travail du *Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest*. (Fondation Bergonié. Directeur : Prof. Réchou.)

à leur contact, telle que la sous-maxillaire » (Sébileau).

De plus en plus, on tend à associer à ce traitement, les radiations, et certains cancérologues même en sont venus, ces temps derniers, à traiter exclusivement par les radiations le cancer de la langue et ses adénopathies (de Nabias).

II. Traitement par les radiations seules. — Ce traitement doit obéir aux règles générales de l'irradiation des tumeurs, c'est-à-dire réaliser une irradiation homogène, continue, pénétrante, et ce, pendant une durée suffisante pour frapper les différentes lignées cellulaires cancéreuses pendant leur période de radio-sensibilité maxima. La réalisation d'une *dose cancéricide* en profondeur exige par la convergence des rayonnements utilisés (méthode des feux croisés) une radio-épidermite franche de surface. En théorie, la supériorité des méthodes radiothérapiques serait de parer aux risques de dissémination et d'embolisation néoplasiques, risques forcés lors des larges interventions à la Morestin.

La *rœntgenthérapie* a été réservée jusqu'ici au traitement de certains cancers dorso-linguaux postérieurs d'un accès impraticable par la curiepuncture; son efficacité paraît non douteuse dans les adénopathies cervicales; mais ayant été tentée surtout dans les cas avancés, on ne possède pas de statistique d'ensemble permettant de fixer les résultats éloignés obtenus. Au Centre de Bordeaux, elle a donné sur 15 cas de cancers de la base, 5 cicatrisations persistant au delà de six mois.

Lorsqu'on veut traiter par les radiations seules un cancer de la langue, c'est actuellement à la *curiethérapie* qu'on a recours. La technique comprend :

1° Un aiguillage homogène de la lésion cancéreuse linguale;

2° La mise en place d'un appareil de curiethérapie en surface, appareil moulé en cire Columbia, porteur de tubes de radium bien filtrés (tubes de 10 milligrammes RaE, avec filtration de 2 millimètres de platine) et dont la disposition est commandée par la topographie des lésions à traiter; on peut adopter soit la *curiethérapie moyennement pénétrante* (distance de 3 à 6 centimètres à la peau), soit la *télécuriethérapie* (distance de 6 à 10 centimètres à la peau).

Les appareils sont chargés à 200 ou 300 milligrammes de radium-élément et la dose employée est évidemment variable avec la surface d'irradiation. Le temps d'application varie en moyenne de douze à dix-huit jours [1].

Les résultats de ce traitement curiethérapique paraissent favorables, mais il est difficile de préciser par des chiffres. C'est un traitement qu'on doit réserver aux malades résistants, porteurs de cancers encore jeunes et susceptibles de faire les frais d'une réparation tissulaire, après la cytolyse et la leucopénie que provoquent les irradiations.

[1] On ne peut ici entrer dans les détails techniques concernant les modalités d'appareils à radium utilisés. Le calcul des doses se fait soit en millicuries-détruits (m. c. d.) à la surface, en tenant compte de l'éloignement (loi du carré des distances), soit en unités-Dominici (u. D.) calculées à l'aide des iono-micromètres (Proust et Mallet).

Personnellement nous pensons que la curiethérapie externe de surface doit être une *curiethérapie de complément*, secondant l'action chirurgicale sur les ganglions cervicaux, action chirurgicale qui jusqu'à ce jour reste majeure.

Ce traitement curiethérapique ne pourrait être envisagé comme *traitement de fond* que dans les cas de contre-indication opératoire. C'est une faute, à notre avis, de réserver comme on l'a fait jusqu'à présent la curiethérapie aux cas avancés. Lorsque l'heure chirurgicale est passée, l'heure curiethérapique n'est pas loin de l'être également.

III. **Traitement mixte radio-chirurgical.** — Le traitement mixte radio-chirurgical est le traitement de choix, celui que depuis 1922 nous appliquons au Centre du cancer de Bordeaux.

En France, Regaud (40) et ses collaborateurs (41), Proust et Maurer (38), Bérard (3), Guyot et Jeanneney (8), Roux-Berger et Monod, etc. (44); en Belgique, Bayet et Sluys (1); aux Etats-Unis, Muir (34), Douglas Quick, etc. (39), se sont plus particulièrement attachés à en formuler les règles générales et à mettre au point les techniques.

Voici les étapes que comporte ce traitement :

A. Biopsie. — La biopsie bien faite n'a pas d'inconvénients, les risques de généralisation restent hypothétiques. On la pratique aisément après badigeonnage au liquide de Bonnain, et en se servant d'une pince à emporte-pièce. Le fragment fixé dans la solution de Bouin sera aussitôt envoyé au laboratoire. La biopsie aidant la clinique peut seule permettre :

1° De porter un diagnostic exact au début;

2° De renseigner sur la nature histologique de la tumeur (épithélioma spino- ou baso-cellulaire);

3° De donner un aperçu sur sa malignité apparente d'après l'allure plus ou moins envahissante du carcinome, le type plus ou moins anarchique des cellules, la forme de leurs noyaux, leurs réactions colorantes, les réactions du stroma, enfin le nombre et le type des mitoses (index karyokinétique de de Nabias et Forestier).

L'établissement d'un *index de malignité* permettra de sérier les formes de cancer de la langue et de distinguer les formes papillaires à faible malignité et à croissance lente, des formes à forte malignité, à croissance rapide, qui métastasient précocement et sont souvent incurables moins de deux mois après leur mise en évidence clinique. Dans ce sens, la révision des observations antérieures est à faire; il y a là un facteur dont les statistiques ultérieures devront tenir compte [1].

B. Traitement médical. — *Soins pré-opératoires.* — Le malade doit être préparé avec soin : désinfec-

[1] Broders en 1920 établit comme suit le pourcentage des guérisons obtenues dans le traitement du cancer des lèvres en tenant compte de la division en quatre groupes de malignité différente :

Premier groupe.....	95,5 p. 100	de guérisons
Deuxième groupe....	79,3	—
Troisième groupe ...	35,1	—
Quatrième groupe...	0	—

Dans cette statistique, l'index de malignité s'élève en passant du groupe 1 au groupe 4; il est maximum dans ce dernier.

tion de la cavité bucco-pharyngienne, ablation des dents cariées, nettoyages répétés de la tumeur par attouchements à l'eau oxygénée, à l'arséno-benzol en solution au 1/20, à l'adrénaline dans les cas qui saignent. Dans les cas infectés, on pratiquera une série d'injections intramusculaires de 8 à 10 centigrammes de sulfarsénol, la semaine précédant l'intervention chirurgicale. Le malade sera nourri à la sonde dès la veille. On traitera la syphilis en évitant l'administration de sels de potassium. On tonifiera l'état général par des arsenicaux, de petites doses d'arsénobenzol. Les colloïdaux, le sélénium, le magnésium pourront également être employés sans danger.

C. Traitement local. — Le traitement local comprend trois étapes successives :

1° Ablation chirurgicale des ganglions;
2° Traitement de la lésion linguale au radium;
3° Irradiation complémentaire du cou.

Chronologie des traitements. — Les avis sont partagés à ce sujet. Certains préconisent le *traitement ganglionnaire second*, c'est-à-dire consécutif au traitement de la lésion linguale par le radium. Roux-Berger et O. Monod invoquent en faveur de cette succession des temps opératoires, la difficulté de l'aiguillage lingual après les grands évidements carotidiens surtout avec section de l'angle de la mâchoire, en raison du trismus qui s'ensuit; de plus la cicatrisation de l'ulcération linguale traitée la première ferait disparaître l'élément infectieux surajouté et déterminerait très souvent une certaine régression des adénopathies qui rendrait la cure chirurgicale seconde relativement plus aisée.

Pratiquement, l'expérience nous conduit à penser qu'il vaut mieux circonscrire les lésions d'abord et *commencer par le temps cervical*; et ce pour plusieurs raisons :

a. La ligature de la carotide externe faite au cours du temps cervical premier fait l'hémostase et prévient les hémorragies que peut causer parfois la radiumpuncture linguale;

b. Après radiumpuncture première, les ganglions subissent d'une façon à peu près constante une poussée qui rend leur ablation plus difficile;

c. La radiothérapie ou la curiethérapie externe faite parfois dans un premier temps multiplie les difficultés de l'exérèse chirurgicale seconde. Sauf dans des cas exceptionnels, nous restons attachés à la technique du *temps ganglionnaire cervical premier* (temps aseptique de Proust et Maurer) suivi, huit à dix jours après, de la curiepuncture linguale.

1. **Ablation chirurgicale des ganglions cervicaux.** — Le traitement des adénopathies cervicales constitue la pierre d'achoppement du traitement du cancer de la langue. Seule jusqu'ici, « la chirurgie a donné des survies éloignées dans la cure de ces adénopathies ». (Regaud.)

Fréquence des adénopathies. — Cette fréquence est diversement interprétée par les auteurs; *a priori*, étant donné la richesse des réseaux lymphatiques de la langue, *on doit considérer comme constant l'envahissement lymphatique au moins histologique*, sinon clinique. Cette fréquence est maxima (80 à 90 p. 100) dans les cancers de la base, plus latents, plus longtemps méconnus.

Dans tout cancer de la langue, même des plus limité, les adénopathies peuvent être décelées par un examen soigneux dans 60 à 70 p. 100 des cas suivant les séries.

Siège des adénopathies. — Les adénopathies sont très fréquemment sous-angulo-maxillaires ou carotidiennes hautes dans les cancers postérieurs glosso-amygdaliens et marginaux postérieurs; elles sont surtout carotidiennes moyennes et sous-maxillaires dans les cancers marginaux; les adénopathies sous-mentales ne sont pas rares. En général, les ganglions carotidiens envahis sont d'autant plus bas situés que la lésion est plus antérieure. Mais, en somme, il n'y a, au sujet de l'ensemencement ganglionnaire aucune règle fixe et celui-ci est parfois lointain, souvent croisé [1].

Nature des adénopathies. — Seul l'examen histologique des ganglions enlevés a pu apporter quelque lumière à cette étude. Encore ne faut-il tenir compte de cet examen que s'il est positif; une réponse négative n'a aucune valeur absolue, car il faudrait des coupes équatoriales et des coupes en série de tous les ganglions enlevés pour que l'examen histologique pratiqué soit probant. (Lecène.)

En pratique donc, et malgré les résultats souvent négatifs de la biopsie, la majorité des ganglions doit être considérée comme néoplasique. Nos statistiques donnent un pourcentage global de 60 p. 100 de métastases ganglionnaires confirmées histologiquement.

Les ganglions immobiles étaient dans nos séries toujours épithéliomateux. Parmi les ganglions perceptibles et mobiles, 50 p. 100 environ ont été trouvés métastatiques, et parmi ceux qui cliniquement n'étaient pas perceptibles, un minimum de 10 p. 100 était déjà envahi par l'épithélioma; ce qui nous conduit à suspecter dans au moins 60 p. 100 des cas l'envahissement néoplasique des ganglions satellites du cancer lingual, *que ces ganglions soient ou non perçus cliniquement.*

On ne peut que difficilement préciser le pourcentage des *adénopathies inflammatoires*. En fait, les adénopathies sont le plus souvent *mixtes*, c'est-à-dire inflammatoires et néoplasiques.

Indications du traitement chirurgical. — A la notion admise par Poirier de la nécessité d'un évidement bilatéral, s'est substituée la possibilité de se contenter d'un traitement homolatéral dans le cancer marginal limité, quitte à réserver le traitement bilatéral pour les cancers de la pointe, de la base, les cancers avec adénopathies croisées.

L'exérèse doit obéir aux règles générales de la chirurgie du cancer. Il faut :

a. Enlever en bloc, en vase clos, pour ainsi dire,

[1] On se reportera pour la description topographique des ganglions lymphatiques dans les territoires cervicaux (ganglions du triangle antérieur et du triangle postérieur) au beau rapport de Sébileau paru au *Congrès franç. de chir.*, Paris 1919, pp. 209-211.

tous les ganglions quels qu'ils soient avec leur atmosphère cellulo-graisseuse, en travaillant en tissu sain, au ras des muscles et sans hésiter à sacrifier le sterno-cléido-mastoïdien pour se donner un large jour ou la veine jugulaire d'un côté si elle apparaît le moindrement suspecte;

b. Pratiquer cette exérèse en allant de la périphérie saine vers le centre infecté;

c. Respecter au maximum l'asepsie cellulaire, c'est-à-dire rejeter tout tampon qui aura touché une zone suspecte, changer d'instruments ou de gants au cours de l'opération, et remplacer le bistouri qui peut transporter les cellules néoplasiques rencontrées par le *thermocautère* (Jeanneney) qui les détruit sur place et peut même obturer les lymphatiques infectés ouverts.

Anesthésie. — L'anesthésie *locale* [1] ou *régionale* risque d'ouvrir des territoires lymphatiques infectés ou embolisés. Nous donnons la préférence à l'anesthésie *générale* au chloroforme après atropine-morphine et pratiquée avec la pipe de Delbet-Sébileau. Certains auteurs (Vitrac, Proust et Maurer) préconisent l'éthérisation rectale.

Techniques. — Un *premier groupe* de techniques vise large. Ce sont les interventions élargies type Morestin, de Sébileau-Vallas, Crile, Roux-Berger, Forgue (16). Elles comportent :

a. L'incision stellaire, l'incision en Y ou l'incision en volet dont la charnière correspond au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien;

b. La dissection de la loge sous-maxillaire;

c. La dissection de la région carotidienne avec libération du sterno-cléido-mastoïdien de haut en bas, l'isolement du nerf spinal et sa résection si nécessaire en allant jusqu'aux muscles de la nuque; enfin la mise à nu de la veine jugulaire interne et sa résection si nécessaire après section entre deux pinces et ligature.

d, La dissection du creux sus-claviculaire jusqu'à sa base.

Fidèle à ses principes, de partir des parties les moins atteintes pour aller vers les plus atteintes, Morestin fait converger son action vers la bifurcation carotidienne qui représente le carrefour dangereux où les adhérences sont le plus menaçantes.

L'incision de Roux-Berger (43) est reportée en arrière: elle suit le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Cet auteur avec Crile et Forgue, a pour principe, et à juste titre, de tout sacrifier à la réalisation d'une opération très complète, *sans considération de volume des adénopathies*, même lorsqu'elles ne sont pas perceptibles. Ce souci de faire une opération complète et d'éviter les greffes cancéreuses l'incite, après l'évidement sous-maxillaire, à pratiquer un évidement carotidien et sus-claviculaire aussi minutieux que possible, en clivant de bas en haut les vaisseaux jugulo-carotidiens et sacrifiant délibérément le sterno-cléido-mastoïdien, la veine jugulaire interne, le spinal. Quand la masse rétro-angulo-maxillaire est un peu volumineuse et paraît fixée dans la profondeur, il sectionne le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien et recommande même, pour se faire plus de jour, de sectionner l'angle du maxillaire.

Un *deuxième groupe* de techniques plus conservatrices et plus opportunistes tendent à ménager le sterno-cléido-mastoïdien et la veine jugulaire (Proust et Maurer, Bérard, Jeanneney, P. Moure, etc.).

Dans un premier temps, la gaine du sterno-cléido-mastoïdien est ouverte au thermocautère (21) et le muscle récliné en arrière. On découvre ainsi en ouvrant le feuillet profond de la gaine, les ganglions rétro-jugulaires que l'on isole de haut en bas et que l'on récline en avant avec leur atmosphère celluleuse. Arrivé jusqu'au bord postérieur de la veine jugulaire interne, si celle-ci peut être conservée, on la libère et on la récline en avant. On découvre le bulbe carotidien et l'on pratique la *ligature de la carotide externe* au-dessus et au-dessous de la linguale par le procédé si simple de Hartglas (25).

La ligature faite, on décolle tout le tissu cellulaire le long du bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'au pédicule facial qui est lié.

On reprend alors le clivage cellulo-ganglionnaire pré-jugulaire, de l'omo-hyoïdien au maxillaire inférieur, toujours en disséquant au thermocautère et l'on arrive ainsi à évider toute la loge sous-maxillaire. On enlève d'un seul bloc la nappe sous-hyoïdienne.

On ferme en un ou deux plans selon les possibilités, en s'efforçant de rapprocher le sterno-cléido-mastoïdien du digastrique et de l'omo-hyoïdien. Une mèche de gaze est laissée quarante-huit heures.

Soins post-opératoires. — On continue après l'intervention les soins de la bouche; l'alimentation liquide sera reprise et le malade levé à la vingt-quatrième heure après l'opération.

Contre-indications opératoires. — L'exérèse ganglionnaire chirurgicale est formellement contre-indiquée lorsqu'il existe un envahissement du plancher buccal ou des masses ganglionnaires volumineuses trop adhérentes et *a fortiori* ulcérées.

Choix des différents procédés opératoires. — Le choix de la technique d'exérèse cervicale ganglionnaire, tout le monde étant d'accord sur les principes de l'exérèse large, est conditionné par le stade évolutif des lésions ganglionnaires sur lesquelles on intervient. Aux cas cliniquement sans adénopathie ou à ganglions mobiles, convient une dissection cellulo-ganglionnaire non élargie si elle est précoce. Seul le point d'attaque varie. Au cas où les ganglions sont perceptibles, adhérents, convient l'exérèse élargie avec sacrifice du S. C. M. de la jugulaire. L'attaque des tumeurs ganglionnaires par la voie rétro-jugulaire donne un large jour sur les gros troncs artériels (11) et permet une libération plus aisée en allant d'emblée au danger, c'est-à-dire au bulbe carotidien (37).

Résultats de la chirurgie ganglionnaire. — La

[1] Roux-Berger opère sous anesthésie locale (100 à 150 centimètres cubes de novocaïne adrénalinée à 1 p. 200). Il réalise une infiltration sous-cutanée de tout le quadrilatère compris entre la branche horizontale du maxillaire, la clavicule, la ligne médiane, le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

mortalité opératoire est inférieure à 5 p. 100. On compte environ 40 à 50 p. 100 de récidives au cours des trois années qui suivent l'intervention, récidives qui se décomposent comme suit dans nos statistiques (26) :

Après un an..........	25 p. 100
Après deux ans.......	12
Après trois ans.......	8

Après trois ans, les seuls cas de guérison relevés sont ceux parmi lesquels le curage ganglionnaire figure comme associé à la radiumpuncture linguale.

2. **Destruction de la tumeur linguale.** — La destruction de la tumeur linguale peut être poursuivie, soit par la *diathermo-coagulation*, soit par la *radiumpuncture*. C'est à cette dernière méthode qu'on a le plus souvent recours.

1° Diathermo-coagulation. — La diathermo-coagulation a pour objet de détruire in situ et profondément les cellules néoplasiques sans risques d'essaimage, avec hémostase d'emblée; c'est une opération pratique, rapide, qui n'entraîne pas de grosses réactions, dont les effets sont rapidement constatables et qui n'est suivie secondairement ni d'atrophie, ni de nécrose. Elle représente l'opération locale idéale du cancer dont le pourcentage de récidives se voit ainsi fortement abaissé [1].

Les résultats obtenus par la diathermo-coagulation utilisée localement sont à peu près analogues à ceux que donne la radiumpuncture linguale, c'est-à-dire 70 à 80 p. 100 de cicatrisations maintenues après trois ans (6). Elle est plus particulièrement indiquée dans les cancers linguaux de petites dimensions, n'intéressant pas la base.

2° Radiumpuncture linguale. — Huit jours après le temps ganglionnaire, les soins buccaux ayant été continués attentivement, on aborde la radiumpuncture de la tumeur.

L'*anesthésie* est indispensable. L'anesthésie régionale par infiltration au-dessus de l'épine de Spix, ou plus simplement un bon badigeonnage de la lésion linguale à la liqueur de Bonnain suffit, surtout si le malade a reçu une heure auparavant 1 centigramme de morphine.

L'*aiguillage* sera fait en respectant les règles de l'irradiation homogène. On place en général une couronne d'aiguilles de 2 milligrammes de radium-élément (avec filtration de 0mm5 de platine) à la périphérie de la tumeur (aiguillage péri-tumoral en bordure); ces aiguilles sont enfoncées jusqu'à la garde et distantes d'environ 1 centimètre les unes des autres. Si une traînée indurée suspecte paraît prolonger la tumeur, elle est également puncturée. La masse tumorale reçoit des aiguilles de 1 milligramme disposées en quinconces (aiguillage intratumoral). Les aiguilles courtes de 26 millimètres de long sont réservées aux tumeurs de la pointe, des bords, aux ulcérations superficielles; les aiguilles longues de 44 millimètres aux cancers de la base et aux volumineux bourgeons.

On peut avoir également recours à l'inclusion au trocart (de Nabias) de tubes courts de 2 milligrammes R. a. E. filtrés à 1 millimètre de platine; ces tubes sont montés à l'extrémité d'un fil de maillechort recuit de 5/10 de millimètre d'épaisseur.

L'emploi des *tubes nus* chargés d'émanation de radium ou radon (Janeway) doit être rejeté vu les dangers de radionécrose massive avoisinante qu'ils comportent.

La substitution à ces tubes nus, en verre, de *tubes filtrés* à 0mm2 d'or (Failla, Quick) constitue un progrès, mais insuffisant (31). On doit préférer la méthode française du rayonnement gamma filtré, pénétrant, beaucoup moins cytocaustique et beaucoup plus électif au point de vue biologique. Les doses sont de 15 à 20 millicuries détruits (m. c. d.) en moyenne; ce qui représente, suivant les cas, un temps d'application de sept à huit jours [1].

L'aiguillage doit être correctement poursuivi; c'est là un acte chirurgical dont on ne saurait se désintéresser. Les cancers de la base, bien que comparables à ceux de la pointe, ont jusqu'à présent donné de moins bons résultats parce que leur destruction était moins correctement assurée que celle des cancers aisément abordables.

Les accidents après radiumpuncture sont rares : hémorragies linguales, nécroses, abcès.

La radiumpuncture donne, d'après nos statistiques, *80 p. 100 de cicatrisations locales contrôlées après trois ans*. Restent 20 p. 100 d'échecs : 12 p. 100 attribuables aux radionécroses tardives; 8 p. 100 à des stérilisations insuffisantes dans des cas trop envahissants. C'est dire, que, pratiquement, si l'on applique la radiumpuncture à des cas au début ou à des cas moyens, on peut guérir presque à coup sûr le patient de sa tumeur linguale. C'est là un énorme progrès sur les thérapeutiques antérieures.

3. **Traitement radiothérapique ou curiethérapique de complément.** — Le temps radio- ou curiethérapique externe cervical troisième ou complémentaire a pour but de détruire les cellules néoplasiques qui ont pu échapper au curage ganglionnaire.

Ce temps est théoriquement logique, mais pratiquement nous tendons à le réserver soit pour parfaire une exérèse chirurgicale jugée insuffisante (radiothérapie de consolidation), soit pour traiter une récidive locale [radiothérapie de suppléance [2]].

Il est difficile de chiffrer les résultats obtenus par ces techniques, car d'une part elles ont jusqu'ici été

---

(1) L'exérèse cervicale ganglionnaire a été poursuivie par certains auteurs et par nous-mêmes à la diathermo-coagulation. Dans ces cas, le couteau diathermique doit être manié avec une grande prudence, surtout lorsqu'il avoisine les gros troncs vasculaires carotidiens [risques d'hémorragies secondaires).

(1) L'école de Proust se base pour la durée d'application du radium, sur l'index karyokinétique de de Nabias et Forestier; le temps d'irradiation étant proportionnel au pourcentage des mitoses, on posera par exemple, pour un index de 1/50 à 1/100, huit aiguilles de 2 milligrammes pendant huit jours, soit 17,28 m. c. d. Pour un index de 1/100 à 1/250, nous avons posé six aiguilles de 2 milligrammes pendant quinze jours, soit 32,40 m. c. d. On oscillera entre ces doses extrêmes.

(2) Le terme « radiothérapie » est ici utilisé dans son sens le plus large, c'est-à-dire rœntgenthérapie et curiethérapie.

réservées aux cas trop avancés, et d'autre part leur association ne permet pas de déterminer exactement ce qui revient à chacune d'elles.

Conclusions. — L'étude statistique des résultats montre que ceux-ci varient suivant les localisations de cancer lingual et surtout suivant les degrés d'envahissement :

1° Dans nos statistiques, ce sont les cancers *infra-linguaux* qui de tous ont donné les résultats éloignés les plus favorables, soit 17,64 p. 100 de guérisons après trois ans. Ce chiffre s'abaisse à 4,9 p. 100 pour les cancers de la *portion mobile* et à 3,33 p. 100 pour les cancers de la *base*;

2° Le déchet des cas traités par toutes les méthodes prises en bloc (radium, rayons X, chirurgie) est considérable puisque le pourcentage de guérisons après trois ans atteint à peine 7 à 8 p. 100 lorsqu'on envisage toutes les catégories de cancers linguaux. Ce pourcentage s'élève à 20 ou 25 p. 100 lorsque la chirurgie d'exérèse ganglionnaire entre en jeu.

Si les *cas au début* sont seuls retenus, c'est 30 ou 40 p. 100 de guérisons après trois ans qu'on peut compter. Toutes les statistiques concordent à peu près sur ces différents points.

On voit une fois de plus que, pour le cancer de la langue comme pour tous les autres cancers, c'est le *diagnostic précoce* qui seul donnera la clef du succès, compte tenu de la malignité de la tumeur ; c'est donc au dentiste et au médecin qui peuvent voir de bonne heure le malade de penser au cancer de la langue et de l'adresser aussitôt au chirurgien ou au radiothérapeute.

En terminant, qu'il nous soit permis d'insister une fois de plus sur l'importance de la préparation locale et générale du malade; sur les progrès considérables que nous a permis de réaliser l'association des radiations et de la chirurgie; enfin sur le bénéfice que l'on peut tirer de l'emploi du thermocautère dans la chirurgie du cancer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bayet et Sluys. La radiumthérapie dans le traitement du cancer de la langue, *Le Scalpel*, 26 août 1922, n° 34.
2. Bayet et Sluys. Le traitement des épithéliomas spino-cellulaires de la cavité buccale, *Presse méd.*, 25 août 1923, n° 68, p. 737.
3. Bérard. Résultat éloigné d'un cancer de la langue traité par curiethérapie (Soc. de chir. de Lyon), *Lyon chir.*, sept.-oct. 1926, t. XXIII, n° 5, p. 620.
4. Bérard. Cancers de la langue et curiethérapie (Soc. de chir. de Lyon), *Lyon chir.*, sept.-oct. 1926, t. XXIII, n° 5, p. 630-631.
5. Bernard (R.). Traitement chirurgical des adénopathies cancéreuses du cou. Technique des évidements ganglionnaires, *Journ. de chir.*, sept. 1927, n° 3, p. 241-259, avec 7 figures.
6. Berven (E.). The treatment of cancer buccae (Northern radiological Society, 1925), *Acta radiol.*, 1925, vol. IV, f. 6, 15 : XII, n° 22, p. 648-649.
7. Bloodgood (J. C.). The facts in regard to cancer of the tongue, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, aug. 15, 1925, vol. LXXXV, p. 537-538.
8. Broders. Carcinoma of the mouth. Types and degrees of malignancy, *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radium.*, janv. 17 janv. 1927, n° 1, p. 90-93.
9. Burnam (C.). Radium in intra-oral cancer, *Radiology*, nov. 1927, vol. IX, n° 5, p. 366-372.
10. Chavannaz (G.). Sur la ligature de la carotide externe par la voie rétro-jugulaire, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 20 juin 1921.
11. Chavannaz (G.). La voie rétro-jugulaire d'Hartglas dans l'extirpation des tumeurs malignes de la région carotidienne, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir. de Paris*, 31 mai 1924, p. 650.
12. Delbet (P.). De la résection d'un segment de carotide externe dans l'extirpation des adénopathies du cancer de la langue, *Revue de chir.*, 1924, t. LXII, n° 6, p. 363-368, avec 3 figures.
13. Dubois-Roquebert (H.). Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux adénopathies des lèvres et de la langue, *Th. de Paris*, 1924; librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.
14. Duffy (J.). Cervical lymph nodes in intra-oral carcinoma, *Radiology*, nov. 1927, vol. IX, n° 5, p. 373-379.
15. Ewing (J.). Some phases of intra-oral tumors (with special reference to treatment by radiation), *Radiology*, nov. 1927, vol. IX, n° 5, p. 359-365.
16. Forgue (E.). De l'exérèse systématique du sterno-mastoïdien dans l'ablation des grosses tumeurs latérales du cou, *Gaz. des hôpit.*, numéro du Centenaire, nov. 1927, p. 37-48 (avec 13 fig.).
17. Grier (G. W.). The treatment of intraoral carcinoma by contact application of radium, *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radium.*, march 1926, vol. XV, n° 3, p. 201-206.
18. Guyot et Jeanneney. Du traitement du cancer de la langue. Radiumthérapie et chirurgie, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 27 oct. 1922; in *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1922, n° 48.
19. Guyot et Réchou. Cancer de la langue. Application de radium et extirpation ganglionnaire. Guérison, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 8 juin 1923; in *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 16 sept. 1923, n° 37, p. 445.
20. Hartglas (L.). La ligature de la carotide externe par la voie rétro-jugulaire, *Journ. de chir.*, juillet 1925, t. XXVI, n° 1, p. 11-24, avec 3 figures.
21. Jeanneney (G.). Traitement du cancer de la langue (curiethérapie, évidement lymphatique au thermocautère), *XXXIVe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, Paris 1925.
22. Jeanneney et Gré. A propos du traitement du cancer de la langue; nécessité de la ligature première des vaisseaux nourriciers, Soc. anat.-clin. de Bordeaux, séance du 2 fév. 1925; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril 1925.
23. Jeanneney et Mathey-Cornat. Epithélioma spino-cellulaire de la langue et adénopathie croisée; nécessité de l'association de l'évidement ganglionnaire bilatéral à la curiethérapie, Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 2 juin 1924; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 oct. 1924, n° 20, p. 857.
24. Jeanneney et Mathey-Cornat. Six cas de ligature de la carotide externe par voie rétro-jugulaire et évidement ganglionnaire combiné pour cancer de la langue, Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 28 juillet 1924; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 déc. 1924, n° 23, p. 964.
25. Jeanneney et Mathey-Cornat. Quelques données sur la ligature de la carotide externe par voie rétro-jugulaire dans le traitement mixte du cancer de la langue, *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, nov. 1924, n° 506, p. 341-350, avec 4 figures.
26. Jeanneney, Réchou et Mathey-Cornat. Le traitement radio-chirurgical des cancers de la langue, Soc. de chir. de Paris, séance du 12 oct. 1927; in *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 22 oct. 1927, t. LIII, n° 25, p. 1055-1064.
27. Judd (S.). Surgery in cases of intra-oral cancer, *Radiology*, nov. 1927, vol. IX, n° 5, p. 380-387.

28. JUDD et NEW. Carcinoma of the tongue. Results obtained at the Mayo Clinic, *Surg., gyn., obst.*, fév. 1923, 36-163.
29. LENZ (M.). Curietherapy of epidermoid carcinoma of the intraoral group as carried out at the Radium Institute, Paris, *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radium.*, march 1926, vol. XV, n° 3, p. 210-216.
30. LOUBAT et DENIS (R.). Cancers de la langue et du plancher de la bouche. Opération en deux temps. Radiumthérapie complémentaire, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 mars 1923; in *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, p. 306, n° 26.
31. MARQUIS. Sur le traitement des adénopathies qui accompagnent des cancers de la moitié inférieure de la face, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 4 juin 1927, t. LIII, n° 18, p. 760-767.
32. MARTINOVITCH (V.). Contribution à l'étude du cancer de la langue. Traitement moderne : chirurgie, radiothérapie, radiumthérapie, *Th. de Bordeaux*, 1924, 53 pages, avec bibliographie.
33. MIRAMOND DE LAROQUETTE. Néoplasme de la langue traité par la radiothérapie superficielle et profonde, *XLIVe Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Grenoble 1925.
34. MUIR (J.). Technic of use of removable radon seeds in carcinoma of the tongue, *Ann. of surg.*, mai 1926, vol. LXXXIII, p. 598.
35. MUIR (J.). Radioactive substances : their therapeutic uses and applications. Treatment of lingual cancer by radiation, *Radiology*, Saint-Paul, oct. 1926, vol. VII, n° 4, p. 332-336, avec 2 figures.
36. MUIR (J.). Technic of use of removable radon seeds in carcinoma of the tongue, *Ann. of surg.*, janv.-juin 1926, vol. LXXXIII, p. 598-613, avec 11 figures.
37. PAMPOUILLE (J.). La voie rétro-jugulaire de Hartglas dans l'extirpation des ganglions carotidiens, *Th. de Bordeaux*, 1924, 85 pages, avec bibliographie.
38. PROUST et MAURER. Traitement du cancer de la langue, *Presse méd.*, 10 janv. 1923, n° 3, p. 25-28, avec 7 figures.
39. QUICK DOUGLAS. The treatment of carcinoma of the tongue (rapport au Ier Congrès international de radiologie), *Brit. Journ. of radiol.* (*Arch. of radiol.*), Londres, mars 1926, vol. XXXI, n° 308, p. 81-93, avec bibliographie.
40. REGAUD (Cl.). Sur la curiethérapie des épithéliomas de la langue et de leurs adénopathies secondaires (communication au Ier Congrès international de radiologie), Londres, 2 juillet 1925, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, fév. 1926, t. X, n° 2, p. 49-53.
41. REGAUD (Cl.), LACASSAGNE (A.), ROUX-BERGER (J.-L.), COUTARD (H.), MONOD (O.), PIERQUIN (J.) et RICHARD (G.). Les adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, de la langue et du plancher de la bouche; leurs indications thérapeutiques; leur traitement, *Paris méd.*, 16 avril 1927, 17e année, n° 16, p. 357-372, avec bibliographie.
42. ROUX-BERGER (J.-L.). L'exérèse chirurgicale des tumeurs malignes de la région carotidienne, *Presse méd.*, 17 nov. 1920, p. 827.
43. ROUX-BERGER (J.-L.). Le curage des ganglions du cou dans le cancer de la langue, *Presse méd.*, 18 juillet 1927, n° 56, p. 881-882, avec 3 figures.
44. ROUX-BERGER (J.-L.) et MONOD (O.). Traitement des épithéliomas de la langue, Soc. de chir. de Paris, séance du 4 mai 1927; in *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 14 mai 1927, t. LIII, n° 15, p. 648-659.
45. SCHMIDT (W. H.). Cancer of the tongue, *Journ. amer. med. Assoc.*, 15 oct. 1927, vol. LXXXIX, n° 16, p. 1321-1325.
46. SCHREINER (B. F.) et BROWN (H. F. R.). Eine untersuchung der Resultate walche durch die Behandlung des Zungenkrebses mittels Radium und Röntgenstrahlen erzielt worden sind (127 Fälle), *Strahlentherapie*, 1926, 23 B, h. 4, p. 631-638.
47. SÉBILEAU (P.). Le traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante; rapport au *XXVIIIe Congrès franç. de chir.*, Paris 1919, p. 194-247.
48. SIMMONS CHANNING (C.). Cancer of the tongue and mouth, *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radium.*, juin 1925, n° 6, vol. XIII, p. 545-550, avec bibliographie.
49. SIMPSON (F. E.) et FLESBER (R. E.). Radium emanation in the treatment of cancer of the tongue and other parts of the oral cavity, *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radium.*, mars 1926, vol. XV, n° 3, p. 204-206, avec bibliographie.
50. TRUFFERT (P.) et GIBERT (P.). Epithélioma ulcéré de la base de la langue. Ligature de la carotide externe par voie rétro-veineuse. Radiothérapie ganglionnaire, Soc. d'oto-rhino-laryngol., Paris, *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., Paris, sept. 1926, t. XLV, n° 9, p. 907-908.
51. VALLAS. Traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante; rapport au *XXVIIIe Congrès franç. de chir.*, Paris 1919, p. 248-277.
52. WYETH (G. A.). Hémiglossectomy by endothermy in carcinoma of the tongue, *Ann. of surg.*, Philadelphie, mai 1926, t. LXXXIII, n° 5, p. 585.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1928)

La structure des muscles striés d'après leurs propriétés optiques. — M. LUTEMBACHER.

Mode d'action des réactifs dans le séro-diagnostic de la syphilis. Influence du pH+. — MM. R. DOURIS et J. BECK.

Sur le régime à base d'avoine et jaune d'œuf et sur la dualité de la vitamine C. — M. BEZSSONOFF.

Surdité et composition musicale. — M. MARAGE, continuant son étude de la surdité de Beethoven (v. *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 6, p. 97), estime que son genre de surdité, en le retranchant du monde extérieur, l'a empêché d'être influencé par ses contemporains et lui a permis, grâce à cette excitation des centres auditifs, d'écrire des œuvres qu'un musicien de son époque, en santé normale, n'aurait jamais composées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1928)

Eloge. — M. A. PETTIT lit une notice sur M. F. Henneguy, décédé.

La sérothérapie dans la maladie de Heine-Medin (paralysie infantile, poliomyélite aiguë). — M. Arnold NETTER. « La maladie de Heine-Medin a depuis 1905 sévi avec une intensité parfois très grande dans les deux hémisphères. En 1926, l'Angleterre n'a pas compté moins de 1.259 cas et 174 décès; l'Allemagne, 1.174 et 171 décès. Dans ce dernier pays, les déclarations pour 1927 ont été de 2.734 cas avec 295 décès.

Il ne paraît pas que dans ces deux pays, non plus que dans plusieurs autres, on ait recouru une seule fois à la sérothérapie antipoliomyélitique appliquée par nous dès 1910 et dont les heureux effets ont été depuis confirmés en France, aux Etats-Unis, en Nouvelle-Zélande, en Australie, etc.

Nous avions en avril 1910, avec la collaboration de Levaditi, montré que le sang d'anciens malades renferme des principes immunisants susceptibles de neutraliser le virus. Ces anticorps apparaissent au cours même de la maladie et se retrouvent dans le sang plus de trente ans encore après. Les

injections de sérum d'anciens malades sont d'autant plus utiles qu'elles sont pratiquées à une date plus précoce.

Les effets sont naturellement plus marqués au cours de la phase préparalytique. Dans ce cas, les injections préviennent l'apparition de la paralysie chez plus des 9/10 des malades, et si on y procède dans les vingt-quatre premières heures, il suffit généralement d'une unique injection. On peut très souvent, même en dehors de toute épidémie, porter le diagnostic de cette phase préparalytique; dans les cas notamment où le début se traduit par des symptômes de méningite.

Quand la paralysie est réalisée, les injections commencées le premier ou le deuxième jour sont suivies d'une amélioration presque immédiate, elles préviennent toute extension de la paralysie et sont très souvent suivies d'une guérison rapide et complète. Les résultats sont moins sûrs, mais encore très encourageants, les troisième et quatrième jours; plus tard, et surtout après une semaine, les injections n'ont guère plus d'effet appréciable.

L'influence des injections de sérum sur l'extension des paralysies rend leur emploi particulièrement précieux dans les formes ascendantes, faisant redouter la prochaine atteinte du bulbe. Elles ont pu sauver l'existence dans des cas où l'on notait déjà la paralysie des muscles respiratoires et de la voix.

Le nombre des injections, les doses de sérum varient naturellement avec l'âge des sujets, l'éloignement du début, la gravité du mal.

Le sérum peut être injecté dans les muscles et se montre aussi efficace par cette voie qu'en injections intrarachidiennes.

On a exagéré les difficultés de se procurer du sérum d'anciens malades en cas d'urgence pour un cas isolé. On n'aura pas trop de peine pour trouver des sujets dont l'infirmité est due à une ancienne paralysie infantile et qui seront disposés à se prêter à une prise de sang. En Amérique, en Australie, on a constitué, au moment des épidémies, des réserves de sérum en quantités amplement suffisantes.

Le sérum de chevaux auxquels on a injecté des émulsions de moelle de singes inoculés avec le virus de la poliomyélite acquiert des propriétés analogues à celles du sérum d'anciens malades et peut lui être substitué; ces animaux immunisés fournissent naturellement des quantités plus grandes de sérum; il est indispensable de renouveler fréquemment à ces animaux les injections de moelle virulente et, par suite, on devra disposer libéralement des singes, la production de sérum antipoliomyélique serait plus facile sous un climat où l'approvisionnement en singes est plus facile et leur santé moins précaire. »

Infection d'un mollusque de Corse par le Schistesuma haematobium, agent de la bilharziose vésicale. — MM. E. Brumpt et S. Werblumsky. En se servant de *Bullinus contortus* de Corse, mollusques pulmonés appartenant à la même espèce que ceux qui transmettent la bilharziose urinaire en Egypte et en divers points d'Afrique et du Proche-Orient, MM. E. Brumpt et S. Werblumsky ont réussi à infecter 30 exemplaires sur 35, conservés à 24-25° C., ayant vécu plus de soixante jours après leur contact avec l'urine infectieuse de malades égyptiens.

C'est la première fois que l'infection expérimentale de cette espèce de mollusque est obtenue, et ce qui donne à cette expérience un intérêt tout particulier c'est qu'elle a été effectuée avec des *Bullinus* provenant d'une région où la bilharziose n'existe pas et où elle pourrait certainement s'implanter si certaines conditions pouvaient se trouver réunies. Ces expériences ont en effet été réalisées au laboratoire à 24-25° C.; or, la marc de Porto Vecchio où le professeur Brumpt a récolté les *Bullinus* présente une température variant de 20 à 30° C. du début de mai au début d'octobre, période pendant laquelle l'évolution complète de la bilharzie pourrait s'effectuer puisqu'elle ne demande que trois ou quatre semaines à la température de 24-25°. Il est donc prudent de ne jamais envoyer en garnison en Corse des sujets coloniaux africains provenant de régions où la bilharziose urinaire est endémique. Il est à remarquer que le *Bullinus* ne se rencontre pas sur les côtes de France (Côte d'Azur, Provence et Languedoc). On l'a trouvé exceptionnellement à Banyuls.

Secret médical. (*Suite de la discussion du rapport de M. Balthazard.*) — M. Vanverts tient à remercier, au nom du Corps médical, la Commission de l'Académie et en particulier son rapporteur d'avoir rappelé que le respect du secret médical doit être absolu. Il insiste sur ce fait que le droit de garder le silence sur les faits qu'ils ont connus dans l'exercice de leurs fonctions est sans doute un privilège que possèdent les médecins, mais que ceux-ci le défendent dans l'intérêt des malades et de la Société.

Si le respect du secret médical n'était pas assuré aux intéressés, ceux-ci hésiteraient parfois à s'adresser au médecin et subiraient les graves inconvénients de l'absence de soins éclairés.

Les lois et les règlements des organisations privées et publiques tendent de plus en plus à négliger le secret médical et à n'en tenir aucun compte. C'est là une erreur contre laquelle le Corps médical s'est toujours élevé, récemment encore, et qui a dans le fonctionnement de ces lois et de ces règlements les effets les plus défavorables. La confusion établie trop souvent entre le rôle du médecin traitant astreint au secret médical et celui du médecin contrôleur dispensé de ce secret vis-à-vis de son mandat doit disparaître.

Le docteur Vanverts s'élève contre l'hypocrisie qui consiste à déclarer que le secret médical n'est pas violé quand le médecin remet à son malade un certificat qu'il sait être destiné à un tiers.

Il se prononce catégoriquement contre la « relativité » du secret médical dans certaines circonstances qui seraient soumises à la conscience du médecin. Il souligne les dangers de cette doctrine, les inconvénients graves qui en résulteraient pour les malades, et il insiste sur ce fait que peu à peu le secret médical, attaqué de toutes parts, finirait par disparaître.

Sur un appareil distributeur de lait. — M. Grimbert.

Au sujet de l'action spécifique d'un médicament antituberculeux (tuberculine-anticorps-Scheitlin). — MM. A. et R. Sartory et J. Meyer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 13 janvier 1928)

Polynévrite consécutive à une suette miliaire. — MM. O. Crouzon, L. Justin-Bezançon et Robert Lévy. A la suite d'une suette miliaire typique, une malade présente une polynévrite caractérisée par l'abolition complète de trois réflexes tendineux, la diminution considérable de tous les réflexes, l'atrophie de certains groupes musculaires et de troubles de la sensibilité subjective. Cette polynévrite s'accompagne de troubles psychiques marqués. La régression de l'ensemble de ces troubles nerveux installés immédiatement au déclin de la suette miliaire s'est effectuée d'une façon particulièrement rapide.

Un cas de splénomégalie d'apparence primitive d'origine distomienne. — MM. Pilod, Codvelle et Hugonot rapportent l'observation d'un soldat indochinois, porteur d'une grosse rate d'apparence primitive, découverte fortuitement et bien tolérée qui finit par succomber à une granulie généralisée. L'autopsie révéla l'existence d'une distomatose hépatique à clonorchis sinensis, à laquelle l'analyse histo-pathologique permit de rapporter les lésions profondes de la rate et du foie.

Péritonite par perforation au cours d'une typhoïde grave. Intervention chirurgicale. Guérison. — MM. GRÉGOIRE, H. REDON et R. WORMS insistent dans leur cas sur l'extrême progressivité des symptômes qui a empêché de porter un diagnostic précoce. Opérée tardivement, leur malade a pourtant guéri; il n'y a donc pas de lois pronostiques absolues. L'intervention a consisté en une suture simple de la perforation et un drainage péritonéal par mèches et drain dans le petit bassin.

Faut-il toujours faire un traitement spécifique aux vieilles syphilis et notamment aux syphilis nerveuses. — M. C. HEUYER. L'application du traitement spécifique n'est pas toujours sans inconvénient chez l'adulte dans la vieille syphilis, surtout neurologique. Même appliqué avec logique et précaution, il peut déterminer des accidents viscéraux graves ou même il peut produire une aggravation plus ou moins rapide de la maladie nerveuse en cause. Chez l'adulte ou le vieillard, il faut quelquefois ne pas traiter de vieilles véroles, chez l'enfant au contraire le traitement spécifique est bien supporté et donne de bons résultats et d'heureuses surprises.

Encéphalite aiguë avec convulsions subintrantes. Action remarquable de l'abcès de fixation sur les accidents convulsifs. — MM. ŒLSNITZ, TURILLOT et PRINCE décrivent l'histoire d'un jeune enfant qui, après un début infectieux banal, présente des convulsions d'intensité progressive et de nombre croissant atteignant 100 et plus par jour. Au vingt et unième jour de cet état, on pratique un abcès de fixation. Le surlendemain de l'injection térébenthinée, la collection se formant, les crises diminuent brusquement de 100 à 5 pour disparaître définitivement le surlendemain de l'incision en même temps que l'état général et nerveux se réparent progressivement.

Syndrome bulbaire. Enclavement du bulbe. — MM. APERT, ODINET et LANG racontent l'histoire d'une fillette qui fut prise de symptômes bizarres qui allèrent en s'accentuant de plus en plus : asthénie qui devint bientôt extrême, empêchant la marche, puis la station et même assise, sensations d'étouffements, rejets de minimes quantités de crachats battus en fine mousse, tachycardie, céphalées, aucun trouble de la sensibilité, de la contractilité musculaire, ni des réflexes. Mort par affaiblissement progressif de la pression artérielle et des mouvements respiratoires. A l'autopsie, intégrité complète des viscères thoraco-abdominaux, du cerveau, du cervelet, mais le bulbe est enclavé au niveau du trou occipital par la pénétration de l'apophyse odontoïde, à la partie antérieure de ce trou, comme conséquence d'une luxation en avant de la masse latérale gauche de l'atlas commémoratif de traumatisme pour expliquer cette luxation.

Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. — MM. LEMIERRE et KOURILSKY rapportent un cas d'abcès amibien autochtone du poumon survenu chez un homme de quarante-cinq ans, en l'absence de tout antécédent dysentérique net. Cet abcès remarquable par son volume occupait presque tout l'hémithorax droit; les signes cliniques et radiologiques correspondaient à ceux que l'on attribue à la pleurésie interlobaire. Le diagnostic fut assuré par la ponction exploratrice qui retira un pus amicrobien, alors que les crachats étaient fétides. La cure d'émétine amena en quelques jours une guérison véritable.

Les modifications de la cholestérinémie au cours de la croissance. — MM. BAYLAC et SENDRAIL (de Toulouse) ont observé que le taux de la cholestérine s'élève progressivement depuis la naissance jusqu'à la puberté. Il paraît anormalement élevé chez les tuberculeux et est peut-être en rapport avec l'allergie acquise à l'égard de la tuberculose.

Manifestations aortiques transitoires au cours d'une spirochétose ictérigène. — MM. LOEPER, SCHULMANN et LEMAIRE relatent un cas de spirochétose au cours duquel au cinquième jour sont apparues des manifestations aortiques. La disparition des souffles systolique et diastolique de la base est expliquée par les auteurs par une myocardite régionale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1928)

A propos du traitement des névralgies faciales. — M. DE MARTEL, après le récent rapport de M. ROBINEAU, revient sur les détails de sa technique pour la neurotomie rétro-gassérienne ; il a pu arriver à abaisser au maximum la mortalité et obtient maintenant d'excellents résultats thérapeutiques; il étudie la question des possibilités de récidive après cette intervention, car dans deux cas, il a eu l'impression qu'elle pouvait se produire.

A propos du traitement d'un pyocolpos. — M. LECÈNE étudiant l'observation présentée par M. TIERNY (d'Amiens) rapportée par M. Robineau (pyocolpos chez une fillette de trois ans) se demande pourquoi l'auteur au lieu de faire une hystérectomie abdominale, n'a pas fait un simple drainage vaginal qui aurait peut-être été suffisant. M. Lecène rappelle qu'il a eu l'occasion d'opérer une femme pour un cloisonnement transversal du vagin; après laparotomie et décollement antérieur, incision de la chambre cervico-vaginale supérieure, il a pu enlever l'épais diaphragme circulaire, faire une suture muco-muqueuse du vagin et reconstituer le calibre vaginal; la malade a pu devenir enceinte peu après l'opération.

M. OMBRÉDANNE répond à M. Lecène que le toucher vaginal chez une enfant de trois ans n'est guère possible, et se demande si la ponction aurait eu un résultat satisfaisant; de plus on ne pense pas facilement à un hématocolpos infecté dans un cas semblable; aussi M. Ombrédanne croit que M. Tierny a bien agi en opérant par la voie haute.

Dilatation aiguë de l'estomac. — M. MOCQUOT fait un rapport sur une observation de M. MATRY (de Fontainebleau); un homme de vingt-neuf ans, après un copieux repas, est pris de douleurs abdominales intolérables suivies de vomissements noirs; l'abdomen est distendu, l'état du malade semble très grave; M. Matry, sous rachianesthésie, fait une incision sus-ombilicale. et trouve un énorme estomac distendu; il fait une gastrostomie, le malade meurt peu après et on ne trouve à l'autopsie aucun obstacle anatomique réel; c'est donc un cas de dilatation aiguë consécutive à l'ingestion trop rapide d'un repas trop abondant.

A propos de la méthode de Robertson-Lavalle. — M. TAVERNIER (de Lyon), a lui aussi contribué à l'essai de cette méthode dans son service dans 7 cas de coxalgies ou tumeurs blanches; il a obtenu un très mauvais résultat, 3 améliorations rapides et 3 guérisons.

MM. BRÉCHOT, DUCROQUET, MOUCHET, MOCQUOT ont eux aussi vu des cas suivis de résultats inconstants, et font des réserves sur cette méthode.

(SÉANCE ANNUELLE DU 18 JANVIER 1928)

Après le discours de M. MICHON, président sortant, qui rappelle le souvenir des morts de l'année et proclame les lauréats de la Société de chirurgie (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 6, p. 89), M. Gernez, secrétaire annuel, lit un excellent rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1927.

M. LENORMANT, secrétaire général, prononce ensuite l'éloge d'Auguste Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1928)

Sur l'origine et la formation des calculs salivaires (tartre dentaire). — M. Ch. Hulin, analysant les calculs salivaires, y trouve des phosphates et des carbonates de chaux fixés sur un noyau de matière organique formé d'albumines et de microorganismes; noyau qui se montre stratifié après décalcification préalable. Ces calculs se forment donc en réalité par une réaction colloïdale dans laquelle le durcissement progressif se fait par adsorption. Les sels alcalins salivaires dominants (phosphates trisodiques) sont inclus dans un gel albumino-microbien de concentration moléculaire différente. Ces sels alcalins déplacent le calcium provenant, soit du mucus buccal, soit des cellules gingivales irritées par les microorganismes pour former des phosphates de chaux ultérieurement adsorbés.

Adrénalino-sécrétion au cours du choc provoqué par l'injection intraveineuse de peptone. — MM. H. Tournade et Herman montrent, au moyen de l'anastomose surréno-jugulaire, que les deux mécanismes adrénalino-sécréteur et neuro-vasculaire sont inégalement intéressés au cours du choc peptonique. L'adrénalino-sécrétion, d'abord paralysie passagère, vient s'intensifier ensuite, bien avant que le système vaso-moteur plus fortement atteint n'ait lui-même récupéré son aptitude.

L'influence de la température sur l'appréciation subjective du temps. — M. François (présenté par M. Piéron) étudie dans quelle mesure l'influence de la température générale (modifiée par la diathermie) altère la perception du temps, montre que lorsqu'il y a élévation thermique l'étalon subjectif du temps se raccourcit, selon un coefficient thermique de l'ordre des coefficients physiologiques habituels (2,75 à 2,85). Cette modification se fait donc suivant des lois générales qui règlent la vitesse des associations physiologiques.

Rôle de l'entérocoque dans les associations microbiennes. — MM. Weinberg et Davesne, étudiant la flore microbienne de l'appendice, y ont fréquemment isolé l'entérocoque; mais la virulence des souches isolées s'étant montrée très faible, les auteurs émettent l'hypothèse que l'entérocoque favorise la virulence des autres espèces microbiennes associées. Les associations de l'entérocoque avec le B. coli, le B. proteus, le pneumobacille de Friedländer, le B. perfringens, le V. septique se sont montrées très pathogènes; celles qui comprennent du B. fecalis alcaligenes et le B. ramosus, très peu. Le rôle de l'entérocoque est donc évident dans l'étiologie et la pathogénie de l'appendicite. Le sérum anti-entérocoque, ajouté à d'autres sérums dont l'efficacité a été déjà démontrée, doit être employé pour lutter contre les cas graves d'appendicite.

Recherches sur la neuroprobasie des ultravirus neurotropes. — MM. C. Levaditi et R. Alberca-Lorente. La « neuroprobasie » désigne la progression des ultravirus neurotropes le long des filets nerveux, dont Levaditi suppose qu'elle se fait au moyen de la vaccination progressive de proche en proche des segments de cylindre-axe ayant servi de milieu de culture au virus. Les auteurs ont étudié pour étayer cette hypothèse le nerf sciatique des lapins inoculés avec le germe herpétique, sans trouver de modifications morphologiques nettes consécutives à la marche progressive des ultravirus. Cependant la présence du germe virulent dans le protoneurone périphérique, la suppression de la neuroprobasie après névrectomie et la localisation des lésions névraxiques au point d'émergence du nerf infecté constituent des preuves indiscutables de l'existence réelle de cette neuroprobasie.

Du traitement de l'érysipèle par l'antivirus Besredka. — MM. Wassilieva, Zmigrodska et Marchova montrent que dans l'érysipèle l'antivirus sous forme de pommade exerce un effet curatif supérieur à celui que l'on obtient par les procédés courants.

En injections intracutanées, l'antivirus constitue un moyen thérapeutique de choix; il élève une barrière contre l'envahissement du processus infectieux.

Les cas d'érysipèle compliqués de septicémie ne sont pas justiciables de ce traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1927)

Péritonite suppurée guérie par un Mickulicz. — M. Miginiac. Chez une femme de soixante-douze ans ayant présenté un syndrome douloureux abdominal grave. M. Miginiac trouva à la laparotomie du pus libre dans la cavité abdominale. Il y avait sur la partie droite du côlon transverse une zone rouge tuméfiée couverte de fausses membranes et de pus sans perforation visible ni tumeur appréciable. Tamponnement de Mickulicz sans sutures ni ligatures. Guérison.

M. Miginiac discute le diagnostic causal, il se pose contre l'ulcère simple du côlon et la péricolite suppurée, les deux affections étant exceptionnelles au transverse.

Pour diagnostiquer un calcul du bassinet on doit faire la pyélographie toutes les fois qu'elle est possible. (*Présentation des radiographies.*) — M. Martin. Un cas absolument net en apparence de calcul du bassinet. La pyélographie fut impossible à cause d'un obstacle urétéral bas situé. Pas de calcul à l'intervention. Une radiographie postérieure montra qu'il n'était pas dans le bassinet.

Tuberculose rénale parenchymateuse non ouverte dans le bassinet. Importance de la déficience de la concentration uréique du côté malade. (*Présentation de pièce.*) — M. Martin.

La phrénicectomie chez les tuberculeux à cou court et gras. — MM. Duming et Viéla rappellent les idées, les erreurs et les incidents qui peuvent survenir chez ces sujets. Ils préconisent, chez ces derniers, la recherche du nerf phrénique au-dessus de l'ono-tyroïdien, c'est-à-dire dans le triangle sus-claviculaire supérieur qui est le triangle « non dangereux ».

La rencontre dans ce triangle presque vasculaire qu'un tronc nerveux nous donne le fil d'Ariane qui nous conduit tout naturellement et sans risque vers le scalène antérieur sur lequel nous trouvons le phrénique.

Le reste de l'opération ne diffère en rien de la technique ordinaire.

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1927)

Perforation diastatique au cours d'une occlusion aiguë par périsigmoïdite. — MM. Bertrand et Lapasset, Femme de cinquante-six ans, qui à la suite d'une médication évacuatrice énergique, au cours d'une obstruction intestinale, est prise de douleurs violentes dans l'abdomen. A l'intervention, la grande cavité est pleine de matière et de gaz. Mort deux heures après. A l'autopsie : anneau serré de périsigmoïdite; il existe une perforation à l'emporte-pièce de 3 centimètres de diamètre, sur le grêle à 90 centimètres du pylore. Les auteurs font remarquer la difficulté du diagnostic clinique, la rareté des perforations diastatiques si haut situées et le double processus mécanique et ulcératif qui précède à leur détermination.

Epithélioma ulcéré du sein ayant présenté tous les caractères cliniques du sarcome. — M. Dambrin. Chez une femme de 60 ans présentant depuis neuf ans une tumeur du sein gauche, ulcérée depuis plusieurs mois. On put relever

tous les caractères cliniques du sarcome : tumeur du volume d'une tête d'enfant, bosselée, ulcérée sans adhérences à la peau, sillonnée de grosses veines sans adénopathies. Macroscopiquement, la coupe ressemblait aussi au sarcome. Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma dentritique. M. Dambrin fait remarquer la difficulté du diagnostic clinique d'autant que la malade n'avait jamais présenté d'écoulement sanglant par le mamelon.

Trois observations de cancers digestifs chez les jeunes. — M. MIGINIAC. 1° Jeune homme de vingt-deux ans considéré pendant quatorze mois, par son médecin comme dysentérique. La mort survint quinze mois après un traitement radiumthérapique, fait après établissement d'un anus iliaque gauche.

2° Caverne pyloro-hépatique chez une femme de vingt-sept ans, souffrant depuis trois ans d'un ulcère gastrique, survie de quinze mois après une gastro-entérostomie palliative.

3° Caverne pylorique chez une femme de trente-sept ans. Etant donné le mauvais état général, M. Miginiac fait une gastro-entérostomie, se réservant l'opération radicale à un deuxième temps. Celui-ci a été refusé par la malade qui se trouvait guérie par la gastro-entérostomie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONGRÈS DES SYNDICATS MÉDICAUX ET LES ASSURANCES SOCIALES

Le Congrès des syndicats médicaux de France, dans sa séance du 30 novembre 1927, a confié à la Commission mixte qui l'avait préparé le soin de continuer les démarches à faire auprès des Pouvoirs publics, à propos de la loi sur les assurances sociales.

En conséquence, la Commission mixte a nommé une sous-commission permanente qu'elle a chargée de remettre, à la Commission d'assurance et de prévoyances sociales à la Chambre, le texte exact des décisions prises par le Congrès des syndicats médicaux, avec les votes approuvant ces décisions.

Voici le compte rendu officiel que vient de nous communiquer le docteur Jayle :

« La sous-commission permanente, composée de MM. Balthazard, Cibrie, Decourt, Fanton d'Andon, Jayle, a été reçue le 23 décembre, à 11 heures du matin, par la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre des députés, que présidait M. Grinda.

Les membres de la Commission étaient au nombre d'une douzaine environ.

M. Balthazard a lu la déclaration ci-jointe, M. le Président Grinda, ainsi que d'autres membres de la Commission, ont déclaré que le texte de loi du Sénat serait voté tel que, la Chambre voulant avoir voté la loi avant les élections.

M. le Président a ajouté que, très vraisemblablement, un certain nombre de députés, appartenant ou non à la Commission, signerait une déclaration demandant qu'après les élections la loi soit étudiée à nouveau et modifiée sur certains points.

Aucune affirmation n'a été faite au sujet de l'introduction de l'habilitation dans la loi, lorsqu'elle serait reprise. Il se dégage, cependant, de quelques déclarations, l'impression que la Commission actuelle de la Chambre est favorable à l'habilitation.

Au sujet de l'exclusivité d'un mode de paiement qui, dans la circonstance, est le paiement direct par le malade, M. Lebœuf, député de la Nièvre, médecin syndiqué, s'est déclaré

nettement contraire à un mode exclusif de paiement pour la raison suivante :

« Puisqu'un syndicat ne pourra contracter avec les caisses « que s'il est habilité par une Union de tous les syndicats de « France, il est clair que cette habilitation comportera un « système approuvé de paiement. Actuellement, il ne fait pas « de doute qu'un seul mode de paiement, le paiement direct, « est réclamé par l'ensemble du Corps médical; donc l'habi- « litation comporterait le paiement direct, comme mode « unique. Mais si ultérieurement, pour des raisons impos- « sibles à prévoir en l'état actuel des choses, le Corps médical « changeait d'avis, il ne faut pas qu'il se trouve bridé par « la loi.

« La loi actuelle permet le paiement direct. Si l'Union le « décide, elle en fera une condition de l'habilitation, et par « conséquent un mode exclusif de paiement sera assuré. »

Relativement au paragraphe 4 de l'article 4 dans lequel se pose la question du tarif contractuel, quelques membres de la Commission en ont parlé incidemment, mais aucune déclaration précise n'a été faite à ce sujet.

A un membre de la Commission de la Chambre qui demandait si nous apportions un texte de loi, M. Balthazard a répondu négativement, ajoutant que nous n'avions pas eu l'intention d'empiéter sur les droits de la Commission qui, seule, peut élaborer le texte en conformité des décisions du Congrès que nous lui faisions connaître.

L'entrevue a duré environ trente minutes. »

Texte de la déclaration lue par M. le professeur Balthazard à la Commission.

Messieurs,

Vous avez reçu au début de novembre une lettre par laquelle les représentants autorisés et mandatés du Corps médical organisé français vous annonçaient sa ferme décision de ne pas participer au fonctionnement de la loi, telle qu'elle sortait des délibérations du Sénat; nous vous annoncions en même temps la réunion d'un Congrès des Syndicats médicaux de France pour le 30 novembre. Aujourd'hui, nous vous apportons les décisions prises par ce Congrès à la quasi unanimité.

*
* *

Pour le fonctionnement de la branche Assurance-Maladie, on a affirmé à maintes reprises, aussi bien à Chambre qu'au Sénat, que la collaboration du Corps médical tout entier était indispensable. Vous voudrez donc bien admettre, Messieurs, que les médecins, préoccupés avant tout de maintenir les traditions d'une médecine utile, honnête et sans abus, tiennent à expliquer à quelles conditions ils peuvent apporter leur concours.

Nous avons d'ailleurs mandat de vous dire que la première décision du Congrès a été l'engagement pris par *tous* les syndicats médicaux de ne participer au fonctionnement de la loi qu'autant qu'il n'existerait dans cette loi aucune disposition contraire aux résolutions ci-jointes.

Le Corps médical n'est nullement hostile à la loi sur les assurances sociales, comme le démontre sa décision de contracter avec les Caisses, mais en retour il est obligé de demander que la possibilité de contracter soit limitée aux syndicats habilités par l'organisme central que nous représentons, afin d'éviter les scandales et les abus dont la loi sur les accidents du travail et la loi sur les mutilés, ont donné de tristes exemples. Cette habilitation était d'ailleurs prévue dans le projet de loi soumis au Sénat, qui l'a même admise pour la

Les Réflexes de posture élémentaires. Etude physico-chimique, par P. DELMAS-MARSALET, interne des hôpitaux de Bordeaux, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine. Préface des professeurs V. PACHON et H. VERGER. Un vol. de 176 pages avec 111 tracés originaux. — Prix (France et Etranger) : 16 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

la représentation des médecins au Conseil supérieur des assurances sociales (art. 72).

Le Corps médical a confirmé le principe, d'ailleurs inscrit dans le projet de loi voté par le Sénat, du libre choix du médecin par l'assuré, et a demandé des apaisements au sujet du respect absolu du secret professionnel, qui ne devra être violé ni directement, ni indirectement (exigence par les caisses de certificats comportant le *diagnostic de la maladie*).

Il vous demande également d'admettre le principe d'une rémunération du médecin pour les soins donnés par lui aussi bien à l'hôpital que partout ailleurs, contrairement à la disposition votée par le Sénat du fait de l'adoption de l'amendement de M. Dron.

La décision qui porte le n° 4 et qui maintient le fonctionnement de la médecine dans l'ordre traditionnel et moral, a la plus grande importance à nos yeux; elle spécifie bien que le médecin ne doit avoir affaire en matière de soins et d'honoraires qu'avec le malade qui lui a donné sa confiance. Nous vous demandons d'exclure strictement la possibilité du règlement des honoraires par les caisses et d'exclure également toute tarification fixée par contrat, ce qui nécessite la modification du texte de l'article 4.

Nous remettons entre vos mains, Messieurs, ces desiderata formels du Corps médical français. Ce sont les représentants mandatés de tous les Syndicats médicaux de France qui vous adjurent de mettre la loi que vous étudiez d'accord avec les conditions nécessaires à son bon fonctionnement.

Le président, Dr BALTHAZARD. *Le secrétaire,* Dr JAYLE.

— A la suite de sa déclaration le professeur Balthazard a donné lecture du texte exact des décisions prises par le Congrès. Nous avons publié ce texte dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 100, 14 déc. 1927, p. 1651).

LIVRES NOUVEAUX

L'Asthme. Traitement et pathogénie (1), par J. Galup (du Mont-d'Or) et M. Ségard (de Saint-Honoré-les-Bains), anciens internes des hôpitaux de Paris.

Deux de nos meilleurs spécialistes ont bien voulu mettre en commun l'expérience qu'ils ont acquise en traitant depuis quinze ans de nombreux asthmatiques.

Très avertis de ce qui s'est publié en tous pays, MM. Galup et Ségard ont écrit — dans la Collection Weissenbach qui connaît le succès que l'on sait — une synthèse complète, véritable et définitive mise au point de l'asthme.

De tous les travaux anciens ou nouveaux ils dégagent ce qui, au contrôle de l'expérience clinique, constitue, soit des acquisitions définitives, soit de sérieuses probabilités, soit seulement d'intéressantes suggestions. En plus, Ségard et Galup nous livrent les résultats de leurs propres recherches, les plus récentes. L. G.

Petite chirurgie (2), par J. Maisonnet, professeur au Val-de-Grâce.

Voici un excellent livre qui sera particulièrement précieux pour les étudiants et les praticiens.

Les soins à donner aux blessés, les préparatifs d'une opération et la stérilisation, les anesthésies générales et locales, la technique des interventions élémentaires, des pansements, des bandages, l'appareillage des fractures et des lésions articulaires, sont successivement envisagés, avant l'étude des soins élémentaires qui concernent l'appareil uro-génital, les organes des sens et la stomatologie.

Sans omettre les procédés depuis longtemps classiques, l'auteur, délaissant toute bibliographie inutile, a décrit les techniques ou les appareils dont la valeur est actuellement démontrée (vaccinothérapie et sérothérapie, oxygénothérapie, méthode de Carrel, tranfusion, appareillage, etc.), et insiste sur quelques interventions que tout médecin peut être à même de pratiquer, soit en raison de leur simplicité, soit en raison de leur extrême urgence.

M. Maisonnet a écrit son livre avec un grand souci d'exactitude et de clarté; il peut être assuré qu'il a fait une œuvre utile. L. G.

Les Syndromes mentaux (1), par A. Porot, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Alger. Préface du professeur H. Claude.

Notre excellent confrère, M. Porot, nous présente la pathologie mentale par syndromes. C'est la formule la plus claire et la plus acceptable pour le praticien qui ne se soucie que des réalités cliniques.

Le premier fascicule a trait aux états confusionnels et contient tout ce qu'il convient de connaître des états délirants et des psychoses en rapport direct et immédiat avec la médecine générale : infections, intoxications, états puerpéraux, traumatismes, états endocrino-végétatifs, affections organiques diverses, etc. On y trouvera les ressources, trop souvent négligées, que la pathologie générale peut fournir du point de vue thérapeutique.

C'est dire que cet ouvrage — intéressant pour le spécialiste par ses développements et sa mise au point — s'adresse aussi et surtout au praticien pour l'éclairer et le guider dans les contacts si fréquents qu'il a avec les urgences psychiatriques. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 6 février. — Jury : MM. Roger, président; Couvelaire, Binet et Le Lorier. — M. Cot. Sensibilisation et cachexie cancéreuse. — M. Piry. Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut.

Mardi 7 février. — Jury : MM. Cunéo, président; Pierre Duval, Lecène et Gatellier. — M. Pérard. Restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme. — M. Menyasz. Etude des formes graves d'appendicite aiguë. — M. Singer. Abcès spléniques d'origine typhique.

Jury : MM. Carnot, président; Tiffeneau, Chabrol et Lian. — M. Manong. Diagnostic de l'ulcère gastro-duodénal. — M. Richault. Etude sur le genêt utilisé comme hémostatique en stomatologie.

Mercredi 8 février. — Jury : MM. Bernard, président; Gosset, Teissier et Debré. — M. Terrasse. Essai sur le pneumothorax artificiel. — M. Leibovici. Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles.

Jeudi 9 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Nobécourt, président; Nicolas et Dechambre. — M. Malvezin. Contribution à la production d'un lait propre et sain.

(1) « Collection des Actualités de médecine pratique », directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. — Un volume in-8 de 272 pages — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) In-8 de 1024 pages, avec 723 figures dans le texte. — Prix : 70 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) « Bibliothèque des grands syndromes », directeur : H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — Un volume de 380 pages avec 24 figures dans le texte. — Prix : 55 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (Franco), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Duval, qui accepte; Sébileau, Berger, Sauvé, Dujarier, Mathieu, Michon, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Monod (Raoul), qui accepte; Petit-Dutaillis, Desplas et Fey, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Hôpitaux de province. — Marseille. — Après concours, M. le docteur Jean Turriès a été nommé médecin adjoint des hôpitaux, et M. le docteur Jean Cottalorda, chirurgien adjoint des hôpitaux.

Écoles de médecine. — Nantes. — Une place de professeur suppléant d'anatomie, d'histologie et de physiologie est vacante à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Les candidats agrégeables sont priés de poser leur candidature avant le 15 février.

Le traitement est de 5.000 fr.

Écoles de médecine navale. — Le *Journal officiel* du 3 février 1928 publie l'instruction relative à l'admission en 1928 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du Service de santé de la marine.

Médaille des épidémies. — La médaille en or a été décernée à M. le médecin-major de 2e classe Robert (d'Oran).

Union médicale franco-ibéro-américaine. — Convocation de l'assemblée générale extraordinaire. — L'assemblée générale annuelle ayant voté la convocation de l'assemblée générale extraordinaire, en vue de la modification à apporter aux statuts de l'Umfia dans le but de faire entrer l'Italie dans cette association, le Conseil d'administration prie tous les membres de l'Umfia de se rendre le samedi 25 février, à 9 h. du soir, dans les salons du buffet de la gare de Lyon. Un dîner amical précédera l'assemblée générale.

S'inscrire pour le dîner auprès de M. le docteur Grimberg, 74, rue Blanche, Paris.

Statistique municipale. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 2e décade (11-20 janvier 1928), 1.198 décès, au lieu de 1.464 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.389, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 12 décès, au lieu de 18 pendant la décade précédente (moyenne 17). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 221, au lieu de 193 pendant la décade précédente (moyenne 203).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 131; il s'élevait à 99 pendant la décade précédente (moyenne 61).

La coqueluche a causé 7 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 156, au lieu de 87 pendant la décade précédente (moyenne 84).

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Etienne Jourdan (de Marseille) et Jacques Fournac (de Brignoles); Arnozan, ancien professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Chabrié, directeur de l'Institut de chimie appliquée de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. — M. le professeur Fernand Widal commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la Clinique médicale le mardi 14 février 1928, à 11 h., et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — M. Babonneix, médecin des hôpitaux, commencera une série de 12 conférences sur « l'hérédo-syphilis nerveuse », à l'amphithéâtre de la Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades, le lundi 5 mars prochain, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à 16 h.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE MÉDECINE LÉGALE. — Des séries supplémentaires de médecine légale (conférences et manipulations) auront lieu sous la direction de M. le docteur Dervieux, chef des travaux à l'Institut médico-légal.

Les conférences, les lundis 13, mercredi 15 et vendredi 17 février 1928, de 14 à 15 h.

Les manipulations, les 20, 24, 27 et 29 février, suivant la série (de 14 à 16 h.).

Ces exercices sont exclusivement réservés aux étudiants de 5e année (N. R.) qui n'ont pu assister aux séances réglementaires et à ceux dont les travaux n'ont pas été validés.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Sur présentation au guichet 5, tous les jours de 12 à 15 h., de la quittance de ces droits, MM. les élèves seront mis en série et convoqués.

CHRONIQUE

L'ANTHROPOLOGIE PARLEMENTAIRE

M. le docteur Arthur Mac Donald (de Washington), dont nous avons eu l'occasion de signaler les intéressantes recherches anthropologiques veut bien nous communiquer de nouveaux documents sur l'*anthropologie parlementaire*.

Estimant que les élus du peuple ne représentent pas seulement la moyenne des opinions de leurs électeurs, mais doivent reproduire aussi le type moyen de leurs caractères physiques, le docteur Mac Donald a eu l'idée de demander aux membres du Congrès des Etats-Unis de se prêter à une étude anthopologique comparative. En procédant à des mensurations des parlementaires en bonne santé, il se propose d'établir l'anthropologie de toute la nation dont les parlementaires sont, ou devraient être, l'image.

Le plan d'étude établi par M. Mac Donald tient compte de l'activité et du parti politique de chaque sujet, de son hérédité et de son état de santé actuel. Il repose sur des mensurations : 35 mesures ou renseignements doivent être recueillis par des médecins, membres du Parlement, l'identité du mesuré ne sera naturellement pas révélée, mais chacun des parlementaires mesurés recevra personnellement un rapport sur les constatations faites. A défaut de conclusions d'ensemble, ce rapport sera précieux pour le sujet et pour le médecin qui aura plus tard à le soigner.

Sans préjuger des résultats qu'obtiendra à Washington le docteur Mac Donald, son idée est assez originale pour être mentionnée. Le docteur Mac Donald, qui est un apôtre convaincu, a obtenu que son gouvernement fasse connaître son projet aux gouvernements étrangers.

Peut-être verrons-nous la méthode appliquée un jour au Parlement français. Souhaitons que le résultat n'en soit pas déformé par les combinaisons politiques et que le type moyen du député français corresponde bien au type moyen de l'électeur français.

R. L. S.

GALLY

(DE CARCASSONNE

Le docteur Gally, ancien conseiller général de l'Aude et chevalier de la Légion d'honneur à titre militaire, qui vient de mourir à Carcassonne à l'âge de cinquante-neuf ans, victime d'une activité professionnelle débordante, fut aux environs de 1895 le prosecteur préféré du grand anatomiste Charpy et le disciple aimé du professeur Jeannel, doyen de la Faculté de Toulouse.

Après avoir à Paris préparé l'agrégation, Gally choisit la cité bimillénaire comme le lieu de prédilection où il allait apporter les bienfaits de la technique chirurgicale moderne.

Décentralisateur à l'exemple de Témoin (de Bourges) et de Delagenière (du Mans), Gally créa à Carcassonne dès 1902 un centre hospitalier où affluèrent les indigents, la classe moyenne payante à qui un service était réservé et de nombreux médecins qui, pour leur tranquillité morale, venaient prendre l'avis du maître.

Le docteur Gally, toujours prêt aux déplacements d'urgence, parcourait en tous sens cette Gaule narbonnaise où son dévouement lui valut d'être l'élu du suffrage universel, car tel Maunoury à Chartres et Montprofit à Angers, ce chirurgien aimait d'être au sein des Assemblées politiques l'animateur des œuvres sociales.

Fils d'un camarade d'études et ami du défunt, je suis heureux de rendre un hommage dans la *Gazette des hôpitaux* à ce chirurgien qui alliait à sa culture d'humaniste une parfaite connaissance des derniers progrès de son art.

Le docteur Gally a fait honneur durant sa vie aux deux savants qui l'ont formé et le chérissaient : les ayant connus tous les trois, qu'il me soit permis, au delà du tombeau, de les réunir dans une même pensée émue.

MAURICE MORDAGNE,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A VENDRE appart. rez-de-chaussée 4 pièces princ. dont 1 salle opérations murs carrelés avec 2 dépend., 1 salle de bains tout confort, eau cour. chaude et froide partout installée. Conv. parf. à médecin, chirurgien, dentiste. Prix demandé : 150.000 fr. — Pour renseign., s'adresser docteur Bordier, 21, avenue Victor-Hugo, Kléber 05-69.



COEXISTENCE D'UN OSTÉO-SARCOME DU TIBIA DROIT

AVEC MÉTASTASE VERTÉBRALE

ET D'UNE MALADIE DE PAGET LOCALISÉE

Par MM. L. BABONNEIX et A. WIDIEZ.

L'un de nous a eu l'occasion de voir en ville, il y a quelques mois, avec M. le docteur Chancel (de Paris), un homme de cinquante-quatre ans, qui se plaignait de douleurs lombaires mal déterminées irradiant vers le membre inférieur droit et que l'on ne pouvait attribuer, ni à un mal de Pott, ni à une sacro-coxalgie, ni à une affection rénale, ni à une maladie nerveuse. Il avait noté au cours de son examen, la présence : 1° d'une petite tuméfaction située à la face interne du tibia droit; 2° d'une déformation « pagétoïde » du tibia gauche. Il avait engagé le malade à entrer pour quelques jours à la Charité. C'est au cours de ce séjour que sont survenus des incidents singuliers.

Observation. — L... (Joseph), cinquante-quatre ans, tonnelier, entre le 12 juin 1927, salle Bouillaud, lit n° 20.

Antécédents personnels. — Phlegmon diffus du bras gauche en 1902. Cortico-pleurite droite en février 1927 avec présence de bacilles dans les crachats.

Marié, sa femme et son enfant, âgé de vingt-cinq ans, sont bien portants,

Histoire de la maladie. — A la suite de la consultation, il avait été décidé de faire un traitement spécifique discret et on avait prescrit au patient un sirop type Gibert. Dès les premières cuillerées, érythème généralisé avec prurit et desquamation abondante.

Les douleurs lombaires sont vives. Le malade ne s'asseoit qu'avec de grandes difficultés. On ne remarque aucune déformation nette de la colonne vertébrale, sauf peut-être une légère saillie de L^1. Il n'y a pas de point douloureux.

Le tibia gauche est déformé dans ses deux tiers inférieurs : épaississement considérable de l'os, diffus, régulier, uniforme à convexité interne. Cette déformation est apparue spontanément, il y a une vingtaine d'années et n'a pas augmenté depuis lors. D'autre part, à l'extrémité supérieure du tibia droit, on trouve, sur la face antéro-interne, une masse fluctuante de la grosseur d'une noix. recouverte par une peau intacte, et douloureuse à sa partie inféro-interne.

M. Baumgartner conclut à l'existence d'une collection froide située près de l'insertion des muscles de la patte d'oie.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux à gauche, légèrement diminués à droite.

Il n'y a ni troubles sensitifs ni troubles sphinctériens.

Le foie, un peu gros, déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, la rate est normale.

A la base du poumon droit persistent les reliquats de la cortico-pleurite antérieure : submatité, diminution des vibrations et du murmure vésiculaire.

L'appareil circulatoire est normal.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le Wassermann est négatif.

Les jours suivants, la collection prétibiale droite augmente de volume, devient nettement pulsatile. On retire à la ponction un liquide franchement hémorragique.

Le malade éprouve quelques difficultés à remuer les membres inférieurs. Le droit devient bientôt inerte, puis le gauche et rapidement une paraplégie flasque complète se constitue.

En effet, le 22 juin, les mouvements de flexion et d'extension des genoux sont abolis. Il ne persiste que quelques mouvements des orteils, et une légère adduction.

L'hypotonie musculaire est très accentuée. Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés.

Le réflexe achilléen droit est également aboli.

Pas de signe de Babinski.

Il y a quelques troubles de la sensibilité douloureuse à la face interne des cuisses, pas de troubles des autres sensibilités : thermique, profonde, etc.

Le rachis est de plus en plus soudé et la région D^{12} L^1 est douloureuse à la palpation.

Malade et radiographie sont soumis au professeur J.-A. Sicard qui a bien voulu donner son avis :

1° Tibia pagétoïde avec aspect ouaté.

2° Aplatissement de la XIe vertèbre dorsale, avec ébauche de ce que nous avons appelé vertèbre en galette avec aspect opaque.

3° IIe vertèbre lombaire à surveiller, de même que la sacro-iliaque droite, dont l'aspect est légèrement tacheté.

Il est peu vraisemblable que la scoliose de la IIIe dorsale corresponde à une ostéite néoplasique.

Conclusion : métastase de la XIe vertèbre dorsale.

Peu à peu, la paraplégie se complète : le réflexe achilléen gauche disparaît à son tour. L'insensibilité devient absolue dans l'étendue des membres inférieurs. Les masses musculaires s'atrophient rapidement.

Il y a rétention d'urine et des matières.

Les douleurs, de plus en plus intenses, ne sont calmées que par la morphine. Le 18 août, le malade, dont l'état s'aggravait chaque jour, est emmené par sa famille.

* * *

Cas d'interprétation difficile et ce, pour diverses raisons, abstraction faite de la poussée tuberculeuse qui s'est produite au cours de l'hiver précédent :

1° De quelle nature sont les lésions localisées à l'extrémité inférieure du tibia gauche? A ce sujet, deux opinions :

Pour le professeur Sicard, pour M. Baumgartner, comme pour nous-mêmes, il s'agit d'une maladie de Paget localisée. Les déformations du tibia ne sont-elles pas identiques à celles que l'on observe dans cette maladie ? L'image radiographique ne vient-elle pas confirmer ce diagnostic ?

Pour M. Touraine, qui a bien voulu examiner le malade avec nous, il ne s'agit pas d'une maladie de Paget. En effet : 1° les lésions sont localisées; 2° il n'y a pas de modifications de la table cranienne; 3° la macroglossie fait défaut; 4° la surface de la tuméfaction est irrégulière, mamelonnée. On doit donc à l'hypothèse de maladie de Paget substituer celle d'ostéo-périostite chronique d'origine indéterminée, qu'il faille incriminer la tuberculose, une staphylococcie ou toute autre infection.

Lorsque nous avons découvert la saillie de la partie supérieure de la face interne de la jambe droite, nous avons pensé à un abcès froid. Hypothèse d'autant plus plausible que le patient avait fait, il y a quelque temps une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, mais lorsque la ponction a ramené du sang pur, lorsque nous avons vu la tuméfaction devenir pulsatile, le diagnostic d'ostéosarcome s'imposait.

En juin est survenue une paraplégie flasque. Comment interpréter cette complication, sinon en

admettant qu'il s'est produit une métastase vertébrale? La radiographie ne révèle-t-elle pas l'existence d'une vertèbre noire, qui correspond à la XIe dorsale?

En résumé, il y a chez notre malade trois affections distinctes :

Maladie de Paget sans le moindre signe de syphilis.

Tuberculose pleuro-pulmonaire.

Ostéosarcome du tibia avec métastase vertébrale. Et c'est ce qui nous a décidés à publier ce cas. Les maladies de Paget localisées ne sont-elles pas encore sujet de discussion? L'existence de métastases vertébrales au cours d'un ostéosarcome des membres n'est-elle pas considérée par les classiques comme exceptionnelle?

LA PHYSIOTHÉRAPIE DES TISSUS INTERSTITIELS[1]

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique de la Salpêtrière.

III

TECHNIQUE (suite). MOUVEMENTS PASSIFS MANŒUVRES DE CHEIROTHÉRAPIE. APPAREILS RENFORÇANT L'ACTION MANUELLE VIBRATIONS

Les mouvements actifs, précédemment indiqués, peuvent être impuissants ou irritants. C'est alors que le médecin doit, si le traitement de la cause est lui aussi insuffisant, intervenir par des manœuvres manuelles, ou en s'aidant de diverses applications de l'électricité. Nous les passerons en revue, en allant du simple au composé.

1° **Mouvements passifs.** — Il n'est plus classique de dire que toute limitation de mouvements doit être soumise à la mobilisation, qu'il s'agisse d'enraidissement des parties molles péri-articulaires, ou de rétraction musculo-tendineuse, ou de réactions nerveuses avec douleur et gonflement, on risque fort d'irriter et d'augmenter l'impotence.

Au contraire, si l'épaississement, l'enraidissement, les rétractions, etc., sont supprimés, le mouvement revient de lui-même. Il est des cas dans lesquels une récupération trop rapide est même nuisible et doit être modérée. Par exemple, en présence d'une arthrite infectieuse, chronique, si l'on réduit les lésions inflammatoires, le malade use des mouvements qui lui sont rendus, et, trop souvent, provoque une nouvelle poussée irritative qui déterminera une ankylose plus serrée qu'auparavant. Il en est de même pour certaines synovites, et, d'une manière générale, pour tout ce qui est suite d'infection.

Ceci dit, pour arriver à augmenter l'amplitude d'un mouvement gêné par l'état des parties molles, trois petits artifices sont à conseiller :

1° Amener doucement le membre gêné, jusqu'au bout du mouvement possible, sans forcer. Gardant la position, on prie le malade d'exécuter une forte respiration après laquelle il est facile de gagner légèrement. Ainsi que nous l'avons dit à propos des mouvements actifs, cette manœuvre peut être répétée trois ou quatre fois de suite pour chaque mouvement, mais pas davantage.

2° En même temps qu'on mobilise l'articulation gênée, mobiliser celle qui est immédiatement sous-jacente. Par exemple, en même temps qu'on porte l'épaule en abduction, fléchir le coude à fond, mais sans provoquer de réflexes de défense. S'agit-il du coude, faire jouer en même temps le poignet, etc.

Les deux manœuvres se combinent, parfaitement, ensemble.

3° Contraction douce des antagonistes sur résistance (méthode du docteur Régnier). Par exemple, le deltoïde étant enraidi, abduction passive du bras jusqu'à sa limite (en employant, si l'on veut, les deux artifices ci-dessus). Prier alors le patient de rapprocher doucement le bras du corps pendant qu'on oppose une légère résistance au mouvement qui doit être très doux, lent et régulier. Après quoi l'abduction passive et active devient meilleure. Répéter trois ou quatre fois cette manœuvre pour chaque segment de membre à mobiliser.

Ces manœuvres, excellentes pour les contractures antalgiques et les enraidissements des péri-arthrites postinfectieuses, des maladies du névraxe, du rhumatisme musculaire, etc., peuvent être enseignées à toute personne capable de les exécuter sans brusquerie, à condition de ne jamais essayer de forcer. Je les indiquais déjà dans mon travail de 1918 et je n'ai eu qu'à m'en louer depuis.

2° **Manœuvres de cheirothérapie.** — Aux manœuvres d'écrasement et de malaxation, faites un peu au hasard et souvent trop brutalement, la notion des réactions fonctionnelles dans les tissus interstitiels substitue une technique plus rationnelle et plus efficace. Avant tout, il faut régulariser les réactions nerveuses végétatives : troubles vaso-moteurs et rétraction tissulaire; puis, si le drainage lymphatique ne se rétablit pas de lui-même, combattre l'engorgement lymphatique et aider à la résorption du gonflement. Toujours les manœuvres doivent être appropriées au but à atteindre, en les exécutant, la main est continuellement guidée par les modifications qu'elle produit dans les tissus et qui lui permettent d'apprécier, constamment, la façon dont ils réagissent au traitement.

La cheirothérapie reconnaît deux méthodes : celle des applications directes sur les parties à modifier, et la réflexothérapie agissant à distance en provoquant des réflexes d'innervation végétative.

A. Applications directes sur les parties à modifier. — Deux manœuvres s'adressent aux réactions nerveuses végétatives : l'effleurage et l'étirement; deux favorisent la résorption lymphatique : percussion, malaxation.

1° Effleurage. — Tous les empiriques connaissent bien son action de détente sur les tissus et com-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, nº 3, p. 37, et nº 9, p. 149.

mencent, avec raison, par lui, afin de calmer l'irritabilité nerveuse et de préparer aux manœuvres profondes. La main, aussi souple que possible, est posée bien à plat sur la partie à effleurer, elle s'y applique mollement et demeure inerte, sans mouvement des doigts. Le poignet et le coude et l'épaule lui impriment un mouvement de déplacement doux, lent, régulier, assez léger pour ne pas plisser l'étoffe la plus fine, posée sur la peau. D'une manière générale, le mouvement est la circumduction dans le sens des aiguilles d'une montre, posée sur la peau, cadran visible. L'effet est double : détente des rétractions tissulaires superficielles, décongestion profonde. Le premier se reconnaît à la détente des tissus, les creux se comblent, la peau n'y colle plus aux parties profondes et peut être plissée et roulée entre les doigts, sans froissement, ni douleur, on ne rencontre plus que des tissus souples et homogènes, le patient accuse un bien-être, avec douce chaleur, et commence à respirer plus profondément, parfois il s'endort. Si l'effleurage irrite, le patient s'agite, et, sous la main, on sent les tissus se rétracter et devenir plus durs. La peau se plisse mal, et, dans le pli, on trouve de menues duretés qui se crampent sous le doigt, procurant au patient une désagréable sensation d'agacement avec, localement, meurtrissure ou brûlures. Il faut alors cesser et passer à l'étirement.

La décongestion profonde est appréciable dans les organes thoraco-abdominaux; en effleurant la peau qui les recouvre on décongestionne, en quelques minutes, poumons (murmure vésiculaire et sonorité thoracique améliorés, avec souvent augmentation de l'ampliation respiratoire du thorax), foie et rate (diminution de leur matité, amélioration de la respiration diaphragmatique) et, à un moindre degré, l'utérus.

2° Etirement. — Il s'adresse aux rétractions spastiques, aux indurations et produit l'assouplissement bien mieux que toutes les manœuvres d'écrasement. Pour l'exécuter, placer les mains à plat de chaque côté du point à traiter et tirer, doucement, par menues saccades, à peine perceptibles, comme pour élonger les tissus. A chaque petite traction, l'élasticité ramène les tissus à leur point de départ, qu'ils dépassent légèrement ; peu à peu, le jeu de l'élasticité augmente, et l'induration se ramollit. C'est alors qu'on peut se rendre compte de sa constitution; elle se dissocie en minuscules petits éléments durs, soit en grains, soit plus allongés, ces éléments disparaissent à leur tour, sans laisser de trace, si l'induration est réductible. Jamais l'étirement ne doit irriter ni produire de réaction douloureuse.

Autant que possible, l'étirement des tissus doit s'adresser, non à un point isolé, mais à toute une région. On peut l'obtenir, soit en plaçant les mains à plat, à distance l'une de l'autre, pour étirer toute la partie intermédiaire, ou agir par pression large avec petites saccades dans le sens du relâchement, ou soulever la peau en un large pli qui sert à étirer les parties voisines. L'étirement est réalisé par les mouvements décrits précédemment, nous avons indiqué qu'au lieu d'agir directement sur les parties molles il vaut mieux imprimer de petites saccades aux os sur lesquelles elles s'attachent. L'étirement est le meilleur moyen de combattre les déviations thoraciques, rachidiennes, etc., causées par la rétraction tissulaire. On sait combien les tiraillements causés dans les articulations par ces déplacements squelettiques sont réflexogènes, par les manœuvres douces de détente on obtient bien mieux que par les tentatives de redressement brusque, encore trop souvent pratiquées.

3° Percussion. — C'est une pression vers la profondeur, exercée du bout des doigts, suivie d'un relâchement immédiat, et répétée plus ou moins rapidement et longtemps, suivant l'effet. Elle a pour but de mettre en jeu l'élasticité des tissus profonds, c'est la manœuvre qui désengorge le mieux les ganglions lymphatiques.

4° Malaxation. — Etreindre à pleine main, soit un gros pli fait à la peau, soit un muscle qu'on soulève comme pour passer les doigts au-dessous, et mobiliser les quatre derniers doigts du bord radial au bord cubital de la main, en les tenant rapprochés ou écartés, suivant la région et les progrès de l'assouplissement, l'effet obtenu est double, diffusion du gonflement interstitiel, assouplissement des muscles.

B. Manœuvres réflexogènes. — Certaines localisations de la cellulite provoquent des réflexes nerveux végétatifs pouvant se généraliser à toutes les parties du corps, à une moitié, à un segment. En réduisant ces points, à l'aide des manœuvres précédentes, on obtient des résultats comparables à ceux de la percussion vertébrale d'Abrams.

Le plus important me semble être celui des insertions sterno-claviculaires des sterno-cléido-mastoïdiens. Lorsque cette région est atteinte de cellulite, il suffit de soulever la peau en un pli, qu'on relâche aussitôt, et de répéter cette manœuvre pendant une à deux minutes pour décongestionner les viscères thoraco-abdominaux, bien mieux que par l'effleurage. Certaines crises d'angoisse avec agitation sont calmées par l'étirement des tissus recouvrant la région sterno-claviculaire, et la détente se propage à l'épigastre, et souvent à tout le corps. Au contraire, la pression des apophyses cervicales transverses, surtout vers leur face antérieure, détermine, si la région latérale du cou est enraidie ou infiltrée, une crise de chaleur, rougeur, sueur du cou et de la face, parfois étendue à d'autres régions.

Si l'auscultation montre le cœur gêné, à battements inégaux, mal frappés, avec altérations du rythme, et souvent extrasystoles, on peut fréquemment remédier à ces troubles, soit en provoquant les réflexes sus-indiqués, soit en explorant les régions atteintes de cellulite, pendant l'auscultation. On trouve ainsi les points, dont l'irritation augmente les troubles cardiaques, qui disparaîtront avec eux. En cas de réactions anormales sur une moitié ou un segment du corps, on recherche, de même, les points réflexogènes, dont la disparition amène celle des troubles à combattre.

Les réflexes végétatifs sont souvent complexes. Par exemple la congestion de l'utérus ou toute autre

excitation pelvienne ou abdominale provoque l'enraidissement du cou, par rétraction tissulaire; il en résulte la cellulite cervicale qui déclanche les réflexes congestionnant foie et rate, d'où gêne du diaphragme et du cœur. L'amélioration obtenue par la détente sterno-claviculaire n'est, en ce cas, que partielle et transitoire parce qu'on ne s'est pas adressé à la cause véritable. On peut décrire une variété d'angor cellulitique ainsi constituée : sous l'influence de troubles hépato-digestifs souvent légers, mais anciens, existe une cellulite qui, des hypocondres, remonte vers l'aisselle gauche, accolant entre elles les côtes à leur partie moyenne et rétractant l'hémithorax gauche, d'où un certain degré de dyspnée d'effort. La moindre congestion hépato-splénique, un peu d'aérophagie refoulant le diaphragme, suffisent pour provoquer l'angor qui peut aussi provenir d'une crise de rétraction cellulitique due à un effort, quelques mouvements, un souffle de vent, etc. La crise est caractérisée par la rétraction aiguë de tous les points atteints de cellulite : la rétraction cervico-thoracique et épigastrique amène l'angoisse, celle des traînées cellulitiques axillo-sus-claviculaires gauches irradie vers le bras gauche, irritant plexus brachial et nerfs du membre supérieur. Enfin, le cœur gêné mécaniquement par la rétraction thoracique subit, en outre, l'excitation des plexus cardio-aortiques par la cellulite rétro-sternale et péri-aortique. L'étude attentive de chaque cas permet d'indiquer aux malades quelques mouvements de détente propres à atténuer leurs malaises, mais, pour obtenir un résultat sérieux et durable, il faut les débarrasser aussi complètement que possible d'une cellulite tenace, étendue, et sujette à récidives si les troubles hépato-digestifs ne guérissent pas complètement.

Ces exemples, qu'on pourrait multiplier à l'infini, montrent combien est nécessaire, dans chaque cas, la recherche de tout ce qui peut exciter aux points les plus divers le réseau nerveux végétatif dont toute irritation locale peut retentir sur l'ensemble, particulièrement aux points prédisposés par la cellulite ou toute autre cause morbide.

Appareils produisant une excitation mécanique. — Ils sont de deux ordres : les uns déterminent, dans les parties molles, un ébranlement plus étendu et plus profond que celui dont la main est capable; les autres ajoutent aux déplacements manuels des vibrations dont les saccades, si elles sont convenablement réglées, donnent une détente des tissus rétractés, meilleure et plus étendue.

1° **Appareils renforçant l'action manuelle.** — On obtient un déplacement massif des parties molles sur le squelette en entraînant leur ensemble à l'aide d'une serviette, lanière, chaîne à mailles rectangulaires figurant une échelle de corde (1) dont on saisit de chaque main une extrémité. Mobiliser doucement l'appareil faisant corps avec les tissus par de petites saccades très douces alternées dans un sens puis dans l'autre. D'abord à peine perceptibles, elles augmentent avec l'assouplissement, à mesure que la résistance des tissus diminue. Tâter, de temps à autre, la souplesse obtenue et cesser dès qu'elle aura atteint son maximum.

Beaucoup d'appareils ont été imaginés pour faire jouer, mieux qu'à l'aide de la main, l'élasticité des tissus. Pour ma part, j'ai adopté ce qu'on peut appeler des palettes, plaque semi-élastique, qu'on pose à plat sur la peau et qu'on manie à l'aide d'un manche implanté sur la face libre, perpendiculairement ou obliquement, suivant commodité. Comme les appareils précédents, ces palettes déplacent l'ensemble des parties molles, beaucoup plus profondément et sur une bien plus grande étendue que la main seule. Elles servent à exercer des étirements, des pressions que leur semi-élasticité rend particulièrement efficaces. Vérifier leur action de temps à autre, à la main. Bien maniés, ces appareils sont peu irritants et réussissent là où la main aurait peu d'action.

2° **Vibrateurs électriques.** — Deux types sont à recommander :

Le premier comprend un moteur électrique au 20e ou 30e de cheval muni d'une résistance réglable à l'admission du courant, permettant la marche au ralenti. La rotation se transmet, par l'intermédiaire d'un flexible, à un secteur de volant dont les secousses sont recueillies par un concusseur qu'on applique sur la peau. Parmi les nombreux concusseurs, je recommande une bande élastique, tendue sur un ressort métallique, comme la corde d'un arc ou une pince à mors plats entre lesquels on place doigts, main, avant-bras, etc.; en un mot, les parties peu volumineuses qui vibrent ainsi des deux côtés à la fois. Il ne suffit pas d'appliquer le vibrateur sur les tissus, le résultat est tout différent si, à l'aide du concusseur, on étire les parties molles. La vibration se trouve ainsi conduite où elle est utile, ses saccades exercent leur action, par l'intermédiaire des tissus souples, sur les rétractions, et détendent, sans les irriter, des points que leur irritabilité rendrait difficiles à aborder directement. On peut aussi transmettre les vibrations à un siège en bois sur lequel s'assied le patient; il est facile, en fixant la partie vibrante au siège, d'envoyer la vibration dans tel ou tels sens vers la partie du corps que l'on veut spécialement atteindre; les deux mains devenues libres peuvent exercer dans la vibration des étirements, pression ou malaxation, sur une grande étendue.

Après essai de nombreux modèles, j'ai adopté, pour ma part, celui qui vient d'être sommairement décrit, édité par M. Duflot.

Le second type a pour principe l'électro-aimant. Les oscillations sont en nombre double de celui des périodes du courant. Un concusseur semi-élastique recueille les vibrations et les transmet aux tissus comme pour le modèle précédent.

Le plus simple est le vibris (31, rue Deparcieux), véritable joujou et appareil médical, tout à la fois. Le concusseur, placé sur un os ou sur les parties molles suivant les cas, agit sur une étendue consi-

(1) Celles faites en backélite me semblent particulièrement efficaces.

dérable. L'action pénètre bien en profondeur, surtout si on a soin de tendre les parties où l'on veut conduire la vibration, soit en les étirant à la main ou à l'aide du concusseur lui-même, soit en donnant à la partie traitée la position qui amènera la tension désirée. Ici encore le résultat est vérifié à la main qui, dans tous les cas, dirige l'application.

L'autre appareil est celui du docteur Baudisson (chez M. Dutertre). Le mien, en exercice depuis 1918, est actuellement monté sur pied lourd à roulettes et muni de deux tiges semi-flexibles dont l'extrémité porte deux plaques semi-élastiques à appliquer sur les téguments. On peut ainsi agir en deux endroits à la fois et leur imprimer une vibration douce, particulièrement diffusible, tout en gardant la liberté des deux mains qui étirent ou malaxent les tissus vibrants. Le résultat est excellent; sans irritation on détend les rétractions les plus réflexogènes.

En résumé, la main, les palettes, lanières ou chaînes déplaçant les parties molles; enfin, les vibrateurs tendent au même but : mettre en œuvre l'élasticité des tissus qui, déplacés, reprennent leur position première et la dépassent légèrement. Pour ma part, j'estime que la main, excellent guide pour le traitement, est un instrument fort inférieur, en général, aux appareils sus-indiqués, dont l'action est à la fois mieux supportée, plus pénétrante et plus étendue.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS

PHOTO-SENSIBILISATIONS

Nos réactions à la lumière sont-elles nouvelles, ou nouvellement découvertes? Les faits sur les animaux répondent : les ruminants ayant consommé du millepertuis à l'ombre et se couvrant instantanément d'éruptions cutanées en passant au soleil, nous démontrent surabondamment qu'il s'agit là de faits anciens.

Quant à nous, si modifiés par une vie intensive, une alimentation souvent frelatée ou trop copieuse, des lumières éclatantes, que devenons-nous? Le docteur Héricourt, nous montre dans *Le Terrain dans les maladies*, depuis vingt-cinq ans, deux maladies nouvelles : la méningite cérébro-spinale et l'encéphalite léthargique; encore, celle-ci, d'après le docteur Veillard (d'Orléans), serait-elle due à notre pain, aux farines multiples (blé, maïs, riz décortiqué, sarrasin), qui jadis produisaient la pellagre dont certaine forme y ressemble singulièrement, et qui est surtout intense au soleil du reste : action de choc.

Les « chocs radiants », dont nous avons dès 1904, signalé les accidents, et démontré l'importance, surtout avec superposition de chocs (sir Rolleston a publié des cas mortels, Institut, 14 mai 1923 et 14 mars 1927), modifient le terrain humain et le font réagir diversement aux fraudes alimentaires. Récemment, j'ai attiré l'attention sur ce point (Soc. méd. des prat., 21 oct., et Soc. de méd. de Paris, 29 oct. 1927).

La lumière nous frappe naturellement et artificiellement — action variable, intense ou prolongée — car nous avons énormément allongé la journée de travail ou de plaisir. Dans les villes, les sources de lumière sont nombreuses et variables. En 1889, on avait attribué la grippe à la multiplication de la lumière à Paris, et à sa conséquence : l'excès d'ozone atmosphérique. Quant à la lumière naturelle, elle n'est pas non plus immuable, qu'on l'appelle héliothérapie ou *actinothérapie*, la lumière est en somme naturelle, artificielle, indirecte, agissant par elle-même ou par les substances qui l'emmagasinent.

« Les agents météoriques pathogènes » décrits par J. Risler et nous, influençant l'action lumineuse, sont multiples : passage des taches solaires au méridien de l'astre signalé par les docteurs M. Faure et G. Sardou, comme agents de suicides ou de recrudescence des maladies chroniques; ozone, oxygène, argon, azote,... enfin constitution atmosphérique, pression de lumière, énergie des rayons selon la longueur d'onde (207 volts jaune à 12 à 30 millions, Millikan), pression barométrique, état hygrométrique, électricité, conditionnant sans doute, d'après F. Razotti (*Le Radium*, novembre 1927), les rayons X stellaires ultrapénétrants (Millikan), la radio-activité des ondes de haute fréquence (J.-A. Gray), des radiations de haute altitude (A. Corlon).

Le plomb longtemps soumis au rayonnement solaire est radio-actif (Mlle S. Maraceanu), [Ac. des sc. 1927], mais il y a un plomb venant du radium (L. de Launay).

N'a-t-on pas accusé la T. S. F. de produire la pluie?

Tous les éléments ambiants et si nombreux, agissent, sont en corrélation, se modifient, s'interfèrent, photolysent (D. Berthelot), aidant ou non la lumière.

On connaît l'enquête, sur le sujet, de la Société de pathologie comparée, les communications de MM. M. Faure et G. Sardou, les remarques du professeur Maignon, de M. A. Lumière, l'étude sur « les radiations astrales, leur rôle possible dans la pathologie humaine » du docteur M. Faure (*Gaz. des hôpit.*, 6 août 1927, et *Presse méd.*, 7 décembre 1927). La lumière n'est pas seule à nous sensibiliser, car nous voyons dans le domaine de l'anaphylaxie du professeur Ch. Richet tant de substances actives dont l'antianaphylaxie a raison souvent.

L'étude de l'action radiante s'impose, dans les problèmes coloniaux, l'aviation... où le soleil, les aliments insolés, peuvent tant réagir sur les individus. Le soleil supprime les fermentations, la putréfaction au Sahara... (Dal Piaz, Pierre Mille, docteur J. Poujol)...

Les photodermites, les phototraumatismes, la photoémanation, l'orthophotocatalyse, l'orthophotosensibilité, la phototropisme, termes nouveaux, sont des manifestations de notre « choc radiant », de notre radio-anaphylaxie, où une première irradiation d'effet insignifiant, d'érythème nul, préparante, donne à la seconde, double seulement, une vésication intense (docteur Marceron, *Paris médical*, 17 décembre 1927).

Il faut cependant ajouter, à l'influence de la lumière, si variable selon les pays, les altitudes, les poussières, les fumées, une notion nouvelle, très importante, *les intoxications alimentaires*.

Les examens en série pour l'examen du tube digestif, séparés de quelques heures, produiraient ainsi parfois, chez des intoxiqués alimentaires, des radiodermites pour des doses faibles de rayons X. La « photoanaphylaxie », urticaires solaires pour la moindre exposition, se produirait surtout inopinément (choc radiant) sur terrain arthritique, avec température et localisations. Des affections latentes pourraient être réveillées : « photo-réactivations »;

voici longtemps que nous l'avons souligné pour le paludisme. Milian a signalé le « photobiotropisme », maladies créées par la lumière (notre *héliopathie*, *Courrier médical*, 27 juillet 1927).

Citons les beaux rapports faits en décembre 1926, à la Société de pathologie comparée, sur la « photosensibilisation », par MM. Dufrénoy, Richert, Guillaume, Jausion, et commentés par MM. Brocq-Roussen, Jacques Risler, Foveau de Courmelles, et notre rapport du 13 décembre 1927, « Fraudes alimentaires et lumière ».

Il s'agit là, mieux mis au point, éclairés de faits nouveaux, d'un ensemble de faits anciens, auxquels les Américains gardent le nom « d'idiosynorasie en photothérapie », comme celui « d'héliothérapie artificielle » à l'action si semblable à celle du soleil. Ce sont ces faits que dès 1904, W. J. Morton, de New-York, appelait « histo-fluorescence des tissus », et que le docteur R. Vigouroux a utilisés dès 1902 (voir l' « *Année électrique* », 1901 à 1914). On connaît l'action alimentaire morbide de certaines substances qui, extraites alcooliquement, ou au contact de nos ferments digestifs, donnent des substances devenant fluorescentes, ou le devenant en nos organismes animaux ou humains (pellagre maïdique, fagopyrisme, trifoliose).

Nous-mêmes fabriquons anormalement l'hématoporphyrine fluorescente dont la nocivité peut s'augmenter d'actions lumineuses extérieures plus ou moins pénétrantes, ou d'intoxications continues par certains hypnotiques (trional, sulfonal). La porphynurie chronique serait assez analogue à la pellagre dont certaine forme ressemblerait à l'encéphalite léthargique (Veillard) : cette porphynurie donnerait au malade, au printemps, en été, des érythèmes analogues à des coups de soleil typiques (orthophotocatalyse de Marceron).

Quant à l'histo-fluorescence produites par des substances médicamenteuses ingérées, injectées ou badigeonnées (éosine, acridine...), ces phénomènes sont anciens, on l'a vu, et en dehors de notre cadre. La sensibilisation des plaques photographiques, les actions parfois néfastes des rayons X (*radiopathie*) et ultra-violets (*héliopathie*), sont ainsi comprises et expliquées.

L'*héliopathie* comme la *radiopathie*, mais moins que celle-ci, peut aboutir à la mort et assez souvent chez les marins et paysans, aux cancroïdes de la face (*radiolucites* de Gougerot). Plus généralement, et jusqu'ici, les ultra-violets ont produit plutôt des éruptions cutanées; et, les rayons X, des radiodermites, des érythèmes, mais non des adhérences, ni cancers, comme cela a été dit par quelques chirurgiens après des opérations naturellement difficiles ou par simples coïncidences.

Que de problèmes soulèvent la sensibilisation et la désensibilisation ?

Il en résulte qu'avant de soumettre nos patients aux radiations, soins ou traitements, il en faut connaître les antécédents alimentaires (1).

FOVEAU DE COURMELLES.

(1) Cet article est extrait d'un rapport présenté à la Société de pathologie comparée en décembre dernier pour son assemblée annuelle. Les relations entre les radiations, les interventions chirurgicales, les émotions, les ingestions alimentaires y sont décrites; il y a souvent là des photo-sensibilisations ou des préparations à ces actions que l'auteur appelle « des chocs radiants » et que M. P. Bazy a présentées à l'Institut les 14 mai 1923 et 14 mars 1927. M. Foveau de Courmelles s'est appuyé notamment pour ses constatations sur des observations de M. Louis Bazy. La « radiopathie » antérieure ou postérieure à une opération, bénigne même, pouvant être utile, ou nuisible, voire mortelle, selon l'état sanguin et globulaire des patients, ce qui est facile à déterminer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1928)

Pachyméningite cervicale tuberculeuse primitive. — MM. Grenier et Duric (de Nantes) rapportent l'observation d'un cas de pachyméningite tuberculeuse cervicale non consécutive à un mal de Pott. Le diagnostic de localisation de la lésion fut établi concurremment par la clinique et l'injection de Lipiodol ascendant grâce à une manœuvre spéciale qui a consisté à mettre le malade d'abord en position de dorsale puis ventrale pour franchir les courbures de la colonne vertébrale. L'autopsie montra l'intégrité absolue des vertèbres et l'existence d'un épaississement notable de la partie antérieure de la dure-mère caséifiée avec bacilles de Koch s'étendant de C2 à D3. Les coupes anatomo-pathologiques microscopiques révélèrent une dégénérescence nette des cellules des cornes antérieures de la moelle sans lésions péri-spendymaires. Le syndrome syringomyélique fut uniquement dû semble-t-il, à la compression médullaire.

Colique de plomb suivie d'azotémie par néphrite saturnine subaiguë. — MM. Aubertin et Foulon ont observé chez un ouvrier dont l'intoxication était de date récente une colique de plomb au décours de laquelle la constatation d'une albuminurie notable, sans œdèmes ni hypertension, fit faire une recherche de l'azotémie : celle-ci était de 7g50. Malgré le traitement, l'état général s'aggrava, l'azotémie ne baissa que peu, restant au-dessus de 5 grammes, puis remonta à 7g68 en même temps qu'apparaissait l'hypothermie et le coma. A l'autopsie, les reins étaient blancs et augmentés de volume; histologiquement, ils n'offraient par le tableau de la néphrite saturnine commune, mais celui de la néphrite subaiguë sans prédominance de lésions artérielles.

Ce fait prouve que la néphrite saturnine généralement chronique et hypertensive, peut être subaiguë et azotémique et évoluer comme une néphrite mercurielle.

Anémie pernicieuse gravidique traitée par la méthode de Whipple. Restauration rapide du chiffre globulaire normal. Accouchement à terme d'un enfant vivant. — MM. P. N. Deschamps et A. Froyez rapportent l'observation d'une anémie pernicieuse gravidique observée au sixième mois de la grossesse, traitée par la méthode de Whipple et où le chiffre globulaire passa en vingt-neuf jours de 1.800.000 à 5.047.000. Le taux des hématies se maintint ensuite aux environs de 4.000.000 jusqu'à l'heure actuelle. L'accouchement eut lieu à terme et dans des conditions normales. C'est là un fait exceptionnel, car au cours de l'anémie pernicieuse gravidique, il est habituellement impossible, quel que soit le traitement institué, d'obtenir une ascension du chiffre globulaire avant l'expulsion du fœtus.

Notes sur le taux des protéines du sérum sanguin au cours de l'eczéma des nourrissons. — M. L. Ribadeau-Dumas, M. et Mme Max Lévy ont étudié le taux des protéines de quelques nourrissons eczémateux typiques. Ils ont constaté, chez les sujets étudiés, une hypoprotéinémie assez forte pour qu'elle soit, dans quelques cas, de 38 et 50 p. 100 au-dessous du taux normal. Les auteurs pensent qu'il existe chez certains eczémateux un trouble du métabolisme azoté.

Lymphogranulomatose avec pleurésie séro-fibrineuse récidivante. — MM. P. Pruvost et Didier Hesse rapportent

l'observation d'une malade atteinte de maladie de Hogdkin et chez laquelle une pleurésie séro-fibrineuse gauche, fébrile, domina longtemps le tableau clinique. Quatre thorecentèses furent effectuées, la dernière complétée par une pneumo-séreuse, et le liquide montra une très forte réaction lymphocytaire. L'inoculation au cobaye resta négative. L'existence de ganglions cervicaux, l'apparition de prurit et la constatation radioscopique d'une masse polycyclique médiastinale firent pratiquer une biopsie d'un ganglion du cou, qui montra l'existence de cellules de Sternberg.

A propos de deux cas d'abcès du poumon. — MM. Et. Bernard, Gilbert Dreyfus et Desbucquoy relatent deux cas d'abcès du poumon. Dans le premier cas il s'agissait d'un abcès post-opératoire avec présence de streptocoques dans l'expectoration. La guérison fut spontanée. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un volumineux abcès streptococcique avec abcès métastatiques et guérison.

M. Sergent discute l'étiologie, et l'évolution favorable souvent sans interuption. Celle-ci doit être réservée aux cas avec vomiques successives et transformation putride de l'expectoration.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1928)

Eloge funèbre de M. F. Henneguy. — Il est prononcé successivement par M. Ch. Richet, président honoraire, et M. Mulon, vice-président.

Au sujet de certaines protozooses héréditaires humaines à localisation oculaire et nerveuse. — M. C. Levaditi. C. Magarinos Torres vient de décrire une nouvelle maladie héréditaire de l'homme (nouveau-né) caractérisée par la présence, au niveau de tissus altérés, d'un parasite intracellulaire très proche des *Toxoplasma* et de l'*Encephalitozoon cuniculi* (*Encephalitozoon chagasi*). Ce parasite était localisé dans les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané et le système nerveux central. Les constatations de Torres sont du plus haut intérêt, nos recherches antérieures sur l'*Encephalitozoon cuniculi*, ainsi que nos expériences actuelles sur l'encéphalo-myélite du lapin provoquée par le *Toxoplasma cuniculi* (Splendore), laissant entrevoir la possibilité de maladies encéphaliques humaines provoquées par des parasites analogues.

M. Levaditi résume une autre observation recueillie par J. Jankû (de Prague) et présentant quelque analogie avec la précédente.

Il s'agit d'un enfant de onze mois atteint d'hydrocéphalie énorme (75 centimètres de circonférence cranienne), de colobome de la *macula lutea* et de *microphtalmus* congénital. Dans la rétine, surtout au niveau de la couche plexiforme interne, M. Jankû a décelé des formations spéciales « ovoïdes, de nature parasitaire, sporocystiques, mesurant de 20 à 30 µ de diamètre et contenant des sporozoïtes ». L'examen de ses préparations a montré qu'il s'agissait d'un protozoaire dont la ressemblance avec certains stades évolutifs de l'*Encephalitozoon cuniculi* (panaporoblastes) était frappante.

Nous sommes donc en présence de deux observations humaines concernant des enfants atteints de lésions inflammatoires chroniques de l'encéphale, des yeux, des muscles et du tissu cellulaire sous-cutané, déterminées par un parasite appartenant au groupe des protozoaires et se rapprochant plus de l'*Encephalitozoon cuniculi* que des *Toxoplasma*. L'infection serait transmissible héréditairement par voie placentaire. L'intérêt de ces observations réside dans l'analogie entre les altérations décrites par Jankû et surtout par Torres, et celles que nous trouvons chez nos lapins infectés avec le *Toxoplasma cuniculi*. Il y a lieu d'examiner, de ce point de vue, le névraxe des enfants atteints d'hydrocéphalie congénitale, pour la raison que, chez les lapins atteints d'encéphalite toxoplasmique expérimentale, les lésions des plexus choroïdes provoquent souvent une dilatation hydrocéphalique des ventricules.

Note sur la spirochétose ictéro-hémorragique du chimpanzé. — MM. R. Wilbert et M. Delorme, recherchant si le sérum de chimpanzés infectés par *Sp. anthropopitheci* n. sp. se montre doué, *in vitro*, de propriétés spécifiques à l'égard de *L. icteroïdes* et de *Sp. icterohemorragiae*, ont constaté que le sérum de deux chimpanzés ayant succombé à la spirochétose ictéro-hémorragique déterminée par *Sp. anthropopitheci* exerçait effectivement une certaine action sur ces microorganismes. Cette action s'est traduite par l'immobilisation immédiate des spirochètes, le relâchement et la détorsion de leurs spires dans les deux cas, et par une agglutination partielle dans un cas. Il semble que la propriété, ainsi mise en évidence dans le sérum de chimpanzés infectés par *Sp. anthropopitheci*, autorise à rapprocher ce dernier germe de *L. icteroïdes* et de *Sp. ictero-hemorragiae*.

Les auteurs soulignent, en outre, le fait que *L. icteroïdes* et *Sp. ictero-hemorragiae* se sont comportés identiquement en présence de chacun des sérums éprouvés.

Contribution à l'étude de la spécificité des antivirus. — M. H. Chikhanoff. Il résulte de nos expériences que, au moyen de la réaction de fixation, on réussit à révéler dans les antivirus des substances qui sont capables de fixer l'alexine avec la même intensité que les substances contenues dans les corps de microbes eux-mêmes.

Cette réaction de fixation étant strictement spécifique peut servir à caractériser les antivirus et à les différencier au même titre qu'elle est appliquée à la différenciation des espèces microbiennes.

Recherches sur l'encéphalo-myélite toxoplastique du lapin. — MM. C. Levaditi, R. Schoen et V. Sanchis-Bayarri ont montré, dans une note antérieure, que le lapin était susceptible de contracter une encéphalo-myélite spontanée provoquée par le *Toxoplasma cuniculi* (Splendore) et que l'infection pouvait être transmise en série. Les recherches ont été continuées. Lorsqu'on inocule le virus au lapin par voie intracérébrale, l'animal succombe généralement de six, huit à douze jours après l'inoculation, ayant présenté des symptômes nerveux présentant l'évolution d'une encéphalite compliquée de myélite : nystagmus, battement des paupières, contracture rythmique des masséters et des muscles des membres, opisthostonos, parésies et paralysies du train postérieur, etc. D'autres animaux survivent plus longtemps (vingt-trois jours), la durée de la survie étant en fonction de la quantité et de la virulence du germe inoculé. D'ailleurs, au fur et à mesure des passages, cette virulence pour le cerveau s'accentue progressivement. On peut également infecter des lapins par l'inoculation dans le nerf sciatique ou dans la chambre antérieure de l'œil. Dans ce dernier cas, on constate une kératite diffuse et une exophtalmie due à l'accumulation de liquide exsudatif dans la chambre antérieure. Les lésions oculaires offrent quelques analogies avec les manifestations décrites par Janku chez un enfant atteint d'hydrocéphalie héréditaire.

La neuro-infection toxoplasmique du lapin est une parasitose intracellulaire, intéressant tout particulièrement la microglie, les épithéliums épendymaires et les cellules adventitielles vasculaires du système nerveux central, des plexus choroïdes et de certains nerfs craniens. A partir du point d'inoculation intrahémisphérique, on peut suivre pas à pas la progression de la parasitose des cellules épendymaires, d'abord au niveau du ventricule latéral correspondant, puis dans l'épendyme qui tapisse l'aqueduc de Sylvius, le plancher du IVe ventricule et tout le long du canal épendymaire médullaire. Sous l'influence du germe, les cellules épendymaires s'hypertrophient, deviennent cylindriques, prolifèrent et forment plusieurs assises. Le cytoplasma de la plupart d'entre

elles contient des vacuoles riches en *Toxoplasma*, parfois à la phase schizogonique de son cycle évolutif. Les plexus choroïdes sont fortement lésés. Il s'agit, en l'espèce, d'une inflammation diffuse du plexus, à laquelle participent des monocytes, en particulier des plasmocytes et des cellules basophiles. Le processus inflammatoire, oblitérant les vaisseaux et lésant les épithéliums, détermine des troubles de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien, d'où une dilatation plus ou moins considérable des ventricules latéraux indiquant une certaine tendance vers l'hydrocéphalie.

Evolution de l'albuminurie dans les néphrites expérimentales par nitrate d'urane chez le chien. — MM. Marcel Garnier, E. Schulmann et J. Marek montrent que l'albuminurie dans les néphrites par nitrate d'urane chez le chien évolue séparément des autres symptômes : elle les précède et décroît à mesure que se précisent les phénomènes toxiques mesurés par le taux de l'azotémie et la réserve alcaline. Quand la mort arrive, le taux de l'albumine est revenu depuis plusieurs jours à un chiffre voisin de celui constaté avant l'injection. Chez les animaux qui survivent elle est déjà considérablement diminuée quand l'azotémie est encore élevée. On peut conclure qu'il y a une sorte de dissociation entre l'albuminurie et les signes d'urémie.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies contagieuses de l'enfance (1), par Alfred Reh.

Le petit livre du docteur Reh, conçu dans un but essentiellement pratique, est écrit pour le grand public et spécialement pour les mères qui demandent si souvent aux médecins des renseignements sur la contagion des maladies de l'enfance, la durée de la période d'incubation et les dangers que peuvent présenter les complications survenant au cours de ces maladies. Les différentes maladies, successivement envisagées, sont les maladies les plus fréquentes et les plus meurtrières, celles qui nécessitent la fermeture des écoles. Il serait bon également que les maîtres d'école, instituteurs et institutrices, professeurs dans les lycées de jeunes gens et jeunes filles, connaissent ces questions. Voyant tous les jours les enfants, ils peuvent observer bien des symptômes et les signaler aux parents. Ce livre s'adresse donc également à eux.

Un tableau synoptique très clair permet au lecteur de se faire une idée d'ensemble sur la question.

Ce livre comble donc une lacune importante et les notions qui y sont rassemblées et exposées avec clarté et précision, doivent être répandus.

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

(1) Editeurs : Etablissements Benzinger et Cie. Succursale de Strasbourg, 29, place de la Cathédrale.

Principes d'hygiène sociale (1), par le docteur Sicard de Plauzoles. Cours libre professé à la Sorbonne (1922-1927). Préface de M. le professeur A. Pinard.

Ce livre s'adresse à l'élite intellectuelle de la nation, particulièrement à ceux qui ont la charge des intérêts vitaux du pays et sont ses guides naturels; car l'hygiène est une science économique et sociale dont les principes ne peuvent plus être ignorés de ceux qui sont, à des titres divers, des éducateurs ou des dirigeants. C'est tout un plan d'organisation sociale fondée sur les lois de la biologie, c'est toute une morale scientifique que l'auteur expose, en s'appuyant sur l'observation rigoureuse des faits.

L. G.

(1) J. Peyronnet et Cie, 7, rue de Valois, Paris (Ier).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE LA SPIROCHÉTOSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE

DÉFINITION

La spirochétose ictéro-hémorragique ou spirochétose ictérigène est une maladie infectieuse se traduisant cliniquement par un *ictère aigu*, précédé et accompagné habituellement par de la *fièvre* et des symptômes généraux plus ou moins intenses, et due au spirochæta ictero-hemorragiae découvert par *Inada* et *Ido* en 1914.

D'importants travaux ont été faits à ce sujet à la suite de la guerre, parmi lesquels il faut citer ceux de L. Martin et A. Pettit, de N. Fiessinger.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La maladie ne se propage pas d'homme à homme ; chaque sujet la prend dans les lieux contaminés, ce qui explique les cas isolés. Les épidémies se rencontrent surtout dans les lieux humides et seraient plus fréquentes dans la saison chaude.

Les *rats* sont les agents de contamination, d'où la plus grande fréquence de l'affection dans les métiers exposant à la promiscuité de ces animaux (terrassiers, égoûtiers, etc.).

La contamination du rat à l'homme par morsure est rare. Ce sont les *urines* des animaux infectés qui souillent directement les aliments ou l'eau; et, en fait, l'immersion dans les eaux polluées est le mode de contamination le plus fréquent (piscines).

ÉTUDE CLINIQUE

I. **Incubation**. — Entre la contamination et le début de la maladie s'écoule une période de six à douze jours en moyenne, absolument silencieuse.

II. **Invasion**. — Le début est brutal, il est marqué par l'apparition d'un syndrome infectieux s'installant par un frisson et marqué par de la céphalée, une courbature généralisée suivie d'asthénie, de vomissements, de l'herpès labial discret, quelquefois des épistaxis. Habituellement on observe de la *congestion conjonctivale et ciliaire*, mais ce qui domine dans ce tableau clinique et lui imprime un caractère bien spécial c'est :

1° **Les myalgies**. — Les douleurs musculaires existent dans presque tous les cas.

Elles se localisent habituellement dans les *mollets*, plus rarement dans les masses sacro-lombaires, et plus exceptionnellement encore dans les membres supérieurs.

Ces myalgies peuvent s'accompagner de douleurs osseuses (tibia) et d'arthralgies.

2° **Le syndrome urinaire**. — Urines diminuées de volume contenant de l'albumine, parfois même déjà des pigments biliaires et de l'urobiline.

Dès cette période, le taux de l'urée sanguine monte à 1g50 ou 2 grammes (*azotémie pré-ictérique*).

3° **Syndrome nerveux**. — L'état nerveux du malade se signale par de l'anxiété avec agitation ou rapidement par de la torpeur. Il n'est pas rare d'observer un syndrome méningé d'intensité variable, caractérisé par de la raideur de la nuque avec signe de Kernig.

La température atteint souvent 39 degrés, le pouls est rapide, bat à 100-120 par minute. En général, le foie est normal, la rate n'est pas hypertrophiée. Il y a légère diminution du nombre des hématies, une leucocytose moyenne avec polynucléose neutrophile.

Cette phase d'invasion, encore appelée *période pré-ictérique*, dure en moyenne de deux à six jours, dépasse exceptionnellement une semaine.

III. **État**. — Caractérisée par l'apparition d'un ictère accompagné d'une *azotémie importante* et évoluant au milieu d'un syndrome infectieux.

L'*ictère* présente une teinte qui varie du jaune clair à la teinte safran la plus vive, parfois couleur de *grenade mûre* (due à de la vaso-dilatation cutanée) et semble fonction de la gravité de la maladie.

Les urines contiennent des *pigments*, des *sels biliaires*, de l'*urobiline*, de l'*albumine*, des *cylindres*. On y recherchera la *réaction de Pagniez*.

Les selles restent assez souvent *colorées*; cependant, dans les formes intenses, elles peuvent être blanchâtres, de couleur mastic.

Le *prurit* manque toujours.

Le *pouls* n'est pas ralenti.

A part ces quelques particularités, l'ictère ne tire ses caractéristiques que de l'ensemble des phénomènes au milieu desquels il évolue :

Les signes généraux sont ceux d'une infection grave, température à 40, pouls à 100-120; état de torpeur ou au contraire agitation et délire.

L'*azotémie* est constante, son taux varie entre 1g40 et 2 grammes dans les formes de moyenne intensité, peut atteindre 5, 6 grammes et plus dans les formes sévères.

Les *hémorragies* sont moins fréquentes en Europe qu'en Orient. Dans nos pays, elles consistent surtout en *épistaxis*; elles sont abondantes et n'ont aucune tendance à s'arrêter spontanément. Les hémorragies viscérales sont *exceptionnelles*.

L'examen du sang révèle une diminution notable du chiffre des globules rouges avec polynucléose et réaction médullaire.

EVOLUTION

Les symptômes sérieux qui marquent le début de l'ictère se transforment rapidement. Alors que l'ictère persiste, on observe :

1° Une **amélioration générale**; retour à la normale de la température et du pouls, relèvement de la tension toujours très abaissée.

2° **La crise urinaire**; elle coïncide avec cette amélioration de l'état général, l'*abaissement du taux de l'urée sanguine*, et est caractérisée par :

L'abondance de la *diurèse* (urines colorées par l'élimination des pigments), l'augmentation considérable de l'*azoturie*.

Mais après huit à douze jours d'*apyrexie* relative, alors que l'ictère décroît, survient la **recrudescence fébrile**.

Elle apparaît le quinzième ou dix-septième jour, alors que le sujet semble s'acheminer vers la convalescence.

Cette recrudescence thermique ne s'accompagne, à part quelques troubles légers, d'aucune altération de l'état général *ni d'accentuation ou de reprise de l'ictère*.

La température va persister pendant huit à neuf jours, caractérisée par une montée progressive, des écarts importants entre minima et maxima avec retour progressif à la normale, plus rarement la courbe affecte une allure capricieuse ou traînante.

Les urines diminuent à nouveau et l'azotémie s'élève légèrement.

Survient enfin la *deuxième défervescence*, vers le troisième ou quatrième septénaire.

L'ictère en général très atténué disparaît progressivement, mais fait place au *syndrome anémique tardif*, et l'albuminurie persiste souvent; elle finit cependant par disparaître et la convalescence enfin s'installe définitivement.

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

La durée habituelle de la maladie est d'environ quatre semaines, peut atteindre cinq à six semaines dans les formes sévères.

La péricardite, la parotidite qui peuvent survenir au cours de l'évolution relèvent de l'*azotémie* qui est, du reste, la cause de la mort dans la plupart des cas. Malgré tout, le pronostic est assez favorable dans l'ensemble, l'élévation du taux de l'azotémie n'ayant pas dans la spirochétose la même valeur que dans les néphrites chroniques.

Des séquelles sont possibles, cirrhose, sclérose rénale, lésion aortique, séquelles nerveuses et mentales.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le Docteur illuminé. roman, par le docteur Lucien GRAUX. Un volume in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Arthène Fayard et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Duval, Gosset, Berger, Sauvé, Dujarier, Mathieu, Michon.

Censeurs : MM. Monod (Raoul), Petit-Dutaillis, Desplas et Fey.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — La *Presse thermale et climatique* annonce que notre excellent confrère, le docteur Molinéry, directeur technique des Etablissements thermaux de Luchon, vient d'être nommé assistant à la chaire d'hydrologie de Toulouse.

MARINE. — M. le médecin principal Feret, chef du Service de santé de la fonderie de Ruelle, a été désigné comme membre de la Commission consultative médicale (section marine) du ministère des Pensions.

LE JUBILÉ DU DOCTEUR CHARLES NICOLLE. — La cérémonie officielle de remise de la médaille d'or au docteur Charles Nicolle aura lieu à Tunis, sous la présidence de M. Lucien Saint, ministre résident général de France le 28 avril prochain. Cette solennité sera rehaussée par la présence de délégués de l'Institut de France et de l'Institut Pasteur de Paris, de la ville de Rouen, et par de nombreuses personnalités scientifiques et médicales du monde entier.

Nous rappelons que toutes les communications doivent être adressées au docteur F. Gérard, 100, rue de Serbie, à Tunis.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le professeur Bordet a été élu vice-président, en remplacement de M. Hertoghe, décédé.

MM. les professeurs Nicolas et Pierre Duval (de Paris) ont été élus correspondants étrangers.

ÉTATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU CLIMATISME. — Les Etats généraux du thermalisme et du climatisme se tiendront à Paris, les 16 et 17 mars 1928, dans la salle des Ingénieurs civils, rue Blanche. Cette manifestation s'annonce comme devant être des plus importantes.

Deux rapports seront présentés à l'assemblée :

1° L'organisation du crédit thermal et climatique;

2° La propagande en faveur de nos stations thermales.

S'inscrire dès maintenant auprès du docteur Janot, secrétaire général, 14, rue Vézelay, Paris.

CROISIÈRE D'AOUT DE « BRUXELLES MÉDICAL ». — Escales : Bordeaux, La Corogne, Vigo, Leixoes (Porto), Funchal, Sta Cruz de Ténériffe, Las Palmas, Casablanca, Ajaccio, Marseille.

Un train spécial conduira les passagers de Paris à Bordeaux (quai du Brazza). Le trajet de la Corogne à Vigo se fera par auto, avec visite de Saint-Jacques de Compostelle. — Porto : visite de la ville et des environs. — Madère : visite de l'île. — Ténériffe : visite de l'île et excursion au Pic de Ténériffe. — Las Palmas : visite de la Canarie. — Casablanca (excursion à Rabat et Salé, facultatif : Meknès ou Mazagan). — Ajaccio : circuit de Corse.

Pour renseignements et prix, s'adresser au service des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles.

IIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le deuxième bal de la médecine française aura lieu le samedi 24 mars dans les salons du ministère de l'Intérieur.

Le bal sera précédé d'une soirée artistique qui commencera à 9 h.

Cette soirée artistique et ce bal sont donnés au profit de la F. E. M., société de secours pour les femmes et enfants de médecins, sous le patronage de l'Association générale des médecins de France.

On trouve les cartes d'entrée au siège de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène; chez M. Watelet, 21, rue Violet; chez Mme F. Jayle, 2, rue Guynemer.

Carte d'entrée : 50 fr. ; médecins, 30 fr.; internes et étudiants, 20 fr.

Au 30 janvier, le Comité a déjà reçu les dons suivants :

Laboratoires : Astier, 2.000 fr.; Badel, 50 fr.; Biomarine, 100 fr.; Bottu, 100 fr.; Byla, 100 fr.; Carrion, 500 fr.; Churchill, 100 fr.; Coirre, 200 fr.; Cortial, 300 fr.; Debat (docteur), 1.000 fr.; Eschbach (docteur), 100 fr.; Ettinger (docteur), 50 fr.; Falcoz, 100 fr.; Famel, 1.000 fr.; Fraisse, 100 fr.; Fumouze, 200 fr.; Galbrun, 100 fr.; Le Brun, 100 fr.; Midy, 500 fr.; Monin, 10 fr.; Mouneyrat, 100 fr.; Nativelle, 100 fr.; Odinot, 1.000 fr.; Petit (docteur), 50 fr.; Pharmacie Centrale, 100 fr.; Rémy et Lecoq, 10 fr.; Renard, 50 fr.; Robin, 2.000 fr.; Roussel (docteur), 1.000 fr.; Scientia : M. A. Beder, 100 fr.; M. Perraudin, 100 fr.; Trouette-Perret, 300 fr.; Usines du Rhône, 100 fr.; Verne (Boldo), 100 fr.; Vichy, 500 fr.; Vittel, 500 fr.; Voronoff (docteur), 200 fr. Total de la première liste, 13.020 fr.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique.* — Un cours de perfectionnement sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé, N. Peron, A. Thévenard, J. Darquier, J. Decourt, chefs de clinique; P. Léchelle, médecin des hôpitaux; L. Girot, P. Mathieu, J. Périsson, anciens chefs de clinique; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la Clinique; Lanos, oto-rhino-laryngologiste de la Clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons : la première série a commencé le mercredi 8 février 1928, à 15 h., à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi; la deuxième série commencera le lundi 27 février, à 15 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — *Cours complémentaire sur la thérapeutique par les radiations*, au grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 h.

Samedi 11 février : Réactions histologiques des tissus à l'égard du rayonnement, par le docteur Leroux, professeur agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Vendredi 17 février : La radiothérapie des affections non cancéreuses, par le docteur Joly, radiologiste des hôpitaux.

Samedi 18 février : Modifications du sang déterminées par les rayons X et les corps radio-actifs, par le docteur Lacassagne, chef de laboratoire à l'Institut du radium.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille. à l'hôpital Laennec et au dispensaire Léon-Bourgeois, avec la collaboration de M. P. Jacob, médecin des hôpitaux ; M. G. Maingot, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec; de MM. J. Rolland, chef de laboratoire; E. Brissaud, E. Coulaud, F. Hirschberg, A. Ravina, assistant; de M. A. Soulas, assistant d'oto-rhino-laryngologie; de Mme de Retz, infirmière-visiteuse chef, et de M. Evrot, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 13 février 1928, à 11 h., au dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau, Paris (VIIe). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons théoriques.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou candidats au poste de médecin de dispensaire désireux de suivre ce cours un certain nombre de bourses.

S'adresser à M. le docteur Arnaud, directeur du Comité national, 66, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Droit : 150 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

HÔPITAL BEAUJON. — CONFÉRENCES PRATIQUES SUR LE RADIODIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Le samedi 11 février et les samedis suivants, M. M. Mignon, assistant d'électro-radiologie de l'hôpital Beaujon, fera au laboratoire du docteur Aubourg une démonstration pratique de radiodiagnostic des affections du poumon et de la plèvre.

A 9 h. 1/2 : Examen radiologique des malades (service de M. le professeur agrégé Debree).

A 11 h. : Conférence pratique avec présentation de clichés.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Meyer, électro-radiologiste des hôpitaux; Victor Mac-Auliffe (de Saint-Denis, île de la Réunion); le physicien Hendisk-Antoon Lorentz (de Haarlem), président de la Commission internationale de coopération intellectuelle à la S. D. N., docteur honoris causa de l'Université de Paris, membre associé étranger de l'Académie des sciences, commandeur de la Légion d'honneur; Jean Martinet (de Nogent-le-Rotrou); Jules Mouret, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Montpellier.

LIVRES NOUVEAUX

Le terrain dans les maladies (1), par le docteur J. HÉRICOURT, avec une préface du professeur Ch. RICHET.

L'auteur présente ici une revue des diverses conceptions successivement envisagées touchant le germe infectieux, le terrain sur lequel il se développe, leurs rapports et les conditions que comporte l'établissement des diverses variétés d'immunités. Une étude particulièrement importante au point de vue doctrinal est consacrée aux terrains tuberculeux, syphilitique et cancéreux.

Aux théories classiques de l'immunité par antitoxine, l'auteur oppose les théories de van Lint : l'immunité-indifférence, qui permet de concilier les faits d'immunité et les faits d'anaphylaxie.

La dernière partie de l'ouvrage enfin contient un exposé d'une conception moderne des « Tempéraments », et une étude des agents modificateurs des terrains. Dans un appendice, enfin, une étude d'attente porte sur le bactériophage de d'Hérelle, et les modifications qu'il est susceptible de faire apporter aux conceptions présentes.

Le nom de l'auteur suffit à faire prévoir l'intérêt de cette étude.

R. LEVENT.

(1) Bibliothèque de philosophie scientifique. — Paris, Flammarion.



REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES

Par H. DESOILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

DÉFINITION

On désigne d'habitude sous ce nom la paralysie complète ou incomplète des deux membres inférieurs. C'est un syndrome fréquent, si l'on envisage les cas frustes où le malade se plaint seulement de gêne ou de diminution de sa force musculaire. D'autre part les causes en sont multiples; et comme le pronostic et la thérapeutique sont très différents suivant les cas, il importe de bien connaître *les quelques signes essentiels qui permettront de reconnaître l'affection en cause.* Nous isolerons d'ailleurs, dans des chapitres distincts les causes fréquentes et les causes rares.

EXAMEN CLINIQUE

La façon dont se présente un paraplégique est très variable.

Le plus souvent, c'est un sujet qui éprouve une gêne plus ou moins marquée de la marche, mais qui néanmoins continue à aller et venir. A un degré de plus la marche devient très difficile, ne peut se faire que lentement et avec l'aide de cannes et de béquilles. Parfois enfin le malade ne peut quitter le lit, car, même soutenu il ne peut tenir sur ses jambes.

A l'opposé il est des cas où l'on doit au contraire rechercher la paraplégie, le malade venant se plaindre de tout autre chose : de douleurs ou de troubles de la miction par exemple.

De toutes façons l'examen clinique général doit être très systématiquement conduit, et il faut toujours rechercher :

a. *La diminution de la force musculaire segmentaire*, résultant de la paralysie; elle est constante, et c'est sa recherche segment par segment qui précise la topographie de cette paralysie. Il s'y joint souvent de l'atrophie musculaire, cette dernière, lorsqu'elle est nette, indique une lésion du neurone périphérique.

b. *Les troubles de la démarche,* en faisant aller et venir le malade déshabillé; on précise ainsi que ce qui le gêne, c'est par exemple l'impossibilité de relever la pointe du pied. Si le sujet ne peut marcher, on notera du moins l'attitude des membres inférieurs dans le lit.

c. *L'état des réflexes.* — Réflexes tendineux.

Réflexes cutanés et en particulier le réflexe cutané plantaire, d'une importance considérable puisque le fait d'obtenir une réponse en extension montre qu'on a affaire à une lésion organique touchant le faisceau pyramidal (Babinski).

Réflexes d'automatisme médullaire (dits de défense).

Réflexes de posture locale de Foix et Thevenard.

d. *L'état des sensibilités* thermiques et douloureuse, tactile, profonde (diapason et sens de position des orteils).

e. *L'examen ne doit pas être limité aux seuls membres inférieurs*, mais porter sur le tronc et les membres supérieurs; de même on recherchera les paralysies oculaires, le signe d'Argyll, le nystagmus, les signes cérébelleux.

f. *Il ne faut pas d'ailleurs se borner à un examen neurologique, même très complet :* la découverte de certaines cicatrices cutanées, ou celle d'une lésion aortique par exemple pouvant être importante pour poser le diagnostic étiologique de l'affection nerveuse et pour conduire le traitement.

Tous ces signes, l'histoire elle-même de la maladie, très importante à préciser permettent dans bien des cas le diagnostic; mais souvent il faudra s'aider en outre de la ponction lombaire et de la radiographie de la colonne vertébrale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il faut d'abord éliminer ce qui n'est pas une paraplégie, c'est-à-dire :

1° *Les affections douloureuses*, qui, comme la sciatique ou les varices gênent la marche;

2° *Les affections ankylosantes de la hanche* : morbus coxæ senilis en particulier;

3° *Les troubles d'origine mécanique:* cicatrices vicieuses, fractures mal remises;

4° *Les impotences fonctionnelles par trouble de la coordination des mouvements* :

Ataxie tabétique caractérisée par la perte de la notion de position, s'accompagnant d'abolition des réflexes et de Romberg, associés au signe d'Argyll.

Asynergie cérébelleuse (1) avec sa démarche ébrieuse, son hypermétrie (c'est-à-dire que les mouvements dépassent le but) accompagnées d'adiadococinésie, de tremblement intentionnel, de nystagmus, ainsi que d'exagération des réflexes tendineux, sans signe de Babinski et sans troubles sensitifs;

5° *Certaines affections musculaires, héréditaires et familiales* (2) caractérisées par l'impotence plutôt que par la paralysie, sans perte des mouvements volontaires; par la diminution de la force musculaire, sans troubles des réflexes tendineux au début; enfin par des déformations qui apparaissent plus tardivement.

Ce sont :

La myopathie primitive progressive, qui atteint surtout les muscles des racines des membres : leur atrophie force le malade, lorsqu'il est couché, à se relever d'une manière caractéristique, en appuyant les mains le long du corps. On observe en outre des déformations spéciales décrites sous le nom de « lèvre de tapir, taille de guêpe, etc. ». Dans certaines formes cliniques il y a en plus hypertrophie apparente des muscles du mollet (paralysie pseudohypertrophique de Duchenne).

La maladie de Thomsen, donnant une raideur spéciale des muscles, dont la décontraction lente entraîne une gêne importante. Ces muscles sont hypertrophiés.

(1) La maladie familiale de Friedreich donne des signes associés d'ataxie tabétique et d'asynergie cérébelleuse.

(2) Certains auteurs les rangent (ainsi que la myatonie congénitale) dans le cadre des paraplégies.

Ces deux affections ne doivent pas d'ailleurs être opposées entièrement l'une à l'autre. Comme l'a montré Bourguignon, il n'y a que des différences de degré et d'évolution d'un processus de même nature. Il hypertrophie d'abord pathologiquement les fibres musculaires et occasionne la lenteur de leur décontraction (réaction myotonique à l'examen électrique); ensuite il peut les faire disparaître, d'où l'atrophie des muscles où ne persistent que les quelques fibres respectées par la maladie. Suivant les individus le premier stade domine (maladie de Thomsen) ou le dernier (myopathie), ce dernier stade pouvant n'être jamais atteint;

6° *La démarche raidie du Parkinsonnien*, avec son attitude générale soudée est reconnue aisément;

7° *L'astasie-abasie* se rencontre généralement chez des sujets âgés qui ne peuvent se tenir debout, se laissent tomber. (Il y a un élément psychique important surajouté à un fond organique souvent léger). L'affection est plus rare chez les enfants;

8° Enfin, *les simulateurs et les pithiatiques* simulent tout, mais il n'y a bien entendu jamais de signes organiques, tous les réflexes sont normaux, et les symptômes présentés sont modifiables par la suggestion, armée au besoin.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Deux notions facilitent ce diagnostic :

1° La cause est différente suivant qu'on a affaire :

A une paraplégie flasque,

A une paraplégie spasmodique.

2° Une étiologie spéciale, vite reconnue, doit faire grouper :

Quelques affections de l'enfance, héréditaires et familiales, rares en pratique.

Les lésions d'origine traumatique, dont l'étiologie est indiscutable, mais dont il faut apprécier le degré pour porter un pronostic et savoir s'il faut intervenir chirurgicalement.

Donc, quatre chapitres d'importance inégale :

Paraplégies flasques,

Paraplégies spasmodiques,

Paraplégies familiales héréditaires,

Paraplégies d'origine traumatique.

PARAPLÉGIES FLASQUES

Leurs caractères essentiels sont les suivants :

Diminution ou abolition des réflexes tendineux.

Hypotonicité des muscles, qui donnent à la palpation l'impression d'être mous, flasques.

Atrophie musculaire survenant rapidement.

Elles sont dues le plus souvent à des lésions du neurone périphérique et ne s'accompagnent pas du signe de Babinski (sauf dans les cas rares de myélite aiguë où le faisceau pyramidal est touché).

Elles surviennent progressivement ou brusquement.

Nous distinguerons :

I. Les paraplégies flasques à début progressif (polynévrites);

II. Les paraplégies flasques à début brutal.

III. Certains cas plus rares où l'évolution est subaiguë, progressive; ce groupe comprend un certain nombre d'affections incomplètement connues.

IV. Le syndrome de la queue de cheval.

I. Paraplégies flasques à début progressif (mais qui peut être rapide, parfois même en quelques jours). *Il s'agit le plus souvent d'une polynévrite.*

LES CARACTÈRES DES POLYNÉVRITES SONT LES SUIVANTS :

a. *Début* progressif et rétrocession lente, sans passage à la spasmodicité.

b. *Troubles moteurs.* — 1° Leur intensité est variable, allant de la parésie à l'impotence complète.

2° Leur topographie est essentiellement bilatérale, symétrique, à prédominance radiculaire. Elle atteint surtout les muscles extenseurs des orteils et les péroniers, d'où résulte de la difficulté à fléchir le pied sur la jambe et du « steppage » avec chute du pied dont la pointe traîne et pend pendant la marche. D'ailleurs différents groupes musculaires peuvent être pris successivement.

3° La contractilité idio-musculaire est exagérée.

c. *Troubles sensitifs*, ils sont fréquents mais leurs caractères varient suivant l'étiologie.

d. *Troubles trophiques et vasomoteurs*, fréquents également, occasionnant de l'atrophie musculaire, des rétractions tendineuses et aponévrotiques, des déformations articulaires, enfin des altérations de la peau et des phanères.

e. *Troubles psychiques*, surtout dans les polynévrites alcooliques; c'est avant tout le syndrome de Korsakoff, consistant en amnésie prédominante s'accompagnant de fabulation plus ou moins facile à mettre en évidence.

f. *Les réflexes tendineux* sont diminués ou abolis; il n'existe pas de Babinski.

g. *L'intégrité des sphincters est la règle*, contrairement à ce qu'on observe au cours du syndrome de la queue de cheval,

h. *Les troubles électriques* sont plus ou moins marqués. Il est classique de dire que lorsqu'on trouve la « réaction de dégénérescence complète » caractérisée surtout par l'inexcitabilité du muscle par le nerf aux courants galvanique et faradique, et la disparition de l'excitabilité directe du muscle au courant faradique, c'est que la paralysie est incurable. Cette formule est beaucoup trop absolue (1). Ce n'est pas sur un examen électrique pratiqué isolément, et sans tenir compte des constatations cliniques et étiologiques qu'on peut établir un pronostic. Souvent, d'ailleurs, il faut répéter les examens électriques en prenant des mesures qui permettent de suivre l'évolution. Ces *mesures* consistent à prendre les chronaxies motrices et sensitives (Bourguignon). Elles peuvent, dans les polynévrites être très augmentées (jusqu'à 70σ au lieu de 0σ,08 à 0σ,72) et s'accompagnant alors généralement de troubles qualitatifs : galvanotonus, contraction lente.

LA CAUSE DE LA POLYNÉVRITE VARIE.

(1) Nous en montrerons le manque de précision un peu plus loin, à propos du pronostic de la paralysie infantile. Là encore on commet souvent de graves erreurs d'interprétation.

1° **Polynévrite alcoolique.** — *Elle est essentiellement douloureuse*; souvent même des douleurs, des fourmillements, des crampes spontanées et d'ailleurs facilement réveillées par la palpation des nerfs et des muscles, ont, pendant longtemps, précédé la paralysie.

Cette dernière s'installe en quelques jours, parfois accompagnée d'une poussée fébrile. Elle peut varier de la simple parésie à une paralysie importante, empêchant la marche, ce qui est fréquent. La prédominance sur le groupe antéro-externe de la jambe est habituelle, entraînant la chute du pied avec steppage lors de la marche, mais cette prédominance n'est pas absolument constante, et s'accompagne en tous cas d'atteinte des autres territoires musculaires.

Les troubles sensitifs sont importants. Ils consistent en douleurs très vives, à type de morsure ou de brûlure; la pression des masses musculaires du mollet ou de la plante du pied arrachant des cris au malade.

A l'examen objectif, on s'aperçoit que les sensations tactiles ou thermiques, quoique très douloureuses, sont mal reconnues, mal localisées et perçues avec retard. Ce mélange d'anesthésie (sans topographie nette d'ailleurs) et de sensibilité pénible porte le nom d'anesthésie douloureuse. La sensibilité profonde est également troublée.

Les troubles trophiques sont assez précoces et toujours marqués; ils s'accompagnent de cyanose, de refroidissement et d'œdème des extrémités. Il faut y veiller de près, ordonner le massage et assurer une bonne position aux pieds, avec cerceau contre le poids des couvertures, pour éviter des rétractions tendineuses et un pied bot varus equin, complication redoutable et persistante.

Les troubles psychiques sont fréquents : syndrome de Korsakoff, délire hallucinatoire, démence, pseudo-paralysie générale névritique de Klippel d'ailleurs discutée.

Le diagnostic est facilité par le facies du malade et le tremblement que ce dernier présente. On n'oubliera pas de chercher l'état du foie, fréquemment lésé. Le pronostic est sérieux, car la rétrocession est souvent incomplète avec persistance de rétractions.

2° **Polynévrite diphtérique.** — La paraplégie a été précédée le plus souvent de *paralysie du voile* (nasonnement, rejet des liquides chauds par le nez, diminution du réflexe nauseux) ou de *paralysie de l'accommodation* empêchant la lecture, sans qu'il y ait trouble du réflexe à la lumière, ni de celui à la distance (Poulard).

La paraplégie elle-même est peu marquée. Elle se borne souvent à de la faiblesse dans les membres inférieurs, avec abolition des réflexes qu'il faut rechercher systématiquement en présence d'une paralysie du voile. Dans d'autres cas, elle est plus marquée; mais, si elle prédomine sur le groupe antéro-externe de la jambe, elle ne s'y limite pas, et l'atteinte du quadriceps rend souvent le steppage peu net. A un degré de plus, enfin, la marche est impossible, mais les mouvements restent possibles néanmoins au lit. Fait important, l'atrophie n'est jamais très marquée.

Les troubles sensitifs sont fréquents et prédominent sur la sensibilité profonde, d'où, dans les formes marquées une certaine incoordination contribuant à empêcher la marche. C'est surtout au cours de la polynévrite diphtérique que, comme nous le verrons, l'on rencontre des cas simulant le tabes.

Il faut rechercher l'angine qui a pu passer inaperçue, et *faire un ensemencement*. Le pronostic est variable : les formes précoces étant, en effet, graves, alors que les formes d'apparition tardives rétrocèdent en partie. Dans tous les cas, il faut faire du sérum à haute dose (40 centimètres cubes au moins répétés pendant plusieurs jours) ou mieux du sérum purifié (100.000 unités en quatre à cinq jours).

3° **Polynévrite de l'encéphalite épidémique périphérique**, récemment signalée et opposée aux formes léthargique et myoclonique. Elle a été encore plus discutée que les polynévrites d'autre origine. Le terme de périphérique a été employé par Beriel et Devic pour désigner l'atteinte exclusive, ou au moins prédominante des neurones périphériques dans toute leur étendue, y compris leur partie médullaire. Récemment, Pehu et Déchaume ont publié un cas où les lésions étaient nettement celles d'une polynévrite avec quelques altérations inflammatoires des muscles.

Le début est toujours moins brutal que dans la paralysie infantile. La prédominance de la paralysie a lieu à la racine des membres; il existe des douleurs spontanées, mais peu de troubles objectifs de la sensibilité. Des troubles sphinctériens s'observent. Il n'y a pas d'hyperglycorachie. On recherchera les troubles oculaires qui ont quelquefois pu se manifester antérieurement. Le pronostic est favorable.

4° **Polynévrite dysentérique** survenant généralement dans la convalescence d'une dysentérie bacillaire, elle s'accompagne d'atteinte de la main. L'évolution est le plus souvent bénigne.

5° **Polynévrite paludéenne** encore mal connue : elle débute par des arthralgies, elle occasionne du steppage, elle s'accompagne d'anesthésie tactile, la sensibilité profonde étant conservée; elle régresse sous l'influence de la quinine.

6° **Polynévrite typhique** exceptionnelle, elle survient au cours de la convalescence, est très douloureuse et diffuse peu. Le pronostic est bon.

7° **Polynévrite du Béribéri**, s'observe peu dans la race blanche, elle s'annonce souvent par une parésie des extenseurs des orteils et des péroniers, puis la paraplégie flasque s'installe avec steppage, diminution des réflexes et atrophie musculaire mal masquée par l'œdème. Les autres signes capitaux sont : la tachycardie, les douleurs épigastriques et musculaires, la constipation.

8° **Polynévrite syphilitique secondaire**, très rare, curable par le traitement spécifique.

9° **Polynévrite arsenicale.** — Elle est douloureuse, rappelant de très près la polynévrite alcoolique, elle

atteint souvent les quatre membres avec prédominance sur les petits muscles des extrémités et par conséquent absence de steppage. Dans ses formes chroniques, qu'il faut bien connaître lorsqu'on prescrit un traitement arsenical prolongé, elle est précédée de vomissements, de constipation, d'éruptions, et se traduit elle-même au début par l'abolition des réflexes achilléens et une sécheresse particulière de la paume des mains.

Cette polynévrite arsénicale est très différente des accidents congestifs médullaires que nous verrons plus loin.

10° **Polynévrite diabétique.** — On y observe surtout des algies, mais il faut rechercher la diminution de la force musculaire et l'abolition des réflexes rotuliens.

11° **Polynévrite du sulfure de carbone** (au cours de l'intoxication chronique). — Son aspect se rapproche de celui de la polynévrite alcoolique. Les troubles psychiques sont fréquents.

12° **Polynévrite gravidique.** — Il en existe des cas authentiques, mais ils sont rares (Puyo).

13° **Polynévrite sérique.** — Rare (elle atteint plutôt les membres supérieurs).

14° **Polynévrite tuberculeuse.** — Elle est exceptionnelle. Il ne faut pas la confondre avec les douleurs occasionnées par une fonte musculaire rapide chez un cachectique.

15° **Polynévrite des vieillards, des cachectiques.** — De causes complexes (forme polynévritique des syndromes neuro-anémiques).

Formes anormales. — 1° *Pseudo-Tabes.* — Lorsque les troubles de la sensibilité profonde dominent, occasionnant de l'incoordination des mouvements, comme ils sont accompagnés d'abolition des réflexes tendineux et de douleurs pouvant rappeler les douleurs fulgurantes, on conçoit qu'un tabes puisse être simulé, mais la paralysie, l'atrophie, l'absence du signe d'Argyll permettent le diagnostic.

2° *Evolution grave ascendante.* — Parfois la fièvre est élevée, la paralysie gagne les membres supérieurs, le cou, avec paralysie possible du diaphragme, et la mort survient au cours de phénomènes bulbaires. Il en est ainsi surtout dans les paralysies précoces de la diphtérie ou dans le syndrome secondaire de Marfan. On l'observe encore au cours de la polynévrite alcoolique.

Traitement des polynévrites. — Outre les indications particulières que nous avons citées chemin faisant, il y aura lieu de prescrire la strychnine, l'ionisation, les massages, les enveloppements chauds et la mise en attitude correcte.

A part les polynévrites, il faut connaître une forme exceptionnelle : la poliomyélite antérieure chronique à début paraplégique.

L'atrophie y domine, et il n'y a pas de troubles sensitifs. Elle peut être d'origine syphilitique (A. Leri), les lésions sont alors plus diffuses, pouvant donner un signe d'Argyll, un signe de Babinski, et des réactions du liquide céphalo-rachidien. Il s'agit donc plutôt d'une sclérose combinée.

II. **Le début de la paraplégie flasque est brutal** (atteint son maximum en quelques heures). Deux affections surtout sont alors à discuter :

1° La poliomyélite antérieure aiguë;
2° La myélite syphilitique secondaire.

1° **La poliomyélite antérieure aiguë** peut se voir à tout âge, mais elle est plus fréquente chez l'enfant et porte d'ailleurs le nom de paralysie infantile.

Quelques jours avant la paralysie on observe habituellement un syndrome infectieux. Ce peut être un épisode fébrile simulant une grippe ou un embarras gastrique, et qui dure quelques jours (la température tombant à 37 degrés lorsque apparaît la paralysie). Dans d'autres cas il s'agit de douleurs articulaires et musculaires; enfin un début à type méningé est fréquent, il simule une cérébro-spinale mais le liquide céphalo-rachidien reste clair. Parfois cette période préparalytique peut manquer, l'enfant par exemple se réveillant paralysé (West).

La paralysie, qui survient du deuxième au cinquième jour, rarement plus tard, est d'emblée maxima; elle peut parfois atteindre les quatre membres avec la même intensité, mais presque toujours ce sont les membres inférieurs qui sont les plus touchés. Les muscles sont flasques, et le membre retombe lourdement lorsqu'on le soulève. Les réflexes tendineux sont diminués ou abolis. Il n'y a pas de signe de Babinski, pas de troubles sensitifs ni intellectuels, pas de troubles des sphincters (du moins dans les formes typiques).

En présence de ce malade paraplégique, de cet enfant qui ne se plaint que de ses jambes, il est important de ne pas méconnaître l'atteinte moins évidente d'un autre territoire musculaire : il faut demander au malade de s'asseoir, de se pencher de différents côtés pour vérifier les muscles du tronc, la paralysie des muscles des gouttières vertébrales pouvant entraîner ultérieurement une scoliose. De même, on explorera les réflexes et la force musculaire segmentaire des membres supérieurs qui sont souvent parésiés. Enfin la paralysie des muscles du cou est un signe grave car il indique une forme tendant à monter vers le bulbe. D'autre part, chez un nourisson, l'examen se fera en soulevant par les aisselles l'enfant, et en voyant comment il remue les jambes et les orteils.

Evolution. — Très vite les mouvements réapparaissent dans certains muscles, cependant que d'autres s'atrophient. L'atteinte est très inégale comme le montrent la clinique par l'étude des mouvements et de la force de chaque muscle et l'examen électrique.

Duchesne (de Boulogne) avait pensé que dès le huitième jour l'exploration électrique pouvait renseigner sur l'avenir des muscles paralysés : ceux-là seuls dans lesquels la contractilité faradique persistait recouvraient ultérieurement la motilité. Ensuite, dans les régions irrémédiablement touchées on verrait survenir la « réaction de dégénérescence » caractérisée par : 1° la disparition de toute excitabilité

des nerfs aux courants galvanique et faradique; 2° la disparition de l'excitabilité des muscles au courant faradique, tandis qu'avec le courant galvanique l'excitabilité musculaire est augmentée. D'autre part les secousses musculaires ainsi produites sont, non plus brèves et rapides, mais deviennent lentes. Il y aurait enfin « inversion de la formule » c'est-à-dire que, contrairement à ce qu'on observe dans les muscles sains, la secousse musculaire consécutive à la fermeture du courant devient plus forte au pôle positif qu'au pôle négatif : PFC>NFC.

Pratiquement on voit s'améliorer grandement des muscles présentant cet ensemble.

L'inversion de la formule n'a en effet aucune valeur et l'inexcitabilité par le nerf peut tenir à ce qu'on n'emploie pas un courant assez intense. D'autre part, ce qui caractérise l'excitabilité électrique d'un muscle, c'est un rapport entre l'intensité du courant et le temps pendant lequel il est nécessaire qu'il agisse, pour produire la contraction. Avec le chariot de Dubois Raymond dont on se sert couramment on ne connaît ni l'un ni l'autre, non plus que la résistance du circuit. Aucune mesure précise ne peut être faite, ni partant aucune conclusion : le défaut de réponse pouvant tenir par exemple à ce que le courant ne passe pas assez longtemps. Si l'on veut savoir exactement quelle est l'excitabilité il faut disposer d'une installation éliminant les variations de résistance du corps humain et permettant de savoir exactement l'intensité et le temps de passage des courants qu'on emploie. On peut ainsi mesurer les chronaxies.

Au cours de la paralysie infantile il faut compter, non par muscle mais par fibres musculaires, l'atteinte est en effet diffuse et, dans un même muscle peuvent se rencontrer des fibres très différemment atteintes et d'évolution très diverse : certaines restent presque normales, leurs chronaxies sont peu augmentées, leurs contractions sont vives, on les excite électivement par le nerf ou en se plaçant au point moteur. La guérison en est rapide. A l'opposé, d'autres ont des chronaxies très augmentées, une contraction très lente ou galvanotonique, elles ne répondent plus par le nerf, et on les excite surtout longitudinalement (1). Si des mesures ultérieures montrent des chronaxies qui diminuent, le pronostic est favorable, si au contraire on constate une augmentation qui va en persistant il faut craindre la disparition de ces fibres malades. Lorsqu'elles auront disparu on ne constatera plus électriquement que des réactions normales : c'est que seules subsistent les fibres respectées par la poliomyélite, mais elles peuvent être peu nombreuses et le muscle est alors atrophié et sans force.

Les troubles moteurs ne sont d'ailleurs pas les seuls à compter : les extrémités sont froides, cyanosées, la peau est mauvaise, gênant les appareillages. Les troubles trophiques portent aussi sur les os et les ligaments. L'arrêt de développement sera d'autant plus net que l'enfant aura été frappé plus jeune : c'est ainsi que l'on peut observer des raccourcissements de plusieurs centimètres, des pieds bots ou des hanches botes, etc.

Le traitement au début consistera en injections de sérum de Pettit dont l'efficacité est très discutée (*Congrès de Lausanne*, oct. 1927), mais surtout en radiothérapie de la moelle (Bordier, Bergamini), ensuite la radiothérapie ou l'ionisation donnent d'excellents résultats. L'amélioration peut se poursuivre pendant des mois et des années et l'on peut dire que tant qu'existent des contractions lentes (et quelques bonnes piles suffisent à les rechercher) c'est que des fibres malades subsistent dont on peut améliorer l'état par le traitement électrique (Bourguignon). Au contraire, lorsqu'au bout de plusieurs années un muscle très atrophié n'est formé que de quelques fibres de chronaxie et de contraction normales, toutes les fibres malades ont disparu. On ne peut alors espérer qu'elles réapparaîtront. Il faut, par l'exercice et la faradisation essayer d'hypertrophier celles qui restent.

Le massage, la diathermie sont très utiles ainsi que les bains chauds (Souques). Enfin on luttera contre les déformations, celles-ci sont pendant longtemps réductibles, justiciables d'appareillage. Les opérations sanglantes ne doivent pas être précoces et jamais on ne les pratiquera tant qu'existeront des contractions musculaires lentes. De toute façon il faut rééduquer les malades, leur montrer à se servir des muscles qui leur restent, lutter contre l'impotence d'origine psychique.

Forme grave progressive. — Rarement (sauf au cours de certaines épidémies) la paralysie fait des progrès, atteint les muscles respiratoires et cause la mort au milieu de phénomènes bulbaires. Cette forme ascendante rappelle par son évolution les formes ascendantes des polynévrites.

2° La myélite transverse de la syphilis secondaire s'oppose par bien des points à la poliomyélite antérieure aiguë. Il s'agit ici d'une atteinte syphilitique précoce de la moelle (dans les quatre années qui suivent le chancre) et qui est précédée de prodromes qu'il faut bien connaître car un traitement spécifique bien conduit à cette époque peut éviter la paraplégie.

Les prodromes peuvent se traduire par de la rachialgie, par des mictions pénibles ou impérieuses, mais surtout par de la *céphalée* (qui doit toujours faire rechercher la syphilis) enfin par de la diplopie. Ces troubles sont intermittents mais ils vont en s'aggravant.

Le début est brutal, mais en principe sans perte de connaissance : on a affaire d'emblée à une paraplégie flasque réalisée, dit-on, par une « véritable section physiologique de la moelle ».

La paralysie est totale, intéressant les muscles des membres inférieurs, de la paroi antérieure et du tronc. Les réflexes tendineux et cutanés sont abolis (le réflexe cutané plantaire en effet ne se fait pas toujours en extension franche, comme dans le signe de Babinski. Souvent au contraire le gros orteil fléchit mais d'une flexion lente anormale un peu particulière).

(1) La facilité de l'excitation longitudinale est souvent désignée à tort sous le nom d' « abaissement du point moteur ».

Les troubles sphinctériens sont constants, contrairement à ce qu'on observe au cours de la poliomyélite.

Les troubles sensitifs sont variables étant en rapport avec l'intensité et la diffusion de la lésion.

Les réactions biologiques sont ici positives : Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, avec, dans ce dernier lymphocytose, hyperalbuminose et réaction du benjoin.

L'évolution est variable; il existe en effet des cas mortels, résistants au traitement et dans lesquels se produisent des escarres sacrées, des maux perforants, de l'infection urinaire, parfois ces cas s'accompagnent d'une température élevée. A l'opposé on observe des cas bénins où la régression se fait vite et où la guérison est presque complète, sous réserve de rechutes possibles. Dans la règle la régression est incomplète et après quinze jours ou un mois de paraplégie flasque, on voit la sensibilité revenir au moins en partie et la contracture apparaître, surtout au niveau des extenseurs; les réflexes tendineux, de diminués qu'ils étaient deviennent exagérés, la paraplégie devient spasmodique, et la marche est alors possible.

Le traitement de cette forme précoce est assez favorable, il consistera en injections de novarsenobenzol, parce qu'il s'agit de lésions secondaires en pleine activité.

III. — **Cas moins connus ou discutés**. — Nous avons signalé que parfois une polynévrite, ou une poliomyélite antérieure aiguë épidémique peut prendre une allure extensive, ascendante avec fièvre élevée, vomissements, rachiagie, et aboutir rapidement à la mort au milieu de phénomènes bulbaires (ces derniers décelés par l'accélération de la respiration, ou par de la dyspnée due à la paralysie du diaphragme ou encore par de la dyspnée à type de Cheyne-Stokes; enfin par des troubles de la déglutition et de la phonation).

C'est le *syndrome de Landry*, mais à côté de ces étiologies connues, d'autres, mal ou non connues, peuvent donner lieu à des polynévrites, des myélites diffuses ou localisées à certaines parties de la moelle, évoluant plus ou moins vite, et parfois mortelles. Nous ne pouvons, dans cette revue d'ordre pratique, rappeler toutes les formes décrites un grand nombre de cas publiés méritant presque chacun une discussion. D'autre part, une des caractéristiques de bien des cas signalés est d'avoir revêtu au cours de leur évolution successivement les deux formes flasque et spasmodique.

On peut isoler :

La neuromyélite optique aiguë de Devic : une névrite optique avec papillitte se surajoute à une paraplégie ordinairement flasque au début (puis spasmodique), l'évolution est tantôt résolutive, tantôt progressive. La terminaison par atteinte bulbaire est fréquente.

La myélite nécrotique subaiguë (Foix et Alajouanine), d'ailleurs discutée (P. von Gehuchten) est une paraplégie flasque à sa période terminale; le signe de Babinski manque même durant la première période spasmodique. Il n'y a pas d'atteinte des membres supérieurs, ni de phénomènes bulbaires. La mort survient à un ou deux ans.

Dans les syndromes neuro-anémiques (type Risien, Russel, Batten et Collier) le rapport entre la paraplégie et l'anémie est discuté. Il semble qu'une même cause, un cancer par exemple soit à l'origine des deux (P. Mathieu). La paraplégie flasque, avec atteinte des membres supérieurs ne se voit qu'à la période terminale, après un stade de paraplégie spasmodique dont nous verrons plus loin les caractères.

La radiculo-névrite aiguë curable (Guillain et Barré) n'a pas la gravité de ces affections. Le début de la maladie est rapide, se caractérisant par une quadriplégie flasque prédominant aux extrémités, avec douleur à la pression des masses musculaires. Les réflexes tendineux sont abolis, les réflexes cutanés conservés. On observe des paresthésies avec légère atteinte de la sensibilité objective. Le liquide céphalo-rachidien présente de la dissociation albumino-cytologique.

L'hématomyélie primitive débute brusquement par une douleur rachidienne violente irradiant dans les membres. Ceux-ci se paralysent. Les réflexes sont abolis, les sphincters incontinents. Au bout de quelques jours, les symptômes régressent et des signes de spasmodicité apparaissent, comme nous le verrons.

L'étiologie est incertaine; on a signalé des cas survenant à la suite de traitement arsenical intensif et en particulier se manifestant à la suite de crise nitritoïde, probablement par perturbation vasculaire au niveau de la moelle.

Les cas dus à une brusque décompression (maladie des caissons) seront aisément reconnus.

Dans d'autres cas, la place nosographique de la paraplégie n'est pas définie. Le syndrome de myélite transverse n'est pas toujours syphilitique (on trouve de la polynucléose et un Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien). Certaines paraplégies sont rapidement curables, sans qu'on sache à quel agent infectieux on a eu affaire.

IV. **Syndrome de la queue de cheval**. — Ce syndrome est caractérisé par :

Une paraplégie flasque avec atrophie musculaire s'installant progressivement.

Une abolition des réflexes tendineux et cutanés (sauf du crémastérien qui répond à D^{12} L^1).

Des troubles sensitifs consistant en douleurs et anesthésie en bandes radiculaires sur les membres inférieurs et au périné.

Des troubles sphinctériens et génitaux, qui sont exceptionnels dans les polynévrites : impuissance, constipation, rétention d'urine avec perte du besoin d'uriner due à l'anesthésie.

On peut observer des types plus ou moins étendus (de L^1 à S^6 ou de L^5 à S^6 ou S^3 à S^6).

On ne le confondra pas avec une polynévrite alcoolique ou diphtérique qui ne s'accompagnent pas de troubles sphinctériens et présentent de nombreux signes différentiels (tremblement, paralysie du voile, etc.).

En présence de ce syndrome, il faut penser à (Péron) :

1° une tumeur des racines,
2° une compression osseuse,
3° une syphilis.
4° une réaction méningée localisée.

1° **Une tumeur des racines ou un kyste méningé** s'est traduit avant la paraplégie par une longue phase douloureuse à type de lumbago ou de sciatique, plus rarement par des troubles urinaires ou même de la constipation. Puis la paraplégie s'installe, accompagnée d'anesthésie douloureuse. Les réflexes achilléens sont abolis, il n'y a pas de Babinski. La ponction lombaire peut être blanche ou ramener un liquide présentant la dissociation albumino-cytolo- ou xanthochromique. La radiographie est normale; l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien montre un arrêt franc, précise la topographie et limite la laminectomie.

2° **La compression osseuse peut relever du mal de Pott lombosacré, d'un cancer vertébral, d'un rhumatisme ostéophytique.** — La compression par mal de Pott n'est pas fréquente (1), elle est généralement fruste (Mme Sorrel), il faut s'aider à la radiographie. Le cancer est plus fréquent, son tableau clinique est dominé longtemps par l'intensité de la douleur. Le rhumatisme hyperostosant est vérifié par la radiographie.

3° **La syphilis (méningite gommeuse)** s'accompagne dans ces cas souvent de signes biologiques : Wasserman positif dans le sang et le liquide-céphalo-rachidien, hyperalbuminose avec souvent coagulation massive, hyperleucocytose, précipitation du benjoin. On observe une régression rapide sous l'influence du traitement spécifique.

4° **Les réactions méningées localisées** donneront à l'examen après injection de lipiodol des images en stalactites.

PARAPLÉGIES SPASMODIQUES

On les reconnaît à :
L'exagération des réflexes tendineux;
La présence du signe de Babinski;
La résistance opposée par les muscles contracturés lorsqu'on cherche à modifier la position des segments des membres;
La trépidation épileptoïde du pied et de la rotule;
L'intensité de ces troubles est variable, l'atteinte de la démarche est diverse, pouvant n'entraîner qu'une gêne mal définie; ou imposer, au contraire, dans les cas typiques une démarche spéciale. Celle-ci peut être sautillante, le malade déterminant à chaque pas un clonus du pied; dans d'autres cas, les pieds sont en équinisme : démarche des gallinacés; parfois elle est pendullaire, le corps oscillant entre les béquilles; enfin, le malade peut être immobilisé au lit ayant les membres inférieurs le plus souvent en extension, parfois en flexion.

L'examen doit être complet : il faut rechercher les troubles moteurs et sensitifs au niveau des membres supérieurs; les signes cérébelleux, le signe d'Argyll.

Les affections susceptibles de donner une paraplégie spasmodique sont de fréquence inégale; et pour la clarté de l'exposition, nous les diviserons en :

I. Affections fréquentes;
II. Affections moins courantes;
III. Affections datant de l'enfance (encéphalopathies infantiles);
IV. Affections rares ou mal connues.

I. **Affections fréquentes**. — 1° *L'une d'entre elles est reconnue à première vue, c'est la paraplégie des lacunaires.* — La démarche se fait à petits pas; en outre, on enregistre les troubles de la série pseudo-bulbaire : le facies est pleurard, inexpressif, la salivation abondante. La voix est sans timbre, nasonnée. Il existe du rire et surtout du pleurer spasmodique (1).

Parfois, l'âge relativement jeune (quarante à cinquante ans) des sujets attire l'attention et d'autant plus qu'aux troubles pseudo-bulbaires se joint un état démentiel. Ce dernier est très spécial : il existe une amnésie à caractère massif qui évolue sur un fond de puérilisme où ont parallèlement baissé toutes les facultés mentales. Mais il n'existe ni troubles délirants, ni fabulation, ni désorientation complète dans l'espace. L'hypertension artérielle est manifeste. Cette démence pseudo-bulbaire syphilitique décrite par Foix et Chavany, et que le traitement spécifique améliore légèrement, ne doit pas être confondue avec la paralysie générale.

A part les pseudo-bulbaires, *trois affections surtout sont à connaître*:

La paraplégie syphilitique;
La sclérose en plaques;
La compression médullaire.

2° *La paraplégie syphilitique.* — Nous avons vu qu'il existait une forme : la myélite transverse précoce, qui, après un stade de paraplégie flasque évoluait vers le type spasmodique tout en régressant en partie. Les troubles sensitifs sont alors peu marqués, les malades, toutefois se plaignant de rachialgie due à la méningite. Le pronostic dépend de l'intensité des troubles sphintériens, mais il peut survenir des rechutes.

On observe fréquemment une autre forme, c'est la *paraplégie d'Erb*, d'emblée spasmodique.

Elle est généralement précédée d'une *longue période préparaplégique* avec des troubles génitaux et sphinctériens (difficulté d'uriner ou mictions impérieuses) et parfois d'un véritable syndrome de claudication intermittente (Déjerine), mais qui n'est pas

(1) Au cours du mal de Pott dorso-lombaire on observe des paraplégies d'aspect flasque. Les muscles sont mous et sans force. Pourtant les réflexes tendineux subsistent et le réflexe cutané plantaire se fait en extension. C'est ce qu'on nomme les paraplégies flasco-spasmodiques; elles peuvent n'être que le début de formes spasmodiques en flexion, mais lorsqu'elles demeurent flasques elles ont un pronostic particulièrement grave.

(1) A part les pseudo-bulbaires on pourrait encore voir chez les vieillards une paraplégie myélopathique, sans atteinte des membres supérieurs ni de l'intelligence, et une paraplégie d'origine musculaire, sans signes nerveux (Lhermitte).

douloureuse, ne s'accompagne pas de troubles à l'oscillomètre de Pachon, et où l'on retrouve un signe de Babinski, tous facteurs permettant d'éliminer l'artérite des membres inférieurs décrit par Charcot.

Puis, après des mois, *la paraplégie proprement dite se constitue progressivement* et l'on se trouve alors en présence de malades chez lesquels la force musculaire reste considérable, surtout celle des extenseurs : les membres inférieurs sont contracturés en extension, les malades étant en somme plus raidis que paralysés. Lorsqu'on recherche la force segmentaire sur le pied, la jambe, la cuisse, on voit qu'on peut facilement les étendre, difficilement les fléchir. Il s'ensuit une des démarches sautillantes ou en gallinacés que nous avons décrites.

Les réflexes tendineux sont exagérés et s'accompagnent de trépidation épileptoïde du pied. Quoique les troubles prédominent souvent d'un côté, le signe de Babinski est toujours bilatéral. Les réflexes d'automatisme médullaire sont peu intenses, les troubles sensitifs presque nuls, les troubles sphinctériens fréquents (consistant en particulier en mictions impérieuses dont le sujet se rend compte, mais qu'il ne peut empêcher); le malade accuse encore le plus souvent une frigidité génitale très spéciale.

Il est fréquent de trouver des réflexes tendineux exagérés au membre supérieur, un signe d'Argyll à l'examen oculaire, une paralysie cranienne (ptosis).

L'évolution est lentement progressive, mais peut être entrecoupée de poussées de myélite aggravant soudain l'état du malade.

Il faut compter, pour faire le diagnostic, sur ces signes cliniques car *les réactions de laboratoire* sont souvent en défaut. A la ponction lombaire, on ne trouve dans le liquide céphalo-rachidien qu'une lymphocytose discrète, souvent absente, une albuminose peu élevée lorsqu'elle existe, un Wassermann souvent négatif.

Le pronostic est sérieux : en effet, il s'agit de lésions tertiaires de sclérose, peu influencées par le traitement spécifique. (Ce dernier, d'ailleurs, doit être très doucement conduit et comprendre des sels mercuriels ou bismutriques plutôt que de l'arsenobenzol. Néanmoins, la marche reste possible, avec longtemps bonne conservation de la force musculaire.

Il faut savoir d'ailleurs, qu'il existe des malades atteints de paraplégie ressemblant à celle que nous venons de décrire et chez lesquels, ni dans les antécédents, ni dans les signes cliniques présentés, ni dans les examens de laboratoire, on ne trouve de preuve de la spécificité. (Thèse de Girot.)

Dans bien des cas, les lésions sont plus étendues et la paraplégie n'est pas pure. Elle peut s'associer (scléroses combinées, myélites funiculaires de Nonne) à un tabes ou à une atteinte de faisceaux cérébelleux, occasionnant alors une démarche ébrieuse et de la dysmétrie qui doivent toujours faire soigneusement discuter la possibilité d'une sclérose en plaques; parfois c'est une paralysie générale, ou encore des douleurs radiculaires qui se surajoutent à la paraplégie.

Enfin existent des intermédiaires entre le type à évolution lente et dans lesquels le traitement mercuriel a une heureuse action.

3° *La sclérose en plaques* (1). — La fréquence de cette maladie semble augmenter, ou peut-être dépiste-t-on plus aisément aujourd'hui les formes frustes. Elle est facile à reconnaître lorsque le tableau clinique est au complet. Alors, à la paraplégie spasmodique s'ajoutent : un tremblement intentionnel marqué, des troubles de la coordination, du nystagmus, une élocution scandée, du rire spasmodique; un tel ensemble ne laissant aucun doute sur la nature de l'affection.

Il n'en est pas toujours ainsi, et l'on peut rencontrer *des formes paraplégiques pures ou presque pures.*

C'est surtout entre vingt et quarante ans qu'elles s'observent.

Le début est généralement lent, progressif, précédé parfois d'un syndrome de claudication intermittente comme au début de la paraplégie syphilitique d'Erb. Quelquefois, le début est brusque, mais on n'observe jamais de stade de paraplégie flasque.

La paraplégie, une fois constituée reste généralement légère, mais les réflexes tendineux sont exagérés et l'on décèle du clonus du pied, ainsi qu'un Babinski bilaréral.

Il y a peu de troubles de la sensibilité, néanmoins il faut tenir grand compte des phénomènes sensitifs paresthésiques tels que des fourmillements accusés par le malade, surtout à la période initiale. L'examen objectif peut parfois déceler des troubles hypoesthésiques plus ou moins dissociés, mais qui jamais n'ont une limite supérieure nettement linéaire.

Comment différencier cette forme paraplégique de la paraplégie d'Erb? — C'est parfois assez délicat, du moins au début, néanmoins, en cas de sclérose en plaques, on trouve :

a. Dans les antécédents : la notion fréquente de petites poussées de paralysie ou de céphalée, ou de vertiges, qui, fait important, ont régressé spontanément.

b. Quelques caractères de la paraplégie : l'hypertonie au repos est moins marquée que dans certaines paraplégies d'Erb. La démarche est assez spéciale : légèrement ébrieuse, mal assurée. Les troubles sphinctériens et génitaux sont rares au début de la sclérose en plaques, c'est le contraire dans la syphilis médullaire.

c. Des signes neurologiques associés : vertiges, incoordination cérébelleuse mise en évidence par les épreuves classiques du talon au genou et du doigt sur le nez; par l'épreuve de la préhension d'un verre, montrant un certain taux de planement et du tremblement intentionnel. Troubles de la voix, qui est scandée, troubles de l'écriture (lettres agrandies, déformées); nystagmus à rechercher dans les positions latérales du globe oculaire. Examen du fond

(1) Leyden a décrit une ataxie aiguë dont la symptomatologie se rapproche beaucoup de celle qu'ont certaines formes de sclérose en plaques. Cette affection qui guérit rapidement peut (Thèse de J. Decourt) s'observer comme complication d'une maladie infectieuse classée, typhoïde par exemple; mais parfois aussi elle semble primitive, son étiologie est alors discutable.

d'œil pouvant montrer une décoloration blanc nacré de la papille, le plus souvent segmentaire, en forme de triangle à base sclérale, siégeant dans le champ temporal. Tous ces signes doivent être soigneusement recherchés et si l'on en trouve un ou deux, cela suffira à expliquer l'origine de la paraplégie.

d. L'évolution se fait par poussées (parfois à des années d'échéance) qui complètent le tableau clinique mais régressent toujours en partie.

e. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre un Wasserman négatif avec une réaction du benjoin positive (Guillain, Jacquet et Léchelle), dissociation capitale pour le diagnostic ; mais la réaction du benjoin peut être normale dans certains cas. Le taux de l'albumine, le nombre des cellules sont sensiblement normaux.

Par conséquent, si le diagnostic est souvent difficile, on doit néanmoins y arriver, et c'est chose importante, car ici il faut ordonner comme traitement les injections intraveineuses journalières de salicylate de soude (0gr50 dans 5 centimètres cubes de solution glucosée à 10 p. 100), un repos de dix jours séparant chaque série de 20 injections, et ainsi de suite plusieurs mois. (Traitement proposé par Foix, Chavany et Lévy).

4° *La compression médullaire.* — La symptomatologie tient, théoriquement et schématiquement, à ce que :

1° La compression (par tumeur ou pachyméningite) porte

a. Sur un segment médullaire ;

b. Sur les racines qui nées de la moelle un peu plus haut longent ce segment.

2° Au-dessous de cette compression, la moelle est normale anatomiquement (sauf dégénérations secondaires), mais physiologiquement en partie libérée des centres sus-jacents.

On observera donc

1° Des symptômes au niveau de la compression :

a. De la moelle, abolition des réflexes tendineux dans un segment du corps, et par suite de l'atteinte des cordons médullaires, des douleurs et des anesthésies cordonales projetées dans les parties basses du corps, et dont la topographie n'est pas absolument radiculaires.

b. Des racines : douleurs à topographie radiculaire et à l'examen objectif, bandes d'hyper et surtout d'hypoesthésie d'une importance capitale. On doit les rechercher attentivement pour le tact, la piqûre, et avec de gros tubes remplis l'un de glace, l'autre d'eau très chaude, car pendant un certain temps peut exister une dissociation des troubles sensitifs (1). Les réflexes tendineux et cutanés sont abolis et il existe de l'amyotrophie dans les domaines innervés par css racines.

Signalons, en outre, des douleurs sympathiques (au niveau des membres supérieurs en cas de compression de la moelle dorsale) et des douleurs diffuses (rachialgie).

(1) Ces bandes d'anesthésies radiculaires sont longtemps séparées par un intervalle normal des anesthésies cordonales des membres inférieurs ; il faut donc explorer tout le corps du sujet.

Ces phénomènes sensitifs sont souvent les premiers en date, durant la phase préparaplégique ou algique de la compression. Il faut les noter avec soin, sur des schémas datés, pour suivre leur progression. Puis la compression de la moelle augmente, souvent plus marquée d'un côté, d'où un syndrome de Brown Sequard plus ou moins net (du côté de la compression : paralysie et troubles de la sensibilité profonde ; du côté opposé : troubles des sensibilités tactiles, thermiques et douloureuses).

On arrive ensuite à la période de paraplégie confirmée et :

2° La partie inférieure de la moelle, libérée des centres sus-jacents, sera le siège de phénomènes très marqués d'automatisme médullaire, dont le plus constant est le phénomène des raccourcisseurs : une excitation superficielle (pincement de la peau du dos du pied) ou profonde (flexion passive des orteils) provoque, le membre inférieur étant en extension, un triple retrait (flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et flexion dorsale du pied sur la jambe, ce dernier mouvement devant être exigé pour admettre qu'il y a bien automatisme médullaire et non simple retrait volontaire du membre inférieur en raison de la douleur).

La paraplégie elle-même pourra affecter *plusieurs types* : parfois paraplégie spasmodique en extension : la contracture modérée, presque nulle au repos se renforce dès que le malade veut se lever ou marcher. Plus souvent paraplégie hyperspasmodique (c'est la variété habituelle) : très marquée au repos elle s'accompagne de renforcements toniques qui dans un certain nombre de cas se font en extension, parfois en flexion ébauchant le phénomène du triple retrait.. Paraplégie flasco-spasmodique, avec membres souples, se laissant déplacer, fléchir sans résistance, mais avec exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski, exaltation relative des réflexes d'automatisme, elle évolue le plus souvent vers la : paraplégie spasmodique en flexion (Babinski) très caractéristique des compressions de la moelle (1), succédant généralement au type en extension et due à l'exagération des réflexes d'automatisme (phénomène des raccourcisseurs fixé, P. Marie et Foix) avec : attitude en flexion des divers segments des membres inférieurs, diminution ou abolition des réflexes tendineux, exagération des réflexes d'automatisme.

EN SOMME, LE SYNDROME DE COMPRESSION MÉDULLAIRE EST SCHÉMATIQUEMENT CONSTITUÉ PAR :

Une paraplégie spasmodique pouvant affecter un type caractéristique en flexion ;

Des phénomènes d'automatisme médullaire très marqués ;

Des phénomènes sensitifs radiculaires (douleur, anesthésie) s'associant à la paraplégie et d'une importance capitale.

(1) On ne la confondra pas avec certaines attitudes en flexion observées chez des pseudo-bulbaires (Alajouanine) ou chez des sujets atteints de torpeur et présentant des réflexes hyperalgiques différant des réflexes d'automatisme médullaire par l'extension de la zone réflexogène et l'absence de flexion dorsale du pied (Cl. Vincent et J. Darquier).

A la ponction lombaire une dissociation albumino-cytologique (Sicard et Foix) : hyperalbuminose importante avec absence de lymphocytose, ou parfois le syndrome de Froin [xanthochromie avec coagulation massive] (1). Il faut avoir été difficile sur le choix de l'antigène pour pouvoir tenir compte d'un Wassermann positif en cas de compression (Cl. Vincent).

L'épreuve du lipiodol montre un blocage de la cavité sous-arachnoïdienne (Sicard).

La mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien dans la région lombaire montre une absence d'hypertension lors de la compression jugulaire (Stookey).

La compression médullaire reconnue, quelle est sa cause ? il faut distinguer :

Le mal de Pott,

Et le cancer vertébral qui donnent des signes diffus.

Des tumeurs médullaires aux signes plus localisés.

On reconnaîtra donc les limites de la compression :

La limite supérieure est fournie par la limite supérieure des troubles de la sensibilité objective ;

La limite inférieure par la limite supérieure de la zone où l'on obtient les réflexes d'automatisme médullaire.

(Ces limites étant précisées par les injections de lipiodol au-dessus et au-dessous du siège de la compression.)

1° Si les limites de la compression sont floues, si l'épreuve du lipiodol montre des coulées en stalactite ou en peigne (2) il s'agit de pachyméningite due :

Soit au *mal de Pott*, cas le plus fréquent avec : rigidité limitée, déformation angulaire du rachis ; et à la radiographie : pincement des disques intervertébraux, et décalcification des corps vertébraux avoisinants, mais parfois aussi absence de signes nets (3).

Soit au *cancer du rachis* : les douleurs sont particulièrement intenses, la rigidité de la colonne vertébrale plus étendue qu'en cas de mal de Pott (Cl. Vincent et Chavany) ; la courbure du rachis se fait en anse ; à la radiographie on observe l'aspect pommelé des corps vertébraux, ou l'opacité extrême de l'un d'entre eux (vertèbre d'ivoire) ou leur effondrement, avec aspect en galette, mais toujours avec intégrité des disques, signe différentiel capital d'avec le mal de Pott. Ces signes radiologiques, la notion d'un cancer viscéral et l'évolution plus rapide permettant de reconnaître les cas où le cancer simule une tumeur de la moelle.

Quant à la *syphilis* méningée elle peut comprimer la moelle, surtout à la région cervicale, nous verrons plus loin sa symptomatologie un peu spéciale.

2° Si au contraire les limites sont nettes, et s'il n'y a pas de signes radiologiques, il s'agit d'une *tumeur médullaire*, cette dernière étant extraduremérienne si la distance entre les deux limites est grande, intraduremérienne si les limites sont très rapprochées (Babinski et Jackowski), l'épreuve du lipiodol dessinant les bords de la tumeur (Sicard) et guidant l'intervention chirurgicale.

En tous cas il faut se méfier des interventions décidées hâtivement et savoir au besoin attendre, en surveillant le malade que les signes se soient précisés. (*A suivre.*)

(1) Ces modifications du liquide céphalo-rachidien ne sont pas absolument constantes. D'autre part, on peut les voir dans les tumeurs cérébrales, les poliomyélites aiguës, etc. Mais la symptomatologie de ces affections est très différente de celle des compressions médullaires. Elles gardent donc une très grosse valeur.

(2) En cas d'abcès pottique on peut observer un arrêt transversal du lipiodol.

(3) Le pronostic des paraplégies pottiques est très variable. Il faut distinguer :

Les formes curables d'apparition précoce qui s'installent en quelques jours ou quelques semaines, les troubles moteurs y sont intenses, l'impotence généralement absolue et les troubles sphinctériens fréquents. Après une « phase critique » où une escarre, une infection urinaire peuvent entraîner la mort, les signes régressent et les troubles moteurs disparaissent, en moyenne après dix-huit mois, tandis que guéri l'abcès intrarachidien qui leur a donné lieu.

Plus rarement la paraplégie a tourné court, c'est la forme transitoire due à une poussée congestive.

Les formes chroniques apparaissant tardivement chez des pottiques anciens mal soignés. Elles s'installent très lentement en plusieurs mois et restent incomplètes, mais comme elles sont dues à la pachyméningite elles ne présentent que de légères rémissions temporaires et restent chroniques dans l'ensemble de leur évolution (M. et Mme Sorrel).

Tandis qu'en somme la curabilité de ces paraplégies spasmodiques est la règle chez l'enfant, mais l'exception chez l'adulte, les paraplégies flasco-spasmodiques (membres flasques mais présentant un Babinski) sont d'un pronostic très grave lorsqu'elles restent flasques (sans évoluer vers la forme en flexion) parce qu'il y a alors non intégrité du segment sous-lésionnel, ou lorsqu'elles succèdent à une paraplégie nettement spasmodique, ce qui indique une destruction massive de la moelle. L'évolution se fait rapidement vers la mort.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 30 janvier 1928)

Cellules nerveuses et virulence des glandes surrénales. — MM. Y. Manouélian et J. Viala.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 7 février 1928)

M. le Président prononce l'éloge de M. Arnozan, décédé.

Le secret médical et l'application des lois sur les accidents du travail et les accidents professionnels. — M. Cazeneuve, analyse les conditions d'application des lois sociales (accidents du travail, maladies professionnelles) qui depuis longtemps déjà, avant même la mise en vigueur de la loi sur les assurances sociales, ont fait une brèche dans le dogme absolu du secret médical.

Il se rallie pleinement aux conclusions de la Commission qui seulement « dans un intérêt social supérieur » admet qu'il soit dérogé à la vieille tradition du secret médical absolu.

Le secret médical (*suite de la discussion*). — M. Bard estime que la question de l'intangibilité absolue du secret médical n'est plus entière parce que certaines lois lui ont déjà imposé d'importantes dérogations, mais s'il peut être nécessaire de suspendre l'obligation du secret médical dans les matières où des intérêts d'un droit public supérieur sont en

cause, cette exception à la règle générale ne saurait reposer que sur des textes législatifs limités et précis supprimant toute appréciation individuelle, et par suite toute la responsabilité éventuelle du médecin. De plus, ces textes eux aussi ne pourront être légitimes que dans la mesure où cette suspension du secret médical serait réellement de nature à présenter une utilité certaine dans les matières envisagées et dans les cas où le but à atteindre ne pourrait pas être assuré par d'autres moyens. L'orateur demande à l'Académie de déclarer que ni l'une ni l'autre de ces deux conditions préalables ne se retrouve dans l'organisation à prévoir pour les assurances sociales, alors que d'autre part les malades qui leur seront soumis doivent évidemment trouver en elles les mêmes garanties que dans la pratique privée.

De l'hypertrophie congénitale du col vésical. — M. Marion. Il existe une affection provoquant des phénomènes dysuriques allant jusqu'à la rétention. Cette rétention n'est pas déterminée par des lésions prostatiques ou nerveuses et elle ne cesse que le jour où l'on enlève le col vésical. Etant donné la précocité du début des accidents, M. Marion pense qu'il s'agit d'une malformation congénitale constituée par une hypertrophie des fibres musculaires du col vésical, et que la seule thérapeutique dans ces cas est la suppression du sphincter vésical.

On ne confondra pas cette hypertrophie avec des troubles identiques qui peuvent apparaître plus tardivement et sont dus à de petits adénomes qui ne sont que le début d'une hypertrophie de la prostate.

Le milieu intérieur envisagé dans la série animale. — M. Portier.

Action préventive de l'or dans la syphilis. — M. Levaditi.

Election de deux associés nationaux. — *Classement des candidats.* — En première ligne, MM. Jean Lépine (de Lyon) et Abelous (de Toulouse).

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bérard (de Lyon), Chavannaz (de Bordeaux), Dévé (de Rouen) et Truc (de Montpellier).

Au premier scrutin, M. Jean Lépine, doyen de la Faculté de Lyon, professeur de clinique neurologique et psychiatrique, est élu par 52 voix sur 54 votants, contre 1 voix à M. Abelous et 1 voix à M. Truc.

Au deuxième scrutin, M. Abelous, doyen de la Faculté de Toulouse, professeur de physiologie, est élu par 50 voix sur 64 votants, contre 5 voix à M. Bérard, 4 voix à M. Dévé, 4 voix à M. Truc et 1 voix à M. Chavannaz.

Comité secret. — M. Tiffeneau a lu son rapport sur les candidats à la place vacante dans la IVe section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1927)

M. Ombrédanne prend le fauteuil de la présidence.

Dilatation aiguë de l'estomac. — M. Auvray rapporte un nouveau cas de mort après dilatation aiguë de l'estomac chez une femme de trente ans, dont la cause lui est restée inconnue.

Métastase ovarienne d'un cancer gastrique. — M. Moure, après l'observation de M. Lapointe, apporte un nouveau cas de tumeur ovarienne ayant apparu deux ans après une gastrectomie pour cancer. La malade opérée de ses tumeurs ovariennes, mourut peu après de généralisation.

M. Sorrel lui aussi a observé des métastases ovariennes après cancer du sein.

Cancer du sein et radiothérapie. — M. Proust fait un rapport sur une observation de M. Robert Monod qui, chez une femme de quarante-neuf ans inopérable, fit faire un traitement de radiothérapie; la malade très améliorée put être opérée et depuis plus de trois ans est restée guérie; c'est un nouveau cas très intéressant de cancer à marche extensive enrayé grâce à la thérapeutique appliquée.

Torsion axiale de l'utérus. — M. Leclerc (de Dijon) (rapport de M. Proust) a envoyé un nouveau cas de torsion axiale d'un fibrome guéri après hystérectomie.

Kyste osseux du fémur. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de M. Baranger (du Mans) qui, chez un enfant de quatre ans, a opéré un kyste osseux de l'extrémité supérieure du fémur; après ouverture de la cavité et mise en place de greffons ostéo-périostiques du tibia, le malade guérit très bien et put après un mois reprendre la marche. M. Lenormant se demande si la greffe est indispensable pour dans ces cas, obtenir la guérison.

M. Mouchet pense que la greffe donne plus de sécurité, c'est pourquoi il l'a proposée systématiquement.

Corps étranger intestinal. — M. Lenormant rapporte une observation de M. Brocq qui, chez un homme de quarante-sept ans, put extirper un clou fixé dans l'abdomen, en dehors de l'intestin, près de l'angle iléo-cœcal; le clou a pu traverser l'intestin sans donner aucune réaction; MM. Mauclaire et Auvray rapportent des observations analogues.

Rupture de l'urètre. — M. Lenormant fait un rapport sur deux observations de MM. Fallasson, Alain Mouchet et Hibos, de rupture de l'urètre chez des enfants; guérison après suture urétrale avec dérivation sus-pubienne.

A propos des anévrismes artério-veineux. — M. Descomps a pu observer un assez grand nombre (plus de 40) de ces anévrismes; il en a trouvé plusieurs sur les petits vaisseaux; il agit d'une façon différente suivant les cas; pour les simples fistules phlébartérielles, la séparation avec ligature des deux vaisseaux suffit; si la fistule se complique de la présence d'un sac, les conditions changent; après exploration intrasacculaire, on peut suturer l'artère dans les cas favorables, mais quand la suture est impossible le mieux est de pratiquer l'extirpation après ligature au ras du sac.

L'anesthésie locale en chirurgie nerveuse. — M. de Martel insiste à nouveau sur les avantages de l'anesthésie locale combinée à la position assise en chirurgie nerveuse qu'il emploie systématiquement; il enlève toutes les tumeurs du crâne, de la moelle et fait les cordotomies et neurotomies rétro-gassériennes sous cette anesthésie à la novocaïne.

A propos des épaississements congénitaux de la dure-mère. — M. Bréchot revient sur ce sujet et apporte les résultats éloignés, très favorables de ses opérations pour épaississements congénitaux de la dure-mère lombaire, causes d'incontinence d'urine et du pied creux essentiel.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1927)

Deux observations de hanches congénitalement désaxées accompagnées de troubles fonctionnels. — MM. Massabuau, A. Guibal, L. Marchand et E. Truc. Les observations présentées par les auteurs et accompagnées de clichés radiographiques et de calques, avec la construction des axes et des centres d'emboîtement des surfaces articulaires, selon la technique suivie par l'un d'eux dans une récente thèse, concernent

deux cas cliniquement caractérisés, l'un par de la claudication, l'autre par de la claudication et de la douleur. L'examen des symptômes objectifs a permis dans les deux cas de porter un diagnostic clinique que la radiographie est venue confirmer.

Les auteurs remarquent combien la notion de désaxation a facilité leur tâche au point de vue du diagnostic et aussi le grand progrès apporté par le terme synthétique de « hanche congénitalement désaxée », supprimant une foule d'étiquettes nosographiques s'appliquant chacune à un trop petit nombre de cas et faisant perdre de vue l'étroite parenté des divers aspects des malformations congénitales de la hanche, dont la luxation est l'ultime expression.

Un nouveau cas d'ostéomyélite de l'omoplate. A propos des difficultés du diagnostic. — MM. L. Marchand, J. Chardonneau et A. Guibal.

Lymphocytome malin de l'intestin grêle. — MM. Boudet et P. Rimbaud.

A propos de la valeur clinique de l'azotémie dans l'urémie. — MM. L. Rimbaud, P. Boulet et J. Chaptal présentent quatre observations de néphrite dans lesquelles ils ont étudié chez des urémiques la valeur du chiffre de l'azotémie. Cette étude leur permet de confirmer qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre le degré de l'azotémie et l'intensité des signes cliniques et que le même taux d'urée sanguine peut correspondre, chez des urémiques, à des situations de gravité différente. La mesure de la réserve alcaline du plasma sanguin leur a par contre, dans deux cas, permis de suppléer à l'insuffisance de la valeur pronostique de l'azotémie.

(Séance du 9 décembre 1927)

A propos du traitement des fractures de cuisse chez l'enfant. Application de la griffe de Patel. — MM. Massabuau, Guibal et Marchand.

Endocardite infectieuse à entérocoque. — MM. G. Giraud, A. Puech et A. Fayot.

CHRONIQUE

ON NE DOIT PLUS DIRE FIÈVRE DE MALTE MAIS « FIÈVRE ONDULANTE »

Le Congrès international de médecine, tenu à Londres en 1913, avait demandé que le terme de *fièvre ondulante*, appellation déjà proposée en 1897 par Hughes, remplaçât les dénominations de fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne, etc. Mais l'habitude était prise et à différentes reprises les médecins de Malte durent protester contre une appellation qu'ils estimaient désobligeante pour leur pays.

En 1926, aux Journées médicales de Tunis, M. Etienne Burnet, répondant à un vœu unanime, déclarait : « Nous tâcherons d'effacer le nom de Malte de la maladie, mais nous n'effacerons jamais les noms des savants maltais, en particulier ceux de Bruce et de Zammit. Zammit a le plus peut-être contribué à l'étude de la fièvre ondulante. C'est lui qui a découvert le rôle de la chèvre. »

Les mauvaises habitudes sont tenaces, on continue à écrire : fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne, fièvre italienne, fièvre de Gibraltar, fièvre de Chypre, de Crimée, etc., pour ne citer que quelques-uns des *neuf* noms

géographiques que l'on a attribués à cette maladie, sans préjudice des *quatorze* autres noms tirés de ses formes cliniques, de la prédominance de tel ou tel symptôme, etc.

Il est temps de mettre un peu d'ordre dans ce chaos, c'est ce que les membres de la *Camera medica* de Malte et ceux de la section de Malte de la *British medical Association* viennent de tenter dans un mémoire que MM. G. Debono et Bernard, P. P. Debono et G. Hyzler veulent bien nous communiquer (1).

En voici les parties essentielles :

« Bien qu'elle n'atteigne pas le degré de perfection désirable, la dénomination FIÈVRE ONDULANTE est actuellement la plus appropriée. Comme Hughes lui-même l'avait bien démontré, cette appellation décrit les symptômes les plus fréquents et les plus caractéristiques de la maladie, c'est-à-dire la marche ondulatoire de la courbe thermique. La pyrexie est la principale, voire souvent l'unique manifestation clinique de la maladie; et bien que cette ondulation de la température ne soit pas constante elle est cependant assez fréquente et typique pour justifier l'adoption de l'appellation « ondulante » comme pouvant indiquer clairement à tous le principal caractère clinique de la maladie que l'on veut désigner. Aussi appelle-t-on « fièvre typhoïde » la maladie dont l'état typhique est un symptôme saillant et fréquent quoiqu'il ne soit pas constant, et pour indiquer une autre maladie on se sert de l'appellation « fièvre récurrente » qui n'est dérivée que des variations de la température.

« Jusqu'ici l'appellation « ondulante » n'ayant été donné à aucune autre fièvre, il en résulte qu'elle ne pourrait créer aucune confusion, ni offrir les désavantages qui pourraient résulter des appellations « rémittentes » et « intermittentes ». Aussi Hughes a-t-il prétendu avec raison que « l'appellation « ondulante » est coulante et facile à prononcer et qu'on peut la traduire aisément dans toutes les langues d'après la forme latine *febris undulans* »...

« Les dénominations d'origine géographique des maladies spécifiques sont à écarter, même au point de vue scientifique...

« L'histoire des fièvres des cent cinquante dernières années nous montre, en effet, nettement la part que les noms d'origine géographique ont eue en entravant la connaissance de la nosologie et de l'étiologie des maladies. Ce fait est particulièrement frappant dans le groupe des fièvres « méditerranéennes ». Sous ces appellations on a souvent mis ensemble les maladies les plus diverses, tel le typhus et la typhoïde, la fièvre jaune, un autre type de fièvre accompagné de jaunisse pas bien défini, la fièvre de phlébotomus, la fièvre à rechutes, et peut-être aussi des cas de paludisme et d'autres fièvres pas encore classifiées.

« La dénomination « fièvre de Malte » a été donnée à cette fièvre continue à type ondulatoire dans une époque relativement récente. Autrefois par « fièvre de Malte » ou « fièvre maltaise » on désignait la « fièvre simple ardente » de courte durée connue actuellement sous le nom de fièvre de phlébotomus. Marston, qui fut le premier à décrire en détail la FIÈVRE ONDULANTE dans le *Army medical Report on Malta* de l'année 1863, lui donna le nom de « fièvre méditerranéenne » ou « rémittente gastrique » et la distingua nettement de la « fièvre simple ardente » qu'il continua à appeler « fièvre maltaise ». Boileau, en 1866, décrit la « fièvre de Malte » comme « une pyrexie à début brusque qui finit par lysis en sept jours ». Plus tard, on a employé aussi ce nom pour indiquer des fièvres d'une durée plus longue (Maclean, Wood, Notter, 1876).

« Il en résulte évidemment que la dénomination « fièvre de Malte » pour la fièvre continue à forme ondulatoire ne peut subsister par raison de priorité d'usage ou d'habitude invétérée.

« Il est à peine nécessaire d'insister sur le fait que la FIÈVRE ONDULANTE n'est pas limitée à l'île de Malte ni au bassin de la Méditerranée. Elle se révèle en d'autres pays de l'Europe et même en Chine, dans les Amériques, dans l'Afrique du Sud, aux Indes, etc., etc. Cette infection n'est pas, il faut ajouter, tout à fait particulière aux chèvres maltaises.

« Le résultat des recherches faites en ces derniers temps montrant que le *B. abortus* de Bang peut donner lieu à une fièvre continue qui ressemble cliniquement à celle causée par le *M. melitensis* de Bruce est un nouvel argument contre l'emploi de la dénomination « fièvre de Malte ». Quel que soit le rapport existant entre les termes « fièvre de Malte » et *M. melitensis*, il ne peut être question d'aucun rapport entre les dénominations « fièvre de Malte » et *B. abortus*. Cependant l'adoption de l'appellation FIÈVRE ONDULANTE pour le syndrome clinique suivi dans chaque cas de l'indication de l'agent microbien en cause, par exemple : fièvre ondulante (Bruce), fièvre ondulante (Bang), aurait une utilité pratique, comme dans les cas des fièvres parathyphoïdes.

« L'habitude de donner le nom de l'Ile de Malte à une maladie qui n'est pas spéciale ni limitée à son territoire a causé de graves dommages aux intérêts moraux et matériels du pays... » (1).

Nous sommes certains que l'appel des savants de Malte sera entendu. La justice, la logique et la clarté y gagneront également.

F. L. S.

(1) « La fièvre ondulante, connue de même sous les noms de fièvre méditerranéenne ou de Malte. Mémoire présenté par les membres de la *Camera medica* de Malte et par ceux de la section de Malte de la *British medical Association* relatif à la suppression des noms d'origine géographique de cette maladie et à l'adoption générale de la dénomination *fièvre ondulante.* »

(1) « Dans cette communication on a évité de discuter la dénomination du microorganisme spécifique de la fièvre ondulante en vue du fait que la question de la nomenclature bactériologique va être entièrement discutée dans un Congrès botanique international qui aura lieu incessamment. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 13 février. — Jury : MM. Balthazard, président; Duvoir, Lévy-Valensi et Quénu. — M. VEZIN. Etude médico-légale des homogreffes.

Mardi 14 février. — Jury : MM. Bezançon, président; Guillain, Nobécourt et Alajouanine. — M. HENNION. Etude du lupus primitif de la muqueuse buccale. — M. SCHMITI. Les cysticercoses du névraxe. — M. BARREAU. Les albuminuries orthostatiques. — M. BOËLLE. Etude sur les petits épanchements liquides de la grande cavité pleurale.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lecène, Carnot et Lequeux. — M. BARDA. Etude de l'insufflation tubaire. — M. LAMBLING. Les tumeurs du rectum. — M. DUBOS. Les hémorragies gastro-duodénales.

Jeudi 16 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Achard, président; Dechambre et Petit. — M. ROUSSEL. Etude du ravitaillement tonkinois en viande de boucherie.

Les Méthodes nouvelles d'assistance. Le service social des cas individuels, par Mary E. RICHMOND, directrice du département de l'organisation de la Charité de la Fondation Russel Sage. Traduit de l'anglais par Mme P. DE CHARY et le docteur René SAND. Préface de M. le docteur Armand DELILLE, médecin des hôpitaux de Paris. In-16. — Prix : 15 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP ET D'ÉDIT., 17, RU CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année psychologique (26e année), publiée par Henri PIERON, professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur du laboratoire de psychologie de la Sorbonne. In-8 de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». — Prix : 70 fr. — Paris, F. Alcan.

Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques (1926), par L. VIDAL et M. DAREAU. — Office de vulgarisation pharmaceutique, 5, rue de Tracy, Paris (IIe).

N° 13. — MERCREDI 15 FÉVRIER 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 15 FÉVRIER 1928. — N° 13.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Admissibilité.* — Liste des candidats : MM. Pascalis, Wilmoth, Thalheimer, Gaume, Charrier, Senèque, Michon, Reinhold, Huet, Chastang, Aurousseau, Maurer, Bernard (Raymond), Bloch (René), Oberlin, Welti, Brouet, Chabrut, Soupault, Lorin et Gueulette.

Sont dispensés de prendre part aux épreuves d'admissibilité : MM. Pascalis, Wilmoth, Charrier, Senèque, Michon, Maurer, Bloch (René), Oberlin et Lorin.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE. — Un concours pour la nomination à quatre emplois d'interne en médecine (dont un affecté au service de chirurgie de l'établissement et un au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne) et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse s'ouvrira le lundi 27 février 1928.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau (annexe Lobau, escalier A, 2e étage, porte n° 227), dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 17 h., jusqu'au samedi 18 février 1928.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — CLERMONT-FERRAND. — *Concours de l'externat.* — Sont nommés :

Externes titulaires : Mlle Vernet, MM. Audouard, Rouvet, Sergère, Semonsut, Roche, Paziaud, Broquin, Communat, Berthon, Mlles Blanguernon, de Château-Thierry, Sauvade, MM. Birmann, Clément, Chavastelon, Chaudron.

Externes provisoires : MM. Ibard, Nouailles, Busset, Gurfinkel, Lombardy, Gourdias, Dercure, Sahut, Souquet, Desfarges.

— TOULOUSE. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Cantegril, Dieulafé, Brun, Calvet, Baudot, Albenque.

Internes provisoires : MM. Escat, Merlin-Lemas, Favre.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination à huit places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le jeudi 29 mars 1928, à 9 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, de 14 à 17 h., du jeudi 1er au mercredi 14 mars 1928 inclusivement.

MARINE. — Des concours pour les emplois de professeur ci-après auront lieu dans le courant du mois de septembre 1928 et dans les ports qui seront désignés ultérieurement :

1° Professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux;

2° Professeur d'anatomie aux écoles annexes de Brest et Rochefort;

3° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de Toulon;

4° Professeur de chimie biologique à l'école annexe de Rochefort;

5° Prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par l'arrêté du 29 juin 1908, modifié les 17 juillet 1926 et 27 janvier 1927 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 46).

Par modification aux prescriptions de l'arrêté du 29 juin 1928, les médecins de 1re classe embarqués qui ont accompli au moins une année de service à la mer pourront prendre part

au concours à l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un concours, sur titres, est ouvert pour la nomination d'un médecin des Dispensaires dans le département de la Vendée.

La direction du dispensaire sera confiée à un médecin spécialisé, un phtisiologue, ne faisant pas de clientèle et choisi au concours.

Conditions. — Stage de six mois à un an, avec faculté de licenciement sans formalité ni indemnité. Traitement pendant le stage : indemnité de 1.500 fr. par mois.

Après titularisation. — 3e classe, 26.000 fr. ; 2e classe, 28.000 fr. (après deux ans de 3e classe); 1re classe, 30.000 fr. (après deux ans de 2e classe).

Une hors-classe et une classe exceptionnelle pourraient être créées ultérieurement.

Une indemnité de logement serait allouée et les frais de déplacement seraient remboursés mensuellement sur état justificatif.

Le médecin-chef du dispensaire assurerait provisoirement le service d'inspecteur départemental d'hygiène et recevrait à ce titre une indemnité annuelle de 10.000 fr.

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉGYPTE DE 1928. — Les Journées médicales d'Egypte auront lieu au Caire du 12 au 24 décembre 1928, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Comité d'organisation. — Président, M. le professeur C. Achard; secrétaire général, M. Zeitoun; secrétaire-adjoint, J. Khouri; délégués, MM. Girode, Mawas, Zeitoun, avec la collaboration technique de MM. les présidents des comités du Caire et d'Alexandrie, de MM. les professeurs Abrami, Heckenroth, Gaujoux, V. Robin, A. Sartory, Violle, MM. les agrégés Brûlé, Gougerot, J. Hutinel, Alajouanine, de Jong, Portes, MM. F. Ramond, de Martel, A. Lippmann, Mouquin, M. Léger, Flandrin, Bidot, Bouquier.

Comité de réception (Alexandrie). — Président, MM. I. Bey Abdel Sayed; vice-présidents, Abdel Rahman Bey Omar, J. Khouri; secrétaires, C. Dorra, Assabghi; membres, MM. N. Kenaoui Bey, Abdalla Kamel Bey, Mahmoud Kamed Aly, Zarif Bey Abdalla, Riad Iskandar, M. Mahfouz, I. Sabri, O. Choucri, Mahmoud Afifi, Z. Abou Chadi, professeurs Crescenzi, Pinto, Farmakidis, R. Briend, Puy Haubert, d'Hérelle, Campton, Lagrange, Latis Bey, Modinos, Calzolari, d'Orlandi P. Pétridis, Trékaki, Parodi, Osborne, Ybanez, Domani, Tawa, I. Nahaz, M. Abdalla, D. Hazan, C. Anastassiadis, J. Di Giovanni.

Comité de réception du Caire et comité d'honneur. — La liste sera publiée ultérieurement.

Comité scientifique. — Président, M. le professeur J.-L. Faure; vice-présidents, MM. Andrew Balfour et les professeurs Aldo Castellani, Stephens; agrégés et médecins des hôpitaux, MM. les professeurs Strong, Aldo et Ed. Perroncito, Sanarelli, Madsen, Warrington, Yorke, Broden, Delamare, Sicard, V. Hutinel, Brumpt, Tuffier, Duval, Guiart, Bezançon, Marchoux, Mandoul, Nobécourt, Léon Bernard, Bertin-Sans, Jeannin, V. Pauchet, Radais, Rieux, Nattan-Larrier, Vuillemin, Leenhardt, Lépine; MM. Dalché, Elliot, Garin, Joyeux, Morax, Neveu-Lemaire, F. Ramond, Ravaut, Rist, Tanon.

Les titres des conférences et communications, demandes de renseignements et adhésions peuvent être adressés au secrétariat général, 32, rue Gay-Lussac, Paris (Ve), ou à M. Khouri, 4, rue de France, Alexandrie (Egypte).

OFFICE NATIONAL DU TOURISME. — Ont été nommés membres du Conseil d'administration pour les années 1928 à 1931, au titre des représentants des stations hydrominérales ou climatiques et des stations de tourisme : MM. les docteurs Boursier, Cany, Desgrez, Durand-Fardel, Meillon, Moncorgé et Sellier. (*J. O.*, 11 fév. 1928.)

CONSEIL SUPÉRIEUR DU TOURISME. — Ont été nommés : Vice-président : M. le docteur Chauveau, sénateur; membres pour les années 1928 à 1931 : MM. les docteurs Desgrez, Baudouin, Cany, Descomps, Durand-Fardel, Bordas, Boursier, Gardette, Meillon, Moncorgé et Sellier. (*J. O.*, 11 fév. 1928.)

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 3e décade (21-31 janvier 1928), 1.427 décès, au lieu de 1.198 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.389, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 25 décès, au lieu de 12 pendant la décade précédente (moyenne 17). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 269, au lieu de 221 pendant la décade précédente (moyenne 203).

La scarlatine a causé 8 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 136; il s'élevait à 131 pendant la décade précédente (moyenne 61).

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 155, au lieu de 156 pendant la décade précédente (moyenne 84).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la Clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mardi 14 février 1928. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Droit : 150 fr.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 16 février (suite). — Jury : MM. Widal, président; Lemierre, Chabrol et Lian. — Mlle DREYFUS-SÉE. L'immunité du nourrisson.

LA PHYSIOTHÉRAPIE DES TISSUS INTERSTITIELS[1]

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique de la Salpêtrière.

IV

CHOC ÉLECTRIQUE THERMOPHOTOTHÉRAPIE

L'efficacité de la cheirothérapie est considérablement augmentée si elle est pratiquée avec les mains chargées d'électricité, ou à l'aide d'une palette transformée en électrode, le médecin détermine le choc électrique par des contacts à volonté imparfaits ou interrompus, avec le patient. Par rupture de contact, on obtient l'étincelle, qui analgésie et détend les tissus. En déplaçant la main-électrode, sans interrompre le contact, on détermine : 1° le fourmillement électrique, perçu au point le plus étroit du conducteur, c'est-à-dire, dans le doigt quand, seul, il établit le contact, dans le poignet du médecin ou du patient, quand la main du médecin, posée à plat, forme un plus large contact. Pour éviter au malade toute sensation inutilement désagréable, lui donner une électrode suffisante pour être tenue des deux mains, ou placée sous les cuisses; 2° une vibration fine des tissus, qui, dans la manœuvre d'effleurage, adhèrent à la main de l'opérateur, sont entraînés par elle, se plissant finement (sensation de peau d'orange) ce qui favorise l'assouplissement. Il en est de même, à chaque pression ou étirement, ou malaxation modifiant l'intimité du contact. A la cheirothérapie avec choc électrique, on peut adjoindre l'un des vibrateurs mentionnés plus haut et travailler dans la vibration, ce qui augmente encore l'efficacité. Le concusseur du vibrateur est, alors, isolé, ou sert aussi d'électrode, l'élasticité des tissus, ainsi soumis à des excitations multiples, joue plus activement, sans fatigue et sans irritation.

L'effet ainsi obtenu diffère de l'action électrolytique du courant continu et de celle de l'ionisation qui peuvent être associés les uns aux autres, avec avantage.

D'autre part, la cheirothérapie avec choc électrique vise, uniquement les tissus interstitiels, et ne cherche pas à provoquer les contractions musculaires, qui ne gênent pas, si on les produit par une excitation accidentelle des points moteurs.

Trois sortes de courants permettent d'obtenir toute une gamme de chocs électriques. Ce sont :

1° **Le courant du secteur-lumière.** — Sur l'alternatif 110 volts, disposer une résistance réglable, laissant passer un quinzième d'ampère, avec possibilité de diminuer et d'augmenter, sans atteindre le dixième d'ampère. Le débit peut être régularisé par un appareil de chauffage électrique placé en dérivation, pour absorber les variations du courant. Si le secteur fournit un courant continu, les transformer en alternatif à l'aide d'une commutatrice portative.

Le courant, ainsi transformé, passe par deux électrodes, le patient en tient une, l'opérateur, l'autre, l'effleurage électrique ainsi obtenu, est comparable à celui de la haute fréquence, mais celle-ci donne, en plus, l'étincelage et un fourmillement meilleur dans les manœuvres profondes;

2° **Haute fréquence.** — L'appareil doit fournir une étincelle régulière et bien fournie, de 2-3 centimètres. On distingue l'étincelle chaude, rougeâtre, plus molle, moins réflexogène, convenant aux tissus irritables, aux réactions nerveuses vives, elle est, particulièrement, analgésiante, et l'étincelle blanc-bleuâtre, plus brisante, plus voisine de l'étincelle faradique, elle convient aux indurations irréductibles, aux tissus sans réaction. On peut obtenir l'une ou l'autre du même appareil, en adaptant, après le résonateur, un fil plus ou moins long, dont l'expérience donne les caractéristiques pour chaque appareil. Pour l'usage courant, le petit modèle B, marque G D, qu'on trouve dans les grands magasins, se recommande par sa simplicité et son bon fonctionnement, il peut être mis entre toutes les mains. On trouve, chez M. Duflot et à la Verrerie scientifique, des appareils plus puissants réglables, non seulement par l'éclateur d'étincelles, mais encore, à l'admission du courant et au résonateur, permettant une action plus intense, mieux accordée aux réactions tissulaires.

Au résonateur, adapter directement, ou par l'intermédiaire d'un fil, spécialement isolé pour la haute tension, une poignée métallique, que le patient tient à la main, ou sous la cuisse.

Il forme ainsi, condensateur, chargé d'électricité. En approchant sa main de la peau du patient, le médecin détermine :

1° D'abord, l'effluve ou souffle électrique, négligeable avec les appareils de faible puissance;

2° En approchant davantage, l'étincelle, analgésiante et détendant les spasmes, comme le faisait autrefois, l'étincelle statique, que la haute fréquence remplace aujourd'hui, avantageusement;

3° En établissant le contact, le fourmillement et la vibration des tissus signalés plus haut, et d'autant plus perceptibles que le point de contact est plus étroit.

Trois remarques sont, ici, nécessaires :

1° Le *courant de haute fréquence* atteint de 30 à 60.000 volts, avec ampérage extrêmement faible. Il n'est donc, aucunement dangereux, mais, chaque rupture de contact donne des étincelles désagréables, le patient ne doit pas lâcher l'électrode, tant que passe le courant, et l'opérateur doit établir le contact brusquement, par large surface, non lentement, et à bout de doigt. Une pédale interruptrice rend, ici, les plus grands services. Bien entendu, éviter toute mise à la terre, en particulier, tout contact avec un fil électrique, une tige métallique;

2° En cas de *contractions musculaires*, par excitation d'un point moteur, spécialement aux côtés du cou, élargir la surface de contact, la déplacer, ou modérer l'intensité du courant;

3° L'usage immodéré de la haute fréquence fatigue

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 3, p. 37; n° 9, p. 149, et n° 11, p. 190.

patient et opérateur, non seulement par l'ozone dégagé, mais encore, par les réactions provoquées dans les tissus, celles-ci doivent guider l'application, qui ne dépassera pas trente à quarante minutes par séance.

4° *Courant faradique.* — Il faut un appareil à oscillateur, permettant de régler la fréquence des périodes, depuis le rythme des battements artériels, jusqu'au courant tétanisant. L'intensité se règle en enfonçant plus ou moins la bobine du secondaire sur celle du primaire, le secondaire à gros fil n'a aucun intérêt pratique, le sens du courant peut être complètement négligé. L'une des électrodes est tenue par le patient, l'autre par le médecin; deux poignées métalliques conviennent parfaitement.

L'intensité du courant se règle d'après les réactions tissulaires.

Posant un doigt sur une induration à assouplir, le médecin manœuvre la bobine du secondaire, de manière à obtenir l'intensité qui détend le mieux, sans produire ni réflexes vaso-moteurs ou sudoraux, ni sensation désagréable. La fréquence des périodes varie suivant qu'on désire entraîner les tissus par une vibration fine, qui doit être rapide, ou déterminer, à chaque choc électrique, un ébranlement des tissus, suivi d'un choc en retour, dû à leur élasticité naturelle, à laquelle il faut, alors, laisser le temps de s'exercer à fond, avant l'excitation suivante. Il est souvent bon de produire de véritables interruptions, que l'on rythme suivant résultat : de petites percussions, constituent le meilleur interrupteur, à chaque instant variable, à volonté. Enfin, il est souvent extrêmement utile de faire varier l'intensité du courant pour mieux faire jouer l'élasticité des tissus, le meilleur ondulateur de courant est encore la main de l'opérateur. La poignée qu'il tient doit être précédée d'un manche isolé, qu'on prend à pleine main; le pouce posé sur la partie métallique réalise variations de l'intensité et interruptions.

La faradisation augmente surtout l'effet de l'étirement et des pressions profondes sur rétractions et sur reliquats inflammatoires. Elle fatigue moins que la haute frequence, et provoque moins de réflexes végétatifs. Sur l'inflammation en activité, elle est très douloureuse, et ceci peut être utilisé pour rechercher le point de départ d'un engorgement lymphatique, indolore partout, sauf au niveau du foyer infectieux. Souvent, il m'arrive de combiner faradisation et haute fréquence, le patient tient les électrodes de l'une et l'autre, qui peuvent être mis en contact sur la même tige métallique. Les effets des deux s'ajoutent l'un à l'autre et se complètent, fort heureusement, surtout en cas d'indurations nombreuses et résistantes.

Termo-photothérapie. — Les rayons ultra-violets et l'infra-rouge sont à l'ordre du jour. Cependant, comme je l'indiquais dans mon travail de 1924 (*Monde médical*, n° 658), l'action des lampes à incandescence, sous réflecteur parabolique est, dans bien des cas, fort utile. Toutes dégagent de la chaleur, dont l'effet est de gonfler les tissus et de produire la vaso-dilatation. Celle-ci, très intense avec une ampoule de 32 bougies blanche, dépolie, à filament carbone, ressemble à celle d'un sinapisme, ceci est précieux pour les indurations ou cicatrices ou inflammations torpides, superficielles, qu'on ne risque pas d'irriter. La même ampoule, colorée en violet dans la masse, gonfle les tissus bien davantage, donne une vaso-dilatation à la fois artérielle et veineuse, donc mêlée de rose et de violacé, souvent irrégulièrement répartie en marbrures, sillonnées de traînées pâles si les tissus sont anormaux. L'ampoule rouge gonfle moins que la violette, donne une vaso-dilatation plus rose, moins intense, donne une décongestion profonde, nette au bout de 15-20 minutes, sur les viscères irradiés. Trop rapprochées de la peau, les trois variétés peuvent déterminer, surtout les deux premières, des brûlures avec phlyctènes et escarres. Dans bien des cas, l'ampoule violette exerce sur l'innervation végétative, une action sédative manifeste, qui nous semble due au gonflement particulièrement intense des tissus superficiels, d'où sédation des spasmes tissulaires. Mais, l'excès du gonflement et de la vaso-dilatation la rendent dangereuse aux peaux fragiles, elle peut alors devenir irritante pour l'innervation végétative. Au contraire, l'ampoule rouge est favorable à la peau, c'est ainsi qu'elle atténue rapidement l'érythème des radiodermites.

Les colorations intermédiaires au rouge et au violet me paraissent sans intérêt, exception faite pour le vert, qui donne le minimum de réactions cutanées et hypodermiques, tout en assouplissant bien en profondeur, et convient particulièrement aux tissus très irritables, avec réflexes végétatifs exagérés.

Vaso-dilatation et gonflement artificiel sont très atténués si, au lieu d'ampoules à fil carbone, on s'adresse aux demi-watt, dont le pouvoir calorique est bien moindre, l'intensité lumineuse est portée de 32 à 100 bougies, ce qui serait avantageux pour la lumière violette. Malheureusement, je n'ai encore pu obtenir que des ampoules teintées et non colorées dans la masse.

Pour la lumière rouge, un autre type d'ampoule est à signaler : c'est l'ampoule servant au développement des photographies, elle éclaire et chauffe peu mais, en irradiant les rachis sous les couvertures, à quelques centimètres de la peau, on obtient des réflexes viscéraux et un réchauffement remarquables en quelques minutes.

Comme réflecteurs, j'utilise le petit appareil Montalant (76, rue de Turenne) pour les applications faites par les malades, à domicile. Comme appareil de cabinet, le meilleur me semble le grand réflecteur Foveau de Courmelles, de la Verrerie scientifique à condition de ne pas le suspendre par la double bague de la douille port-ampoule, mais, à l'aide d'un collier entourant la partie cylindrique surmontant le réflecteur.

Ainsi comprise, la termo-photothérapie a une double utilité :

1° Au cours d'un traitement manuel ou électrique, elle permet d'amener les tissus à l'état le plus favorable aux manœuvres précitées. Les lumières blanche et surtout violette et verte détendent les spasmes, ramollissent les indurations, gonflent l'en-

semble des tissus, diffusant l'infiltrat, enfin, atténuent et régularisent les réflexes végétatifs, la lumière rouge décongestionne viscères et tissus profonds.

2° En dehors de tout autre traitement, la lumière violette détendant les rétractions épigastrique et cervicale, calme le nervosisme, l'anxiété, diminue les rétractions tissulaires en général, régularise les réflexes du cou, décongestionne le larynx en cas de laryngite, d'aphonie, elle gonfle les tissus séniles ou sclérodermiques, La lumière rouge, avons-nous dit, décongestionne viscère et tissus profonds, son action sur le foie, les reins, poumons congestionnés chroniquement, sur les périviscérites digestives, est remarquable avec quatre à six séances d'une heure par semaine, on obtient, en quelques semaines, des améliorations inespérées. La lampe photographique appliquée sur le rachis ou le sympathique cervical, régularise les réflexes végétatifs d'une façon remarquable, et peut être employée indéfiniment, par séances d'au moins vingt minutes, de longueur subordonné à l'effet obtenu.

Pour la décongestion profonde, on peut employer avantageusement, non une lampe à incandescence, mais une résistance électrique dont le fil est porté au rouge. A tous les appareils, je préfère celui de Montalant, composé d'une résistance de 3 à 5 ampères renfermés dans un demi-cylindre métallique, dont la face plane est une plaque d'amiante, empêchant l'excès de chaleur, tout en laissant passer les rayons utiles, si on en juge par la rapidité et l'intensité de la décongestion viscérale.

Sous ces diverses formes, la termo-photothérapie peut être mise entre toutes les mains, en recommandant de se méfier pour la rétine des rayons violets, contenant des ultra à grande longueur d'onde, et de ne pas exposer la peau à une chaleur qui puisse brûler. Les séances peuvent être pendant longtemps quotidiennes, une heure par jour environ. Il est inutile de recourir aux appareils formant vase clos, la sudation étant plutôt nuisible, d'ailleurs, le petit appareil Montalant, en particulier, peut être employé au lit, sous les couvertures, avec une ampoule pas trop chauffante. Les applications peuvent se faire à toute heure, sans se préoccuper de la digestion ou des règles.

Rappelons que lumière et chaleur n'ont pas d'action anti-infectieuse suffisante pour être indiquées dans les plaies, les suppurations. Cependant, on peut obtenir la résorption d'abcès froids non ouverts, de périostites chroniques, comme celles consécutives à la typhoïde, par des applications quotidiennes de lumière blanche ou violette. En présence de fistules, l'action est presque nulle.

De cet exposé, nous voudrions dégager quelques notions générales :

1° La physiothérapie des tissus interstitiels, n'a, pour nous, qu'un seul objectif. — Mettre en jeu les propriétés vitales des tissus, sans irriter, de manière à ramener à l'équilibre, les réactions objectivement appréciables dans ces tissus. Il ne peut donc y avoir de formules préétablies, et, d'autre part, rien ne doit être fait au petit bonheur, l'étude incessante des troubles vaso-moteurs, des rétractions tissulaires, de l'engorgement lymphatique et du gonflement interstitiel représente le guide fidèle, dont il faut suivre, pour chaque malade, les moindres indications. Celles-ci sont de deux ordres :

A. Si l'engorgement lymphatique apparaît prédominant. — Il faut rétablir le drainage lymphatique, en explorant d'abord les confluents lymphatico-sanguins du cou, puis, en descendant, progressivement vers les parties à traiter, sans jamais laisser un obstacle à la circulation lymphatique. En procédant ainsi, on assiste, fréquemment au dégagement spontané de parties périphériques, non encore traitées, dès que le drainage lymphatique est suffisamment rétabli, disparaissent spontanément les œdèmes de stase lymphatique, et, avec lui, nombre d'enraidissements, de points cellulitiques, avec leurs conséquences : algies, gêne musculaire, irritation nerveuse végétative. Ces troubles sont, au contraire, fréquemment augmentés par des manœuvres maladroites, faites au-dessous d'un obstacle au drainage lymphatique dont on aurait méconnu l'existence ou l'importance.

Si, au contraire, les rétractions tissulaires représentent le principal trouble, il faut les traiter comme des spasmes, en recherchant le ou les points réflexogènes dont le traitement fera disparaître tous les troubles végétatifs.

B. A chaque instant, on peut apprécier le résultat obtenu. S'il est bon, le médecin sent les tissus s'assouplir et se régulariser sous ses doigts, le patient accuse une sensation de bien-être, et de détente. L'assouplissement des points rétractés peut donner, au médecin, la crépitation cellulitique, sous ses diverses formes, et, au patient, la sensation de piqûres d'aiguille, toutes deux de bon augure.

Au contraire, si le traitement est irritant, le patient accuse un endolorissement, qu'il compare à une brûlure, à une meurtrissure. Plus ou moins rapidement, apparaissent des signes d'irritation nerveuse végétative : angoisse, agitation, chaleurs ou algidité avec tendance aux sueurs, nausées, lipothymies, dyspnée, palpitations, etc. Sous les doigts du médecin, mais, souvent, plus tardivement, les tissus se crispent et se rétractent, ou gonflent brusquement, avec battements artériels exagérés.

D'autres malaises de même ordre peuvent se produire plus tardivement, à l'occasion de la digestion suivante, ou de toute autre cause : quelques heures après le traitement, le lendemain au plus tard, le patient est nerveux, fatigué, endolori. Ces réactions sont évitables avec une technique mieux appropriée aux possibilités du sujet et à l'état de ses tissus, la tolérance augmente vite, dès que l'équilibre nerveux et humoral tend à se rétablir.

2° Les indications et le rendement de la physiothérapie des tissus interstitiels varient suivant la cause et l'état du sujet. — Il ne suffit pas de constater des réactions anormales dans les tissus interstitiels pour en tenter la physiothérapie, celle-ci serait inutile, ou

même, nuisible, chez un grand infecté, en présence d'un choc colloïdo-classique nettement caractérisé, d'une intoxication générale intense.

Pour que leur traitement physiothérapique soit indiqué, il faut que les réactions interstitielles occupent, dans le tableau morbide, une place importante, et que leur suppression soit possible et utile.

Par exemple, dans bien des petites infections ou intoxications, la cause ne pouvant être suffisamment modifiée, il peut être utile de supprimer, ou, tout au moins, d'atténuer les réactions interstitielles, à défaut de guérison, on soulage, et l'organisme est placé dans des conditions meilleures, lui permettant de lutter plus efficacement. La physiothérapie, ajoutée au traitement causal, obtiendra, dans bien des cas, des résultats impossibles sans elle. Mais, son action sera bien meilleure encore, dans les cas où, la cause étant disparue, ou très atténuée, les réactions interstitielles morbides ont persisté, et empêchent, seules, le sujet, de retrouver la santé. Par exemple, une affection abdominale pourra laisser, comme reliquat, une périviscérite, un engorgement lymphatique, causant des troubles fort gênants, et remarquablement tenaces, l'emploi judicieux des moyens que nous venons de passer en revue, donne alors, de véritables résurrections.

En réduisant les réactions anormales constatées dans les tissus interstitiels, on arrive à guérir ou atténuer d'innombrables troubles aussi gênants que rebelles : algies, enraidissements, troubles viscéraux, ou nerveux, suites d'infections, d'intoxications, de dysfonctions, de traumatismes.

Pour conclure. En prenant pour objectif les tissus interstitiels, et, comme guide, les réactions fonctionnelles cliniquement appréciables dans ces tissus, la physiothérapie régularise les troubles vaso-moteurs et le drainage lymphatique et supprime de nombrenses causes de troubles nerveux et viscéraux. Elle est à la portée de tout médecin, mais son application doit, à chaque instant être guidée, par l'observation attentive des troubles morbides et des réactions du sujet.

MÉGA-COLON

SON TRAITEMENT PAR LA SYMPATHICECTOMIE (1)

Par A. TIERNY (d'Arras),

Ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jean.

Quand nous lisons la question de la colectomie totale traitée dans la *Pratique chirurgicale illustrée*, nous trouvons l'opération de Victor Pauchet simple et élégante, mais elle ne nous paraît qu'à la portée d'une infime minorité de chirurgiens spécialisés dans la chirurgie digestive. Sans doute, ce chirurgien a, depuis, publié l'opération inoffensive de la résection-extériorisation, qui guérit sans risque. Pourtant, nous ne pouvons pas ne pas être frappé par une opération physiologique : la résection des rami-communicantes, qui, instantanément, amène la tonicité du côlon et pourrait, paraît-il, supprimer sa dilatation et sa stase.

L'opération consiste dans la ramisection sympathique. En détruisant une partie de l'innervation sympathique d'un estomac paresseux, le temps d'évacuation de celui-ci est accéléré.

En parcourant les différents travaux sur l'innervation sympathique de l'intestin, Barthe déduit que nous avons, pour le méga-côlon, un état qui ressemble à l'aspect fonctionnel de la spasticité des membres à paralysie centrale. Un traitement identique devra être instantané. Royle a sectionné le rameau blanc (deuxième lombaire du côté droit) et ce procédé a promptement soulagé une constipation très opiniâtre d'une longue durée et ceci sans affecter la fonction vésicale.

Les fibres sympathiques de l'intestin sont purement motrices. Si l'intestin se distend par les matières fécales en stase dans un segment déterminé, cette stase est le résultat d'excitations intermittentes des nerfs parasympathiques (bulbo-sacrées ou vago-pelirens ou autonomes). L'influx du sympathique agit alors d'une manière constante et tend à maintenir le tube musculaire en état de contraction ou de dilatation jusqu'à ce qu'une autre impulsion motrice intermittente vienne par les parasympathiques, provoquer une nouvelle contraction du tube intestinal.

A l'anse sigmoïde, cette impulsion vient par les nerfs pelviens émanés des 1, 2, 3 nerfs sacrés. Ils vont directement au plexus d'Auerbach dans la paroi intestinale. Ces nerfs ont la même fonction propulsive pour le côlon inférieur. La stimulation du nerf pelvien provoque les contractions de la sigmoïde et du rectum, et un relâchement concomitant de la musculature anale.

Le sympathique inhibe l'action des impulsions du nerf pelvien; il maintient le sphincter dans un état de contraction tonique et maintient la musculature en état de distension sans augmentation de pression dans l'intestin (tonus plastique).

Ainsi, dans le méga-côlon, nous trouvons des parasympathiques et des sympathiques fonctionnant disproportionnellement; ces nerfs ont des impulsions déséquilibrées et, par suite de l'innervation sympathique tendant à l'hyperaction, le côlon se dilate et s'hypertrophie.

L'hyperactivité des fibres sympathiques provoque l'hypertonicité du sphincter anal et inhibe ainsi la portion du nerf pelvien destinée à relâcher ce muscle.

La disparition de l'influence du système nerveux sympathique permet une fonction beaucoup plus active en enlevant l'inhibition que le sympathique exerce sur l'activité des parasympathiques.

Par la ramisection des premiers ou deuxièmes rameaux blancs lombaires, nous pouvons produire les effets ci-dessus indiqués.

L'opération est délicate, mais bénigne. Elle peut donc être tentée avant derecourir à la colectomie en cas de dolicho-côlon et de méga-côlon.

(1) H. J. Barthe. *Megacolon : a resume of the literature and report of a case. Ramisection proposed as a form of treatment.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1928)

Rôle de l'infection dans le traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple. — MM. Etienne BERNARD et DESBUCQUOIS relatent l'observation d'un homme atteint d'anémie pernicieuse. Par la méthode de Whipple (200 grammes de foie de veau par jour), le nombre des globules rouges passa de 760.000 à 1.620.000 en huit jours et à 3.600.000 en six semaines. Puis à l'occasion d'un court épisode infectieux, le taux des hématies s'abaissa à 2.200.000. Les auteurs insistent sur cette éclipse de l'action thérapeutique du foie et la compare à ce qui se passe pour l'insuline chez les diabétiques quand survient un état infectieux.

Le traitement syphilitique dans les syphilis nerveuses. (A propos de la communication de M. Heuyer.) — M. Marcel PINARD. Dans les syphilis nerveuses les cas désastreux s'observent fréquemment avec des thérapeutiques mal conduites, médicaments peu actifs, doses insuffisantes, séries courtes, repos trop longs. Dans les syphilis obstétricales les échecs peuvent dépendre, en outre, d'une application trop tardive du traitement. L'expérimentation comme la clinique montrent qu'avec le 914 il faut arriver à la dose efficace, 1 centigramme et demi par kilo.

L'intradermo-réaction à la cholestérine dans diverses maladies de la nutrition. — MM. LOEPER et LEMAIRE.

Projections en relief de télestéréo-radiographies des poumons, du cœur, du tube digestif. — M. DIOCLÈS.

Un cas de pseudo-granulie subaiguë. — MM. Marcel BRULÉ, René HUGUENIN et Paul FOULON rapportent l'histoire d'une jeune femme qui présentait le tableau somatique d'une typhoïde et l'image radiologique d'une granulie et qui, défiant toute prévision clinique, vécut plus de six mois.

Anatomiquement, les lésions broncho-pneumoniques étaient localisées à la partie postérieure du poumon. Ainsi de petites lésions fines, nodulaires, à peu près arrondies, disséminées dans la majeure partie du parenchyme pulmonaire, peuvent s'accompagner de syndromes cliniques de types variables.

Histologiquement, hors les nodules arrondis, folliculaires, toujours scléreux, il en existe d'autres qui, au milieu d'un parenchyme sain, sont des processus purement alvéolaires, tout autant que les lésions broncho-pneumoniques.

Les lésions étaient donc primitivement toujours exsudatives, quelles que soient la topographie et l'étendue de celles-ci.

Le premier cas français de péri-artérite noueuse de Kussmaul. — MM. Robert DEBRÉ, R. LEROUX, Marcel LELONG et Mlle GAUTHIER-VILLARS. Il s'agit d'un garçon de treize ans chez qui l'affection évolua en une quinzaine de jours. Cliniquement, cette observation est caractérisée par : un syndrome infectieux fébrile; des douleurs extrêmement vives dans les membres inférieurs; une éruption cutanée, papulo-vésiculo-bulleuse, varioliforme, coïncidant avec des érythèmes et des lésions sanguinolentes de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée, érosives, ou même hypertrophiques, frambœsiformes; un syndrome digestif : anorexie, douleurs abdominales vives, météorisme abdominal, selles melæniques; une néphrite hématurique.

A ce polymorphisme clinique correspond un tableau anatomique frappant par son unicité : éruption sur différents viscères, mais surtout sur toute la longueur du tractus intestinal, les reins, la rate, d'un riche semis de nodosités gris blanchâtre, lenticulaires, dures. Histologiquement, ces nodosités siègent sur le trajet des petites artères, le long desquelles elles sont disposées en chapelet.

Sur un pseudo-sarcome à localisation splénique principale. Présence de formes mycosiques dans les tissus. — MM. P. EMILE-WEIL, Paul CHEVALLIER et P. FLANDRIN rapportent l'histoire d'un malade atteint de tumeur maligne adénosplénique qui évolua en sept ans pour se terminer par une tumeur cranienne et cérébrale. La splénectomie donna pendant six mois une amélioration considérale, mais elle fut suivie de la généralisation céphalique.

La tumeur splénique pesait 4kg500. L'histologie démontra qu'il s'agissait d'un lymphome. Dans les bandes fibreuses on trouvait des hémorragies et des amas de pigments ferrugineux. Dans ces bandes aussi fut trouvé un champignon constitué par un mycélium terminé par des renflements spéciaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1928)

Contribution à l'étude du mécanisme de la création des races des trypanosomes du nagana anticorps-résistantes (première note). — M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALAMON. Les rechutes chez le cobaye trypanosomié, ainsi que l'apparition des trypanosomes résistants aux anticorps chez la souris traitée par les trypanosomes lysés *in vitro* par un sérum spécifique, ne sont pas dues à la formation « des corps de résistances ultramicroscopiques » (latent bodies de Moore et Breinal), mais, jusqu'à preuve du contraire, à une simple sélection, conformément à l'ancienne conception de Levaditi et Mutermilch.

Contribution à l'étude du mécanisme de la création des races des trypanosomes anticorps-résistantes (deuxième note). — D'après M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALAMON, le mécanisme de la crise chez le cobaye trypanosomié est à concevoir de la manière suivante : après une septicémie qui dure quatre à six jours environ, les anticorps spécifiques apparaissent brusquement dans la circulation générale, sécrétés par les organes hématopoiétiques (anciennes expériences de Mutermilch); leur taux est, au début, minime et suffit tout au plus à la destruction des parasites les plus sensibles; de nouvelles quantités d'anticorps lytiques continuent à être déversées dans le torrent circulatoire, et leur accumulation a pour effet la destruction progressive des parasites de moindre résistance jusqu'au moment où, seuls, les individus doués d'une résistance naturelle absolue survivent, se multiplient et donnent lieu à la récidive. Les organes ne servent pas de lieu de refuge aux trypanosomes.

Du mécanisme de la vaccination antidysentérique par voie buccale. — M. L. POWELL. Chez les lapins immunisés contre la dysenterie par voie buccale, le sérum ne possède pas de propriétés préventives bien accusées. Par conséquent, l'immunité active de ces lapins ne repose pas sur les anticorps contenus dans leur sérum.

De la valeur comparée de l'anatoxine diphtérique et du floculat anatoxine-antitoxine pour la production de l'immunité antitoxique spécifique. — M. G. RAMON. D'après les résultats obtenus dans des essais nombreux et comparables, l'antigène complexe qu'est le floculat anatoxine-antitoxine se montre très inférieur à l'anatoxine diphtérique dans la production de l'immunité antitoxique spécifique chez l'animal. Il n'en va pas autrement chez l'homme; des essais effectués avec Ch. Zoeller l'ont prouvé.

De l'influence sur l'anatoxine diphtérique de la précipitation par certains agents chimiques. — M. G. RAMON. Dans les conditions des essais relatés et qui ont été effectués de telle sorte (doses correspondantes des différents produits,

mêmes délais d'injection, etc.) qu'ils permettent une comparaison facile et aussi exacte que possible, l'antigène obtenu par précipitation de l'anatoxine diphtérique au moyen de divers agents chimiques et en particulier de l'acide chlorhydrique, possède une valeur moindre que celle de l'anatoxine elle-même pour la production de l'immunité antitoxique spécifique chez le cobaye et chez le cheval. Cet antigène se montre en outre peu stable. Ici encore la réaction de floculation pratiquée préalablement à l'immunisation des animaux a permis de prévoir dans une certaine mesure les résultats obtenus *in vivo*.

MM. Tzekhnovitzer, Goldenberg et Tzouverkalov concluent de leurs recherches que **la ou les substances qui empêchent la culture de colibacilles ou de streptocoques** *in vitro* varient beaucoup, suivant la nature du milieu employé, ce qui concorde avec les faits observés au sujet des milieux vaccinés.

Les ensemencements croisés des colibacilles, de proteus, de bacilles typhiques ou paratyphiques A, dans les milieux vaccinés homologues et hétérologues, montrent que l'arrêt de développement des cultures ne dépend point de l'épuisement des milieux, mais, d'une part, de la présence de complexes azotés ne convenant pas aux microbes, et, d'autre part, de l'action inhibitrice des produits de métabolisme par lesquels certaines espèces microbiennes agissent sur les autres.

Elections. — M. d'Arsonval est nommé président; M. Garrelon, membre titulaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1927)

A propos du traitement des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — M. R. Bonneau. Dans les cas où la pylorectomie a été impossible et où l'on a fait seulement une résection de l'ulcère, on peut terminer parfois l'opération non par une gastro-entérostomie, mais par une pyloroplastie, qui élargit l'orifice pylorique. L'auteur en communique une observation avec résultat satisfaisant.

A propos de la rachi-anesthésie dans l'iléus spasmodique. — M. R. Bonneau pense que l'évacuation intestinale obtenue par la rachi-anesthésie ne permet pas de conclure qu'il s'agit d'un iléus purement spasmodique, et qu'il faut toujours opérer. Il apporte deux observations à l'appui de cette opinion.

Gangrène pulmonaire; abcès du poumon. Thoraco-pneumotomie. Néo-salvarsan. Guérison. — M. Petit de la Villéon communique ce cas où l'association de l'opération et d'un traitement spécifique par le néo-salvarsan amena une guérison rapide.

Deux cas de perforations appendiculaires sans signes péritonéaux. — M. Lutaud en communique deux cas avec abcès : l'un avec section totale de l'appendice; l'autre, avec une large perforation à la base et ayant évolué tous les deux sans aucun symptôme péritonéal.

La consolidation accélérée des fractures. — M. G. Léo fait un rapport sur un travail de M. Ebrard (de Trouville). Ils ont employé, dans 17 cas, avec 82,5 p. 100 de bons résultats, un produit composé de silice et de chaux qui favorise la calcification du cal. Cette action résulte des travaux expérimentaux du docteur Crétin, sur le rôle que joue la silice contenue dans les tendons pour la solidification du cal. à la fin de l'évolution de la fracture. Cette thérapeutique, quand elle réussit peut abréger la durée du traitement d'un tiers ou de la moitié.

Traitement des gastrorragies profuses. — M. V. Pauchet déclare que dans les hémorragies par ulcus gastrique ou duodénal (qui doivent toujours être traitées par la résection) le malade meurt souvent, quelques jours après l'opération, par intoxication due à la résorption du sang accumulé dans le côlon. Il est nécessaire, après avoir pratiqué une cæcostomie, de faire une irrigation continue et abondante du côlon pour évacuer l'hématome.

Atrophie congénitale d'un rein s'accompagnant de graves accidents d'infection urinaire. Néphrectomie. Guérison. — M. Le Fur.

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs. — M. G. Luys.

Un cas de luxation du gland et des corps caverneux consécutive à une ligature du prépuce. Opération Guérison. — M. Muller. A la suite d'une ligature du prépuce, un enfant de huit ans présente une rétention d'urine avec œdème volumineux des organes génitaux et du bas-ventre. Section de la ligature dix-neuf heures après. Au bout de cinq jours, large escharre des bourses; cinq semaines après, on voit sortir le gland par l'orifice produit par la chute de l'escharre. Une intervention pratiquée trois semaines après, amène la reconstitution anatomique des organes génitaux.

Coexistence d'une grossesse ectopique avec une grossesse intra-utérine. Rupture de la grossesse tubaire. Avortement consécutif de la grossesse intra-utérine. — M. Croisier.

Grossesse de deux mois. Kystes tordus des deux ovaires. Difficulté de diagnostic avec rupture tubaire. — M. Croisier.

Plaie thoraco-abdominale. Section de l'artère splénique. Eclatement de la rate. Splénectomie. Guérison. — M. Creson.

Plaie par coup de feu de la région du coup de pied. Résection tibio-tarsienne totale. Bon résultat fonctionnel. — M. Thévenard

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1927)

Sur le cathétérisme des canaux éjaculateurs. — M. Le Fur déclare, d'après son expérience, qu'on peut arriver à pratiquer ce cathétérisme dans 80 p. 100 des cas environ. La dilatation des conduits spermatiques donne les mêmes résultats favorables que la dilatation de l'urètre dans les affections de ce conduit.

Un cas d'occlusion spasmodique de l'intestin grêle à la suite d'une appendicectomie à froid. — M. Burty fait un rapport sur une observation de M. R. Jacquemaire.

Quatre cas d'infantilisme hypophysaire. — M. Bourguet.

Du cancer primitif de l'appendice vermiforme. — M. Péraire en communique un cas qu'il a trouvé en opérant un kyste paraovarien. Le cancer primitif de l'appendice est une découverte opératoire ou une trouvaille d'autopsie rare, et habituellement bénin, sans aucune tendance à la généralisation; il doit toujours être opéré.

Chirurgie de la rate. — MM. V. Pauchet et Bécart posent les indications opératoires des affections de la rate, d'après une étude du tissu de cet organe et de ses fonctions. Les opérations à pratiquer sont la ligature de l'artère splénique et la splénectomie.

La splénectomie pour plaies de la rate par coup de feu. — M. Mornard communique quatre observations de ces plaies avec trois guérisons et une mort.

Verrouillage de l'articulation de la hanche par greffon fémoral. — MM. R. Massart et R. Ducroquet communiquent l'observation d'une malade souffrant de la hanche à la suite

d'une ancienne arthrite et chez laquelle ils ont obtenu l'ankylose par une opération dont ils donnent la description.

Deux cas de fracture de Bennett. — MM. ROEDERER et DELAPCHIER communiquent deux observations de cette fracture de la base articulaire de l'extrémité supérieure du premier métacarpien et montrent que, quoique rare, cette fracture mérite d'être mieux connue pour éviter le pronostic désastreux que peut amener une erreur de diagnostic.

CHRONIQUE

VOYAGE MÉDICAL SUR LA CÔTE D'AZUR

(30 DÉCEMBRE 1927-7 JANVIER 1928)

Le IVe Voyage international, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, s'est déroulé avec sa splendeur accoutumée. L'arrivée à Toulon, le 30 décembre au matin, éclairée par un soleil printanier, a été marquée par une visite de la rade et des cuirassés, suivie d'une magnifique réception à l'Amirauté, présidée par le Préfet maritime, l'amiral Thomine, au cours de laquelle la musique des équipages de la flotte fit apprécier sa haute valeur. Dans l'après-midi, on visita les établissements médicaux de Hyères et des environs (La Plage, les Salins, San Salvadour, Giens), sous la direction éclairée des docteurs Jaubert et Fohanno.

Le 31 décembre, on parcourut la région des Maures avec ses villages tranquilles fleuris de mimosas, et l'on déjeuna au magnifique casino de Saint-Raphaël, sous les trop chauds rayons d'un soleil éblouissant. Après une visite de Valescure et du superbe panorama de l'hôtel du Golf, conduite par le docteur Caldaguès, on traversa, au soleil couchant, les rochers flamboyants de l'Estérel pour arriver à Cannes où le docteur Bufnoir, dans une conférence très précise et très documentée, exposa la météorologie de la Côte d'Azur.

Le 1er janvier fut un enchantement : bains de mer, exercices physiques sur la plage, démonstration de cure hélio-marine à la Clinique Santa Maria, visite de l'établissement de paraffinothérapie du docteur Barthe de Sandfort, visite du Cannet avec le docteur Mantoux et du splendide panorama de Super-Cannes au soleil couchant, rien ne manqua, au point de vue médical comme au point de vue artistique, pas même la plus luxeuse des réceptions au restaurant du casino de Cannes, présidé par M. Capron, maire, entouré de ses adjoints.

Le 2 janvier, ce fut la visite de Vallauris et de ses fabriques de poteries, de Grasse, cité des fleurs, des parfumeries et des confiseries, du Golfe-Juan et de la nouvelle station de bains de mer de Juan-les-Pins. Ce fut surtout l'inoubliable splendeur du panorama du Cap d'Antibes, déroulant sous nos yeux 250 kilomètres de côte, depuis les îles d'Hyères jusqu'à l'Italie, depuis les villes grecques du Littoral jusqu'aux cimes neigeuses des grandes Alpes. Devant ce tableau si démonstratif, le docteur Sardou n'eut point de peine à nous faire comprendre la géographie climatique de la région et à en tirer d'utiles réflexions philosophiques! Puis à Grasse, dans les beaux jardins de la Princesse Pauline, le docteur Bertier nous expliqua les particularités du climat de la zone intérieure.

Le 3 janvier, après une nuit passée au luxueux Regina-Palace de Cimiez (à Nice), ancienne demeure de la reine Victoria, l'on prit la route célèbre de la Grande Corniche, ancienne voie romaine. Un premier arrêt à l'Observatoire de Nice, naguère le premier du monde par son installation, sa bibliothèque, son matériel et le nombre de ses astronomes (12); aujourd'hui presque abandonné, hélas, faute d'argent! Un second arrêt à la Turbie où le docteur Maurice Faure nous conte l'histoire de la voie romaine et du trophée d'Auguste, commémorant la conquête des Alpes. Le sympathique maire de la Turbie, M. Casimir, nous fait visiter le musée plein de souvenirs romains et médiévaux, et l'on descend sur Menton, « section terrestre du Paradis », où la plus cordiale des réceptions permet aux docteurs Camaret et Voronoff de nous exposer les particularités du climat de Menton, le plus chaud de la Côte. Puis le docteur Voronoff nous emmène visiter l'ancien château des Grimaldi, devenus depuis princes de Monaco, dont il a fait sa splendide demeure et le lieu d'élevage de ses pensionnaires simiesques qui nous reçoivent avec une affectueuse familiarité, dépourvue de la moindre gêne! Le chimpanzé Théodore, chef de la réception, exécute spontanément devant nous ses meilleurs tours afin de divertir ses hôtes, comme on a coutume de le faire dans les bonnes compagnies. Et nous félicitons le docteur Voronoff qui, à l'image des Princes de Monaco auxquels il succède à Grimaldi, apprend à ceux qui l'ignorent l'utilité de la fortune pour les esprits élevés qui savent en faire la servante de la science.

Le 4 janvier, visite du Cap Martin et des extraordinaires Musées de Monaco, où le prince Albert Ier a réuni les plus riches collections d'océanographie et d'anthropologie. Le docteur Maurice Faure nous explique, avec une documentation exacte et une aisance parfaite, la préhistoire de la région, durant que le docteur Richard, directeur, et le docteur Oxner, chef de laboratoire de l'Institut océanographique, nous détaillent l'étonnant aquarium, où des fonds marins, que nul œil humain n'a jamais contemplés, sont reconstitués avec leur faune et leur flore vivantes. Une visite de reconnaissance au riche Palais médiéval des princes de Monaco, soudé au célèbre rocher gardé par les canons de Louis XV, qui fut longtemps une forteresse inexpugnable.

L'après-midi, Concert classique par le parfait orcheste du Casino de Monte-Carlo, et, le soir, la plus belle des réceptions, par le Gouvernement de la principauté, dans le somptueux décor de l'Hôtel de Paris, et discours du docteur Vivant, au nom de la Société de médecine de Monaco.

Le 5 janvier, au matin, visite de l'admirable Etablissement physiothérapique et de l'Hôpital modèle de la principauté. Séjour d'un instant aux jardins exotiques, récemment créés dans des rochers abrupts, pour rivaliser sans doute avec les jardins suspendus de Sémiramis, dont les historiens de Babylone firent une des sept merveilles du monde! Puis, descente sur Beaulieu, par la superbe route nouvelle de la Moyenne Corniche, où le docteur Hérard de Besse nous renseigne sur la flore de cette étonnante région, où mûrissent les bananes, les dattes et les pamplemousses, comme dans une oasis africaine. Très beau déjeuner à l'Hôtel Bristol, présidé par le Maire, et retour à Nice, par Villefranche et le Cap Ferrat.

Le soir, Conférence du professeur agrégé Laignel-Lavastine qui suit avec nous le Voyage et qui, dans une heure trop brève et une langue exquise, réussit cette gageure de charmer notre esprit et nos oreilles, en nous parlant des effets du Climat sur le grand sympathique!

Le 6 janvier, excursion dans les Alpes. En deux heures, nous passons du rivage de la mer à l'altitude de 1.500 mètres d'où nous contemplons, d'une part, les glaces éternelles sur les montagnes hautes de 3.000 mètres, à quelques pas de nous, semble-t-il, et, d'autre part, la Côte ensoleillée et la mer immense, d'où émerge l'Ile de Corse avec ses montagnes boisées; tout près de nous aussi, à 30 kilomètres, affirme un connaisseur (il y en a réellement 170 à vol d'oiseau)! A nos pieds, la Caserne des chasseurs alpins où les bons gardiens de notre frontière s'exercent à courir dans la neige, chaussés de skis ou de raquettes, avec un succès inégal!

Le 7 janvier, journée des adieux, séjour ravissant dans les plus beaux hôtels de la Promenade des Anglais à Nice, une heure délicieuse dans les bois du Mont Boron, où nos yeux cherchent les Muses qui, certainement, y habitent; causerie du docteur Maurice Faure, résumant clairement et brièvement toutes les caractéristiques climatiques du Littoral et les indications thérapeutiques qui en découlent, et, pour finir, réception somptueuse de la Société médicale dans le Palais Mira-

mar, aux mâles accents de la fanfare des Diables bleus. Toast émouvant des sept nations représentées. Réponse du maire et du sous-préfet. Témoignage de reconnaissance émue au docteur Maurice Faure, président de la Société médicale et directeur énergique et courtois (une main d'acier dans un gant de velours, comme le lui a dit l'un d'entre nous) d'une caravane de 100 voyageurs, qui s'ignoraient il y a une semaine, et qui sont aujourd'hui des amis !

Et le départ enfin : les uns retournant vers les brumes, les pluies, les tristesses et le labeur, les autres partant pour la Corse, où ils auront le bonheur de prolonger encore l'enchantement du soleil d'or, de la mer d'améthyste et de turquoise, et de rochers de cuivre ou d'argent.

Grâces soient rendues à la Société médicale du Littoral, dispensatrice de ces joies, et à tous ceux qui collaborent avec elle dans cette œuvre de propagande (la meilleure de toutes), en faveur des stations climatiques de notre Littoral méditerranéen.

M. LANCE.

N. B. — Nous publierons prochainement le programme du suivant voyage, à parcours réduit, qui aura lieu du 15 au 21 avril 1928.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique		17 gr.
Phosphate de soude		24 gr.
Eau distillée	Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

LIVRES NOUVEAUX

Falconet [Falconet et Diderot, Falconet et Catherine II] (1)
Préface de M. G. HANOTAUX, de l'Académie française.

Voici un livre en marge de la médecine, sa lecture est très attachante. L'auteur en est un médecin praticien, c'est aussi un érudit et un amateur très éclairé. En consacrant une étude au sculpteur Falconet il ne pouvait manquer de nous apporter une œuvre intéressante au point de vue artistique, mais surtout au point de vue psychologique. La figure de Falconet « n'est point de premier plan », comme l'écrit M. Hanotaux dans sa préface, mais il est très représentatif d'une époque, il est l'aimable artiste des beautés un peu mièvres de la Cour de Louis XV, ce n'est pas un grand sculpteur, c'est un charmant modeleur. Il paraît dédaigner un peu l'anatomie, mais quelle grâce dans son interprétation des formes féminines de son siècle. Il a été lié avec Diderot, il a beaucoup voyagé, un peu à la manière d'un Casanova rangé. A son bras l'Encyclopédie a fait son entrée à la cour de Catherine II. Quel sujet pouvait tenter davantage le psychologue qu'est M. F. Vallon? Avec quel plaisir on lira son livre, très belle édition qu'illustrent d'admirables reproductions des œuvres de Falconet.

F. L. S.

(1) Grand in-8 avec planches. — Prix : 20 fr. — Aux Imprimeries réunies à Senlis, chez Flammarion et dans toutes les librairies.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE LA SPIROCHÉTOSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE [1]

FORMES CLINIQUES

I. D'après la prédominance ou l'absence de certains symptômes.

A. **Forme méningée.** — Le début est marqué par de la céphalée, de la rachialgie, de la photophobie, de l'*herpès*, une fièvre élevée.

L'examen montre de la raideur de la nuque, et le signe de Kernig.

Le liquide céphalo-rachidien est clair hypertendu, l'albumine est augmentée, il contient des polynucléaires. La recherche directe du parasite dans ce liquide n'est qu'exceptionnellement positive; par contre l'inoculation *précoce* au cobaye lui transmet la maladie.

L'ictère apparaît après un temps variable, il est en général peu intense. Son apparition coïncide avec la chute de la fièvre, l'établissement de la crise urinaire polymique et azotémique, l'amélioration des troubles méningés et la transformation de la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien qui contient des mononucléaires.

La recrudescence fébrile est de courte durée, elle peut même manquer complètement et la guérison survient rapidement.

B. **Forme pulmonaire.** — Se manifeste par des douleurs thoraciques des crachats hémoptoïques; les signes sthétoscopiques sont peu marqués et fugaces.

C. **Forme érythémateuse.** — Caractérisée par l'apparition d'un véritable rash scarlatiniforme survenant soit avant soit après l'ictère.

D. **Forme anictérique pure.**

E. **Forme anictérique à type myalgique** (Bloch et Hébert).

F. Forme anictérique à type méningé (Costa et Troisier).

G. **Forme mentale.**

II. **Formes atypiques d'après l'évolution.** — La spirochétose ictérigène peut revêtir les différentes formes d'ictère infectieux primitif décrites par les auteurs.

A. **Spirochétose ictérigène à forme d'ictère grave.** — Cette forme réalise une *insuffisance* hépato-rénale aiguë.

L'ictère devient rapidement intense avec cholémie élevée et peut s'accompagner de purpura, d'épistaxis de mélæna.

Les chiffres d'urée sanguine sont très élevés, l'*anurie* est fréquente.

La mort survient dans l'urémie au cours du deuxième septénaire, parfois cependant la guérison est possible annoncée par la polyurie, la diminution de l'azotémie; la rechute fébrile apparaît.

B. **Spirochétose ictérigène à forme d'ictère infectieux bénin.** — Les phénomènes généraux du début sont atténués, l'ictère est de moyenne intensité, la recrudescence fébrile faible.

C. **Spirochétose ictérigène à forme d'ictère catarrhal.** — Les phénomènes généraux sont absents, et la symptomatologie de la maladie considérablement atténuée.

D. **Formes prolongées.** — Ces formes affectent :

Soit le *type rénal*, dans lequel des poussées fébriles se répètent à intervalles plus ou moins éloignés, s'accompagnent d'augmentation de l'*albuminurie*, de vomissements, de diarrhée, et d'un état de somnolence et de torpeur;

Soit, le type *hépato-splénique* dans lequel après une série de poussées fébriles le foie et la rate deviennent volumineux, le malade restant subictérique.

Enfin on a signalé des formes associées à la fièvre typhoïde, à la lithiase biliaire, à une leucémie aiguë (Sicard, H. Roger, L. Kindberg).

DIAGNOSTIC

I. **Diagnostic clinique.** — *A.* **Positif.** — Il repose sur le début brusque, les myalgies, les signes nerveux, l'ictère, le syndrome urinaire et l'évolution.

B. **Différentiel.** — Dans les formes *ordinaires, au début* le diagnostic peut se poser avec les différentes infections à allure bruyante.

Devant l'ictère; dans certains pays le diagnostic peut se poser avec la *fièvre récurrente*, la *fièvre jaune*, certains accès pernicieux du paludisme, mais plus habituellement il se pose avec ses diverses variétés d'ictères infectieux primitifs ou secondaires, et les ictères toxiques.

Ictères des fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes,

Ictère aigu fébrile de cause indéterminée,

Ictère catarrhal commun (apyrétique),

Ictères de certaines septicémies à streptocoques ou à bacilles perfringens,

Ictère syphilitique secondaire et ictère apparaissant chez les syphilitiques traités par les arsenicaux,

Ictère dû à l'intoxication par l'acide picrique,

Ictères dus aux intoxications par les paraphénétidines.

Enfin quand la spirochétose prend la forme d'ictère grave la confusion est possible avec l'ictère grave par *atrophie jaune aiguë du foie.*

Dans les formes anormales le diagnostic est beaucoup plus difficile.

Dans les formes méningées il se pose avec les différentes variétés de méningite, et certaines formes de polyomyélite, quand il existe un rash la confusion est possible avec certaines formes graves de scarlatine s'accompagnant de jaunisse.

Dans les formes pulmonaires on peut croire à une pneumonie et l'ictère quand il apparaît peut être attribué à l'infection pneumococcique.

L'existence de douleurs hépatiques peut faire penser à une angiocholécystite chez un lithiasique.

Le diagnostic clinique est facilement aidé et contrôlé dans les formes types par les épreuves du laboratoire; dans les formes atypiques, il est malheureusement hérissé des difficultés et il faut multiplier les épreuves de contrôle avant de mettre hors de cause le spirochète d'Inada et Ido; il convient donc de faire ses différentes recherches à bon escient et il faut savoir que :

1° La recherche du parasite dans le sang par inoculation au cobaye est un critère absolu. Mais négative, cette méthode ne permet pas d'infirmer le diagnostic de spirochétose ictérigène, car la reproduction expérimentale de l'ictère chez le cobaye ne peut être obtenu avec le sang que durant une phase très courte de l'évolution morbide.

C'est *pendant la période préictérique que les chances sont le plus élevées.*

2° *La recherche des spirochètes dans l'urine constitue une méthode extrêmement précieuse.* Elle est plus qu'un signe de présomption et pas encore un signe de certitude (N. Fiessinger).

Elle peut se faire :

a. Par examen direct sur lame (procédé à l'encre de Chine ou coloration du Fontana Tribondeau);

b. Par inoculation ou culot de centrifugation au cobaye.

Il importe de remarquer que ces recherches peuvent être positives à partir du huitième ou dixième jour, mais le maximum de chances de succès se trouve du quinzième au vingt-troisième jour.

Si précieuse que soit cette méthode, elle peut cependant donner lieu à des erreurs. Il faut savoir éviter la contamination des urines par les spirochètes du méat et du prépuce en recueillant celles-ci très aseptiquement.

3° Le *séro-diagnostic*, positif il a une valeur absolue.

Il est constant dans les formes habituelles mais peut manquer dans les formes atténuées.

Il apparaît du quatorzième au quinzième jour.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 11, p. 198.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de bactériologie, par Dopter et Sacquépée. (Bibliothèque Gilbert et Fournier.) Un volume in-8, 3e édition. — Paris, J.-B. Baillière.

Cœur et vaisseaux, par Francis Bordet; Sang et organes hématopoiétiques, par A. R. Turpin. (Les Consultations journalières.) Un volume in-16 de 440 pages avec figures duns le toxte. — Prix, cartonné : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Paris. — Sont déclarés vacants les emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ci-dessous désignés : histologie, 1 ; anatomie pathologique, 1. (*J. O.*, 14 fév. 1928.)

Un délai de vingt jours, à dater de l'insertion de cet avis dans le *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Société de médecine militaire. — Bureau pour 1928 :

Président : M. le médecin inspecteur général Toubert.

Vice-présidents : M. le médecin inspecteur général Lemoine (troupes métropolitaines) ; M. le médecin inspecteur Rigollet (troupes coloniales) ; M. le médecin général Girard (marine) ; M. le pharmacien inspecteur Gauthier.

Secrétaire général : M. le médecin principal de 2e classe Chrétien.

Secrétaire général adjoint : M. le médecin-major de 1re classe Bernard.

Secrétaires des séances : M. le médecin-major de 1re classe Gauthier et M. le médecin-major de 2e classe Hugonot.

Trésorier : M. le médecin-major de 1re classe Lemoine.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIe Congrès, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 14 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le docteur Mawas sur *La biomicroscopie de la chambre antérieure et de l'iris à l'état normal et pathologique.*

Une visite du château de la Malmaison et un dîner à Saint-Cloud seront organisés pendant le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la S. F. O., docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7e).

Centenaire de la Faculté de médecine du Caire. — Le centième anniversaire de la fondation de la Faculté de médecine du Caire sera célébré au Caire, du 15 au 22 décembre 1928, en même temps qu'aura lieu un Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène.

Secrétariat général : à la Faculté de médecine du Caire.

Don a l'Association des médecins de la Seine. — Le docteur Debat, trésorier de l'Union des Fabricants de spécialités pharmaceutiques médicales, a remis la somme de 5.000 fr. à M. le docteur Bazy, président de l'Association des médecins de la Seine dont le siège est à la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Fondation Thiers. — La fondation Thiers procède en ce moment, jusqu'au 30 avril, à son recrutement. On sait qu'elle reçoit chaque année cinq jeunes gens déjà pourvus, en sciences et en lettres, d'une agrégation ou au moins d'une licence, en droit ou en médecine, du doctorat. On y peut rester trois ans, avec l'entretien complètement assuré et, en outre, des allocations mensuelles et annuelles. On doit s'y consacrer exclusivement à des études scientifiques désintéressées (préparation d'une thèse de doctorat, scientifique ou littéraire, ou de l'agrégation aux facultés de droit et de médecine, etc.). S'adresser à la direction, rond-point Bugeaud, Paris (XVIe).

Directeurs de bureau municipal d'hygiène. — Le bureau d'Arles est vacant. Traitement : 18.000 fr. — Renseignements et inscription au ministère du Travail, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, Paris. (*J. O.*, 16 fév. 1928.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Boulanger (de Péronne) et Samalens (d'Auch); Emile Granon (de Nîmes).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 18 h. (amphithéâtre Vulpian), à partir du jeudi 23 février 1928 inclusivement.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur Jean-Louis FAURE.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Bonnet et Chevalier, chefs de clinique, feront un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 27 février au samedi 10 mars.

Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 h., sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades. Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours. Le droit à verser est de 250 fr.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE SYMPATHOLOGIE. — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique à la Faculté de médecine de Paris, commencera ce cours dans son service de l'hôpital de la Pitié, le vendredi 2 mars 1928, à 9 h. 30, avec la collaboration de M. Laquerrière, électro-radiologiste des hôpitaux, et de MM. Pierre Kahn, Jean Vinchon, Robert Largeau, René Cornélius, Arbeit, Fay, Polaco, Desoille et Bonnard, assistants et internes du service. Chaque leçon sera suivie de travaux pratiques. Droit : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION. — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin, médecin des hôpitaux, et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront le vendredi 2 mars 1928, à 3 h., au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours et sera terminé en un mois.

Droit à verser : 250 fr.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent, jusqu'au 12 mars, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. CHIRURGIE D'URGENCE. — Un cours de perfectionnement, portant sur la chirurgie d'urgence, aura lieu à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, du 5 au 17 mars 1928.

Il sera fait par MM. Lejars, professeur; Brocq, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Gueullette, chef de clinique, prosecteur à la Faculté.

Il comprendra deux leçons journalières, l'une à 11 h.; l'autre à 17 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. Droit : 250 fr.

Aux mêmes dates, du 5 au 17 mars et en liaison avec le cours de perfectionnement de la Clinique chirurgicale, M. le docteur Gueullette, prosecteur, fera à l'Ecole pratique un cours de technique opératoire; les leçons et exercices auront lieu chaque jour à 2 h., et leur programme correspondra à celui des leçons de la Clinique chirurgicale.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 5 mars 1928, à 14 h. et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

(*Voir la suite, p. 255.*)

CHRONIQUE

L'ÉLECTION DE M. JOLLY A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'élection de M. Jolly, professeur d'histophysiologie au Collège de France, fait entrer à l'Académie un des savants les plus justement estimés de notre temps.

Dès le début de ses études de médecine, en 1891, Jolly a été l'élève de Ranvier et de Malassez, et il a fait de l'histologie sous leur direction pendant toute la durée de ses études et surtout depuis la fin de son internat.

Que ce soit à la Faculté de médecine, aux Hautes-Etudes, au Collège de France, à l'Institut du radium, Jolly s'est toujours consacré entièrement à des recherches scientifiques pures portant surtout sur l'histologie comparée, l'histogenèse et l'histophysiologie. Le sang et les organes hématopoïétiques ont été pour lui des objets de prédilection pour atteindre des faits de biologie générale.

Jolly a suivi la grande tradition de Ranvier et de Malassez; son laboratoire au Collège de France a toujours été accueillant pour les chercheurs en quête de conseils éclairés.

L'œuvre de Jolly est très importante. Il est l'auteur d'un grand nombre de communications dans les Sociétés savantes et en particulier à la Société de biologie dont il est un des membres les plus écoutés. Mais son œuvre capitale, dont il a accumulé les matériaux pendant de longues années, est le *Traité technique d'hématologie*, admirable ouvrage, véritable monument scientifique, qui jouit d'une renommée mondiale.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES PARAPLÉGIES[1]

Par H. DESOILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

II. **Moins fréquentes sont les affections suivantes.** — 1° La *syringomyélie* peut donner une paraplégie spasmodique, mais on la reconnaîtra facilement : 1° par la dissociation syringomyélique (conservation de la sensibilité tactile, avec au contraire atteinte des sensibilités thermiques et douloureuses) et dont la caractéristique est d'être suspendue, de siéger en bande au niveau des membres supérieurs et du thorax ; 2° par l'atrophie de la main coïncidant avec un certain taux de contracture ; 3° les troubles trophiques ; 4° la dissociation des réflexes tendineux (exagérés aux membres inférieurs, diminués dans le domaine atrophié) ; 5° la cyphoscoliose progressive.

La syringomyélie peut être aggravée par une hématomyélie secondaire augmentant soudain la paraplégie.

Le traitement radiothérapique est indiqué : il arrête l'évolution.

2° *La sclérose latérale amyotrophique dans son exceptionnelle variété paraplégique* donne de l'atrophie musculaire (qui peut ne pas être très marquée), de l'exagération des réflexes tendineux avec clonus, le signe de Babinski, des contractions fibrillaires. Il n'y a jamais de troubles sensitifs. Cette affection progresse vite, atteint les membres supérieurs et le bulbe (paralysie faciale et paralysie labio-glosso-laryngée avec atrophie) et cause la mort en deux à trois ans généralement.

3° *La pachyméningite cervicale hypertrophique syphilitique* se traduit aussi par une quadriplégie à marche progressive, avec atrophie aux membres supérieurs. Mais avant le stade paralytique a existé une longue phase de douleurs cervicales. D'autre part, les membres supérieurs sont atteints d'abord ; la paraplégie est ici plus spasmodique, parce que due à une compression de la moelle, enfin l'évolution se prolonge durant des années, bien plus longtemps, par conséquent, qu'en cas de sclérose latérale amyotrophique. La dissociation syringomyélique peut exister, mais elle siège aux membres inférieurs et il n'y a pas ici de cyphoscoliose ni de panaris analgésique. Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouve de l'hyperalbuminose avec hyperleucocytose, ainsi qu'un Wassermann positif. Un traitement spécifique énergique, rapidement institué peut avoir une très heureuse action.

4° *La pachyméningite du mal de Pott sous-occipital* ne donne elle aussi de paraplégie que tardivement, alors que les douleurs et la contracture musculaire, ainsi que l'atteinte fréquente des nerfs bulbaires ont depuis longtemps attiré l'attention et fait pratiquer des radiographies.

5° *Une cause cérébrale lésant les deux lobules paracentraux* (plaque de méningite, tumeur). La paraplégie a été précédée d'épilepsie crurale, ou s'est constituée segment par segment.

III. **La paraplégie est apparue dès la première enfance.** — Nous sommes ici dans le cadre des « encéphalopathies infantiles ». Il faut rechercher la syphilis, les traumatismes obstétricaux, la naissance prématurée, plus rarement des causes toxiques alcool, plomb. On peut voir des cas très variés dont voici les mieux isolés :

Syndrome de Little. — Les parents peuvent ne s'en apercevoir qu'au bout de plusieurs mois. L'hypertonie prédomine sur les adducteurs qui sont durs à la palpation : les cuisses, fléchies sur le bassin sont en adduction forcée ; les genoux l'un contre l'autre, parfois croisés ; les jambes s'écartent l'une de l'autre les pieds sont en varus equin. En somme, le malade a dans l'ensemble une attitude fléchie : flexion de la tête sur le tronc, etc. La marche est retardée (ce n'est que vers cinq ans que l'enfant peut marcher sans être soutenu). Elle a un aspect spécial, dit « en ciseaux », les genoux se croisant. A la paraplégie s'associe souvent l'atteinte des membres supérieurs et de la face qui grimace.

Un certain taux d'amélioration se produirait spontanément.

Certaines formes ressortissant peut-être d'un syndrome strié (Babonneix) seront reconnues par l'aspect figé et la lenteur des mouvements.

L'*hémiplégie double infantile* est généralement une quadriplégie, mais qui peut prédominer sur les membres inférieurs. Elle s'accompagne d'atrophie très marquée, portant sur les différents tissus : on peut observer un raccourcissement de plusieurs centimètres, avec déformations (pied bot) qu'on ne confondra pas avec les séquelles d'une poliomyélite antérieure aiguë. La marche est souvent possible, mais généralement très disgracieuse, et les sujets sont de véritables infirmes. Rappelons qu'au-dessous de huit ans (en moyenne), on n'observe pas d'aphasie (P. Marie). Ce qui différencie surtout la diplégie du Little pur, d'ailleurs rare, c'est la coexistence de troubles intellectuels, l'importance des troubles trophiques, la notion de convulsions antérieures, la constatation, que la paralysie l'emporte sur la contracture, l'absence d'amélioration, et même l'aggravation. Le pronostic est donc plus grave que dans le syndrome de Little. Mais ce diagnostic est très schématique en raison de la rareté du Little pur.

Un diagnostic est classique : il ne faut pas prendre chez un nourrisson une maladie de Parrot (disjonction diaépiphysaire syphilitique) pour une paralysie. Dans une maladie de Parrot, il y a douleur et tuméfaction à la palpation locale.

Les paralysies pseudo-bulbaires (Oppenheim), *d'ailleurs très rares* empêchent le nourrisson de téter : il faut le nourrir à la cuiller enfoncée suffisamment loin. Plus tard, la symptomatologie est analogue à celle décrite chez l'adulte. Nombre de ces faits ont été rattachés au corps strié.

Dans tous ces cas, à la paraplégie proprement dite s'associent fréquemment : l'athétose, l'épilepsie, les

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 12, p. 205.

troubles oculaires, les troubles cérébelleux, les troubles intellectuels.

Une paraplégie d'Erb due à la syphilis héréditaire (Gasne).

Enfin le spina bifida où la parésie est fréquemment accompagnée de troubles trophiques importants, et de troubles urinaires. A la région lombaire peut siéger une tumeur permettant aisément le diagnostic, mais parfois il s'agit de cas frustes, décelés uniquement par une petite fistule ou de l'hypertrichose. Il faut alors s'aider de la radiographie (1).

IV. **Paraplégies de causes rares ou mal connues.** — Nous n'insisterons pas sur la paraplégie spaspodique du Lathyrisme (pain renfermant de la farine de jarosse), ni sur celle du Pellagre (coexistant avec de l'obnubilation avec fixité du regard, un érythème aigu suivi d'atrophie de la peau, des psychoses et de l'ataxie).

L'*ergotisme* se traduit au début par du fourmillement, puis par une contracture permanente des extrémités. Si l'intoxication est plus marquée surviennent des crises généralisées rappelant celles du tétanos, mais durant plusieurs heures. Le délire, les éruptions cutanées sont fréquentes.

Nous avons déjà parlé de :

La *neuromyélite optique aiguë*. La paraplégie peut être spasmodique d'emblée ; ou flasque, puis spasmodique.

La *myélite nécrotique subaiguë* a débuté par une paraplégie spasmodique, mais avec des signes contradictoires : tels qu'un réflexe achilléen peu marqué et une absence de signe de Babinski qui éliminent la paraplégie syphilitique et la sclérose en plaques. Il n'y a pas de troubles sensitifs, ce qui élimine la compression médullaire (malgré que le liquide céphalo-rachidien présente une dissociation albumino-cytologique) et d'autant plus que l'amyotrophie qui est plus nette est plus bas située que les phénomènes pyramidaux. Ultérieurement, la paraplégie deviendra flasque, avec apparition de dissociation syringomyélique.

Le *syndrome neuro-anémique* se manifeste le plus plus souvent par une paraplégie spasmodique rappelant le tableau d'une sclérose en plaques. On observe en outre des troubles de la sensibilité profonde, ne s'accompagnant pas pendant un temps d'atteinte de la sensibilité superficielle (syndrome des fibres radiculaires longues de Déjerine). L'anémie peut, lors du début de la paraplégie ne pas être évidente cliniquement et il faut penser à pratiquer un examen sanguin. A la période terminale, la paraplégie devient flasque. La méthode de Whipple (ingestion journalière de 250 grammes de foie de veau cru, ou bouilli en absorbant à la fois la viande et le bouillon) paraît susceptible de guérir le syndrome neuro-anémique.

L'*hématomyélie spontanée*, après son stade de choc laisse comme séquelle un état analogue à celui de la syringomyélie, mais dont le diagnostic est facile en raison du début brutal.

Enfin, l'*encéphalite périaxile diffuse* peut, dans certains cas simuler une tumeur cérébrale, avec : diminution de l'acuité visuelle, œdème de la papille, céphalée, apathie, quadriparésie spastique, s'installant progressivement. La mort n'est pas fatale (Foix) et une régression partielle peut survenir, laissant des séquelles variables au rang desquelles on peut compter une quadriplégie spasmodique.

PARAPLÉGIES FAMILIALES HÉRÉDITAIRES

Elles frappent de nombreux sujets d'une même famille, à la même génération, et se répètent, dans cette famille, au cours des générations successives.

Elles affectent dans une même famille une allure identique chez chaque sujet atteint.

Elles sont de type très variés. Nous ne citerons que celles qui ont été décrites comme semblables chez plusieurs familles, et dans lesquelles c'est l'atteinte paralytique des membres inférieurs qui domine.

1° *Forme à type de sclérose en plaques* (Pesker, Cestan et Guillain) définie par son nom même.

2° *Paraplégie spasmodique familiale* (Strumpell-Lorrain). — Elle débute entre huit et quinze ans; est caractérisée par une paraplégie spasmodique s'installant progressivement, la contracture étant plus ou moins marquée ; il n'y a pas d'ataxie ni de signe de Romberg, ni de troubles sphinctériens, ni de troubles sensitifs ;

3° L'*amyotrophie Charcot-Marie* débute avant quatorze ans en général (Sainton). Il se produit une atrophie du pied et des muscles antéro-externes de la jambe, d'où un varus equin et du steppage, mais malgré l'importance de l'atrophie, l'atteinte fonctionnelle est relativement peu marquée. Aux membres supérieurs s'observe une atrophie type Aran-Duchenne. Les réflexes tendineux sont diminués. Le malade se plaint de douleurs, mais il y a peu de troubles objectifs. On n'observe pas d'atteinte des sphincters. L'évolution de cette forme est extrêmement lente ;

4° *Névrite hypertrophique familiale*. — Type Gombault-Dejerine. Outre l'hypertrophie des troncs nerveux, on y observe des troubles douloureux et de l'ataxie comme dans le tabes avec abolition des réflexes. L'amyotrophie est généralisée, s'accompagnant d'altération de la contractilité électrique.

Type Pierre Marie. L'hypertrophie des troncs nerveux et l'abolition des réflexes s'observent comme dans le type précédent, mais ici il n'y a pas de douleurs fulgurantes ni de Romberg et les membres supérieurs sont peu atrophiés.

5° *Paralysie périodique familiale*. — Accès (durant quelques heures à quelques jours) de paralysie, avec intégrité des sphincters et de la sensibilité, mais s'accompagnant de diminution des réflexes tendineux et de troubles électriques qui éliminent l'hystérie. Pour certains auteurs il faudrait se méfier en pareils cas de formes larvées de sclérose en plaques.

(1) Les troubles dus au spina bifida occulta peuvent n'apparaître que tardivement, au bout de plusieurs années. Ils sont souvent progressifs

PARAPLÉGIES TRAUMATIQUES

Leurs causes sont variables. Elles succèdent généralement à une chute d'un lieu élevé, à un éboulement, à une plaie par coup de couteau ou arme à feu. La moelle peut d'ailleurs ne pas avoir été directement intéressée (« commotions » réalisant des hématomyélies).

Plus accessoirement citons les paraplégies observées chez les plongeurs, et les paraplégies obstétricales, restant flasques, et dues à la compression des troncs nerveux de la mère par le fœtus.

Il faut enfin bien avoir présente à l'esprit la possibilité d'apparition, à la suite de rachianesthésie, d'un syndrome de la queue de cheval avec paraplégie flasque.

En règle générale les traumatismes de la moelle sont très graves. Il ne faut pas néanmoins se hâter de porter un pronostic dès le début, parce que la paraplégie peut être due à des lésions très diverses que nous allons d'abord indiquer. Le point important en présence d'un traumatisme de la moelle consiste en effet à essayer de reconnaître cliniquement à laquelle de ces lésions est due la paraplégie.

Lésions observées. — *La section complète* de la moelle est rare, plus souvent la section est anatomiquement incomplète, mais cependant très importante, et le pronostic reste aussi grave.

Les sections partielles créeront des troubles définitifs mais plus ou moins graves suivant le lieu et l'étendue de la section.

Dans certains cas il y a surtout *compression* de la moelle, due à un corps étranger, à une esquille ou à un déplacement vertébral. L'existence de l'hématorachis avec évolution progressive et rétrocession ensuite est discutée par Roussy et Lhermitte.

On observe encore des « commotions de la moelle », avec ou sans lésions du rachis. La substance médullaire est alors le siège d'hémorragies et de petits ramollissements. Ces lésions s'améliorent. Nous aurons surtout en vue *l'hématomyélie* proprement dite, constituée par une hémorragie en foyer et qui peut être assez importante pour donner lieu à un syndrome de section de la moelle ; la section toutefois n'est que « physiologique » et le syndrome régresse si le foyer hémorragique n'est pas trop volumineux. Malheureusement l'hématomyélie peut être associée à des plaies, qui elles sont définitives.

Les altérations de la moelle dominent à un étage de celle-ci, mais, surtout dans les gros traumatismes de guerre, *les segments sus et sous-jacents* peuvent être lésés, d'où une symptomatologie plus complexe.

Aux symptômes d'origine médullaire s'en associeront presque toujours d'autres *radiculaires*, les racines étant souvent arrachées ou comprimées.

D'ailleurs, lorsque le traumatisme est bas situé on observera un *syndrome de la queue de cheval* sans signes médullaires.

Début. — On amène un blessé qui se plaint d'être comme « coupé en deux ». Il a rarement perdu connaissance, et d'autre part il est peu fréquent qu'il éprouve de grandes douleurs dans les membres paralysés, quoique ce soit possible.

Les mouvements sont impossibles. La paraplégie est flasque, avec abolition des réflexes tendineux (ce qui élimine le pithiatisme) mais conservation fréquente des réflexes cutanés. Elle s'accompagne de gros troubles anesthésiques à l'examen objectif. Généralement les signes sont d'emblée maximum et généralement aussi ils sont apparus immédiatement après le traumatisme, mais ce sont là deux points qu'il faut faire préciser : nous verrons en effet l'importance des cas où il n'en est pas ainsi.

I. *Il faut d'abord examiner le rachis.* — Cet examen n'est pas toujours facile chez les grands blessés. On cherche s'il existe une plaie et quels sont ses caractères (l'orifice d'entrée d'un projectile peut d'ailleurs être situé très à distance de la moelle). A son défaut on tente de déterminer une douleur osseuse localisée, ou de constater une dépression interépineuse avec écartement des deux apophyses, ou encore la saillie de l'apophyse inférieure. Si on peut le faire au lit du blessé on pratiquera la radiographie.

Deux cas peuvent alors se présenter :

A. On ne trouve pas de signes de lésion du rachis ;
B. On trouve une plaie profonde, ou une fracture manifeste.

A. On ne trouve pas de signes nets de lésion du rachis.

On est alors en droit d'espérer, sans rien affirmer, qu'il y a surtout hématomyélie ; ce qui est relativement favorable. Cette hypothèse aura plus de valeur si l'apparition des signes nerveux s'est fait plusieurs heures ou plusieurs jours après l'accident. Leur début est ordinairement brusque, se manifestant par des douleurs très vives au niveau du rachis, douleurs dont le siège est en rapport avec celui de l'hématomyélie, mais irradiant en plus de façon diverse. En même temps les troubles moteurs, sensitifs, sphinctériens apparaissent, soit ensemble et d'emblée maximum, soit progressivement.

B. On trouve une plaie profonde ou une fracture manifeste.

Il peut toujours s'agir d'hématomyélie, mais aussi de section ou de compression. Le diagnostic précoce est très difficile, d'autant plus que ces trois ordres de lésions peuvent être associés.

On peut conclure toutefois que la section n'est pas complète anatomiquement lorsqu'on constate : 1° la présence de territoires sans anesthésie, parfois d'ailleurs si limités qu'on ne les décèle qu'en provoquant de la douleur en recherchant le signe de Lasègue ; 2° la présence d'un réflexe cutané plantaire en extension (Guillain et Barré) ; malgré que Roussy ait signalé des exceptions à ce dernier signe.

La compression sera soupçonnée s'il existe une déformation rachidienne, précisée d'ailleurs par la radiographie qui peut en outre localiser un projectile au contact de la moelle.

La ponction lombaire ne retirera de liquide clair qu'au cas de commotion sans hémorragie importante. Une véritable hématomyélie s'accompagne de saignement au niveau de la pie-mère, et teinte de rouge le liquide. Une compression pourrait laisser

le liquide clair dans les cas où elle comprimerait sans blesser les méninges.

II. *Le siège en hauteur de la lésion* sera reconnu par la limite des réactions réflexes tendineuses normales (1) et celle des troubles sensitifs, ainsi que sur les signes locaux de lésion vertébrale, précisés par la radiographie. Il faut d'ailleurs tenir compte du décalage qui existe entre le numéro d'un segment médullaire et celui de la vertèbre correspondante et se rappeler l'obliquité des racines : suivant Chipault, pour avoir (chez l'adulte) le numéro de la paire rachidienne naissant en regard d'une apophyse épineuse (c'est-à-dire de ce que l'on appelle le segment médullaire correspondant) il faut, au numéro de l'apophyse ajouter 1 à la région cervicale, 2 à la région dorsale au dessus de la VI° vertèbre, et au dessous d'elle 3; la moelle sacrée correspond à la Ire lombaire, le cône médullaire au bord supérieur de la II°. Donc une lésion, par exemple, au niveau de la VIII° apophyse épineuse dorsale correspond à la moelle au niveau de (8 + 3) l'émergence de la XI° paire dorsale, et peut en outre léser les X°, IX°, VIII° paires.

Signalons en outre que l'absence de réaction pilomotrice aux membres inférieurs par excitation cervicale prouve que la section médullaire se trouve au-dessus des centres pilo-moteurs des membres inférieurs, c'est-à-dire au-dessus du IX° segment dorsal. Dans une section de la moelle lombaire, la réaction pilo-motrice descendante sera généralisée à tout le tégument puisque la section est au-dessous des centres pilo-moteurs (A. Thomas).

D'autre part la limite de la zone de thermo-anesthésie peut être au dessus de la zone d'anesthésie totale, il faut alors penser à une hématomyélie sus-jacente à la lésion principale.

Évolution. — Elle est très différente suivant les cas. C'est souvent uniquement sur elle qu'un diagnostic plus précis pourra être porté.

I. *L'hématomyélie était seule en cause.* — Après quelques jours de paraplégie flasque, avec anesthésie marquée, et durant lesquels les symptômes peuvent augmenter progressivement, on voit la paraplégie évoluer vers la spasmodicité; tout en régressant.

Les troubles moteurs ne tardent pas à diminuer, et permettent enfin au malade de marcher seul, et sans s'aider de cannes.

Les réflexes tendineux sont dissociés, c'est-à-dire qu'exagérés au-dessous du siège de l'hématomyélie ils demeurent au niveau de celle-ci abolis ou diminués. On trouve d'autre part un signe de Babinski bilatéral.

Les troubles sensitifs sont très importants. Au point de vue subjectif le malade continue à se plaindre de douleurs au niveau du thorax, elles sont souvent à type constrictif. Au niveau des membres inférieurs il peut également accuser des douleurs brûlantes à type causalgique. Objectivement on note de l'hyperesthésie généralisée, et une dissociation à type syringomyélique, c'est-à-dire que les sensations de tact (et même de piqûre) sont conservées, mais que le malade n'identifie plus le froid. Cette dissociation peut remonter assez haut, le canal de l'épendyme ayant guidé la fusée de sang.

Des troubles trophiques, en particulier une amyotrophie très marquée complètent le tableau clinique.

En somme l'évolution sera souvent favorable, mais il subsistera un ensemble rappelant la syringomyélie (1) avec une paraplégie modérée, des troubles sensitifs dissociés et une amyotrophie importante.

II. *En cas de section importante de la moelle.* — L'évolution va se faire lentement vers la mort (2). Mais les signes neurologiques peuvent offrir quelques variétés (d'ailleurs discutées par les auteurs) selon le degré des lésions.

Le plus généralement, après une première phase flasque, dite d'inhibition passagère, on voit apparaître une phase d'automatisme médullaire : les réflexes tendineux réapparaissent et s'exagèrent, les muscles deviennent hypertoniques, les réflexes d'automatisme (que nous avons étudié plus haut) sont nets, et les troubles de la sensibilité, qu'il faut explorer sous tous ses modes, régressent quelque peu.

Mais parfois les réflexes tendineux ne réapparaissent pas. Pour Guillain il en est ainsi lorsque la lésion est très importante et a réalisé une section anatomiquement complète. Mme Dejerine (voir thèse Cellier) précise de la façon suivante : lorsqu'en plus de la section proprement dite existe une destruction complète ou très accusée du segment inférieur de la moelle, on verra persister l'abolition des réflexes tendineux; de plus on observe alors celle des réflexes cutanés, en particulier celle du cutané plantaire. L'hypotonie et l'atrophie musculaire sont marquées. Enfin l'absence des spasmes musculaires, des mouvements spontanés et des mouvements réflexes de défense est constante : c'est le syndrome d'inhibition complète et persistante, due à des lésions étendues du segment inférieur.

III. *Il s'agissait d'une compression de la moelle (et des racines).* — D'assez nombreux signes pourraient

(1) Centres des principaux réflexes tendineux :

Réflexe de flexion de l'avant-bras	C^5
Réflexe cubito-pronateur	C^6
Réflexe olécranien	C^7
Réflexe de flexion des doigts	C^8, D^1
Réflexe médio-pubien	D^{10}, L^2
Réflexe périosté des adducteurs	L^2
Réflexe rotulien	L^3
Réflexe périosté de la tête du péroné	L^5
Réflexe achilléen	S^1

(1) Nous ne pouvons discuter ici la possibilité, importante au point de vue médico-légal, d'apparition tardive de syringomyélie ou d'autres affections médullaires, comme conséquence du traumatisme.

(2) Il est rare qu'elle survienne par méningo-myélite, mais on observe des poches purulentes entourées de tissu réactionnel (Roussy et Lhermitte, Guillain et Barré). Le plus souvent c'est après des mois que le blessé meurt de cachexie, hâtée par des complications : rétention d'urine, incontinence des matières, escarres, etc., que nous n'avons pas à décrire ici. Rappelons, pourtant, en raison des erreurs de diagnostic possibles, les cas de syndrome péritonéal sans péritonite et d'hématuries décrits chez les blessés de la moelle.

schématiquement se rencontrer : au point de vue sensitif, ce sont des douleurs radiculaires intenses et des paresthésies, et, à l'examen objectif des zones d'hyperesthésie. Au point de vue moteur, la paraplégie souvent incomplète devient rapidement spasmodique avec signe de Babinski. Précocement, on trouve des réflexes tendineux vifs et des réflexes d'automatisme très marqués. Mais ces signes ne sont pas pathognomoniques et peuvent être mis en défaut par la coexistence de plaies et d'hémorragies. L'examen du rachis et la radiographie gardent donc une valeur primordiale pour poser l'indication opératoire, qui ne doit pas être trop restreinte (C. Vincent). En effet, que la compression soit ou non seule en cause, les éléments de la moelle qui ne sont pas irrémédiablement perdus se restaureront plus facilement s'ils ne restent pas comprimés longtemps.

IV. *Syndromes partiels* : parfois reconnus dès le début, ils peuvent ne se préciser qu'au cours de l'évolution, une partie des signes ayant rétrocédé. Citons :

L'hémisection transversale postérieure : la paraplégie, d'abord flasque devient spasmodique; il y a, en outre, diminution de la sensibilité tactile, de la sensibilité osseuse, du sens des attitudes, avec conservation des sensibilités thermiques et douloureuse. On observe de l'ataxie, et de l'asynergie des mouvements.

Hémisection antéro-postérieure, avec syndrome de Brown Séquard, qui sort du cadre des paraplégies.

En résumé (voir thèse Ceillier, p. 71) dans l'examen d'un blessé de la moelle il faut, après avoir fait le diagnostic de l'étendue de la lésion en largeur, faire celui de l'état du segment inférieur, en tenant naturellement le plus grand compte des lésions radiculaires possibles.

Dans les premières semaines ou les premiers mois qui suivent la blessure, on devra réserver son pronostic.

Plusieurs mois après, on pourra observer l'un des syndromes suivants :

a. Syndrome d'inhibition complète ou presque complète et persistante.

b. Syndrome d'automatisme, plus ou moins complet, et parfois très fruste.

c. Syndrome mixte dû à la destruction et à la conservation partielles du segment inférieur de la moelle.

Lésions de la queue de cheval. — Ici naturellement la paralysie restera toujours flasque, sans Babinski et sans réflexe de défense. Elle sera plus ou moins complète suivant les racines atteintes, et s'accompagnera de douleurs souvent atroces, et de troubles sphintériens.

Une rétrocession partielle se produira, débutant au point de vue moteur par la racine des membres. Les troubles sensitifs objectifs s'améliorent également, mais sans proportionalité avec les douleurs qui décroissent moins. Les troubles sphinctériens sont tenaces. Comme il s'agit de phénomènes radiculaires, l'atrophie et les troubles électriques sont très importants.

C'est par la topographie des troubles qu'on différenciera le syndrome de la queue de cheval d'une lésion médullaire basse.

Traitement. — L'*indication opératoire* peut actuellement être schématisée de la façon suivante :

1° Immédiatement :

Lésions fermées (fracture) ou petite plaie : attendre.

Un projectile est localisé dans la région rachidienne, on pourrait l'extraire : attendre la disparition de l'état de choc, sauf s'il y a apparition d'infection du côté de la blessure.

Plaie large : exploration chirurgicale pour nettoyer, ôter les esquilles, laver au sérum chaud pour extraire les corps étrangers; pas d'antiseptiques. Opérer en salles surchauffées, à l'anesthésie locale. Respecter la dure-mère.

2° Le choc disparu :

Intervenir si l'on soupçonne une compression, même si elle n'est pas seule en cause, intervenir assez tôt, autant que possible avant la formation d'escarres; tardive, en effet, l'intervention ne donne pas de résultat.

Sur la queue de cheval, on peut intervenir pour suturer les racines. Le pronostic est meilleur. On y adjoindra l'ionisation.

En outre, immobilisation plâtrée; se servir de lit mécanique qui facilite les soins de propreté; veiller à changer les blessés de position afin d'éviter les complications pulmonaires, veiller à la vessie sans toutefois abuser de l'urotropine, pratiquer au besoin une cystostomie sus-pubienne si les urines sont purulentes (Claude et Lhermitte).

CONCLUSION

En somme, si l'on excepte quelques affections mal connues et qui ne se rencontrent pas fréquemment, on voit, comment, si l'on pratique un examen méthodique, on peut arriver à reconnaître les diverses affections susceptibles de causer une paraplégie. Ce diagnostic est important à faire : outre la différence de pronostic qu'il implique suivant les cas comme nous l'avons vu, il entraînera souvent à prescrire un traitement efficace : traitement étiologique comme dans la polynévrite diphtérique ou les myélites syphilitiques; traitement symptomatique mais d'action indiscutable comme la radiothérapie ou l'inonisation dans la paralysie infantile, la radiothérapie dans la syringomyélie. Dans d'autres cas, la thérapeutique est chirurgicale, il en est ainsi dans le mal de Pott où l'immobilisation plâtrée favorise la régression de certaines paraplégies et enraye en tous cas l'évolution de la tuberculose osseuse. En présence d'une tumeur de la moelle, enfin, un diagnostic correct suivi d'une intervention, d'ailleurs délicate, permet de guérir, souvent complètement des malades autrement condamnés à une lente cachexie.

BIBLIOGRAPHIE

ALAJOUANINE. Sur un type de paraplégie en flexion, *Th. de Paris*, 1923.

ALQUIER. Les accidents nerveux du mal de Pott chez les

adultes, *Encéphale*, 1907, t. I, p. 48; — Acquisitions récentes sur les troubles nerveux du mal de Pott, *Gaz. des hôpit.*, 18 oct. 1924.

BABINSKI. Etude anatomique et clinique de la sclérose en plaques, *Th. de Paris*, 1883.

BABONNEIX. Art. SYPHILIS NERVEUSE, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XIX; — Diagnostic de la paralysie infantile, *Gaz. des hôpit.*, 28 déc. 1927.

BABONNEIX et VOISIN (R.). Art. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XXV, vol. II.

BAUDOIN et SCHAEFFER. La neurologie en 1926. Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique, *Paris méd.*, 1926, p. 249.

BÉRIEL et DEVIC. Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 mai 1925, et *Presse méd.*, 31 oct. 1925.

BOGAERT (L. VAN). La polynévrite anémique, *Ann. de méd.*, oct. 1927.

BOURGUIGNON (G.) et HUET (E.). Réactions électriques des muscles dans deux cas de myopathie, *Soc. de neurol.*, 1er juin 1911.

BOURGUIGNON (G.). La pathogénie et l'électrophysiologie des myopathies, *Arch. d'électr. méd.*, 10 juillet 1916; — *La Chronaxie*, Paris 1923.

CEILLIER (A.). Paraostéoarthropathies des paraplégiques, *Th. de Paris*, 1920.

CHAVANY (J.-A.). Les premières étapes de la sclérose en plaques, *Progrès méd.*, 8 et 22 janv. 1927; — Les tumeurs de la moelle, *Gaz. des hôpit.*, 28 mai, 4 et 11 juin 1927.

CLAUDE. *Précis de pathologie interne*, Paris 1922.

CROUZON (O.). Art. LES MALADIES FAMILIALES DU SYSTÈME NERVEUX, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, et *Nouveau Traité de médecine*, t. XXI.

CROUZON (O.), VOGT (Mlle Cl.) et DELAFONTAINE (P.). Formes algiques et formes polynévrétiques de l'encéphalite épidémique, *Progrès méd.*, sept. 1926.

CROUZON (O.), MATHIEU (P.) et GILBERT-DREYFUS. Syndrome néuro-anémique. Remarquables effets thérapeutiques obtenus par la méthode de Whipple, *Revue neurol.*, juillet 1927.

DARQUIER. Sur certaines attitudes en flexion d'origine cérébrale, *Th. de Paris*, 1927.

DECOURT (J.). Contribution à l'étude des ataxies aiguës, *Th. de Paris*, 1927.

DENIKER. Symptomatologie des sections traumatiques de la moelle, *Presse méd.*, 10 juillet 1919.

FOIX. Rapport sur les compressions médullaires, *Revue neurol.*, juin 1923, t. I, p. 610.

FOIX et CHAVANY (J.-A.). Sur une forme spéciale de la syphilis cérébrale. Démence pseudo-bulbaire syphilitiqué, *Presse méd.*, 19 juin 1926.

FOIX et ALAJOUANINE. La myélite nécrotique subaiguë, *Revue neurol.*, juillet 1926.

FOIX, CHAVANY (J.-A.) et LÉVY (M.). Les injections intraveineuses de salicylate de soude dans le traitement de la sclérose en plaques, *Revue neurol.*, nov. 1926.

FOIX et MARIE (J.). La sclérose cérébrale centro-lobaire à tendance symétrique et l'encéphalite péri-axile diffuse, *Presse méd.*, 2 avril 1927.

GENDRON. Etude clinique des tumeurs de la moelle et des méningites spinales, *Th. de Paris*, 1913.

GEHUCHTEN (VAN). Un cas de myélite nécrotique aiguë, *Soc. de neurol. de Paris*, 7 avril 1927.

GIROT. Etude critique des paraplégies syphilitiques, *Th. de Paris*, 1925.

GUILLAIN (G.) et BARRÉ. *Travaux neurologiques de guerre*, Paris 1920.

GUILLAIN (G.). Lésions traumatiques de la moelle épinière, *Questions neurologiques d'actualité*, 1921.

GUILLAIN (G.) et BARRÉ. Sur un syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-réaction sans réaction cellulaire. Remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 oct. 1916, p. 1462.

GUILLAIN (G.). Rapport sur la sclérose en plaques, *Revue neurol.*, juin 1924.

GUILLAIN (G.), ALAJOUANINE et PÉRISSON. Sur le syndrome de radiculo-névrite aiguë curable avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, *Revue neurol.*, 1925, p. 492.

KAHLMETER (G.). Contribution à l'étude de la forme périphérique de l'encéphalite épidémique, *Acta medica Scandinavica*, 1927, p. 709.

LAPLANE. Le radiodiagnostic des affections intrarachidiennes par le lipiodol sous-arachnoïdien, *Th. de Paris*, 1924.

LÉPINE, REGNIER et LESBROC. Epidémie d'encéphalite périphérique, *Revue neurol.*, 1925.

LÉVY-VALENSI. *Diagnostic neurologique*, 1925; — Art. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES, in *Nouveau Traité de médecine*, t. XIX,

LHERMITTE. Etude sur les paraplégies des vieillards, *Th. de Paris*, 1907; — *La Section totale de la moelle dorsale*, 1919.

MATHIEU (P.). Syndromesneuro-anémiques, *Th. de Paris*, 1925.

MARIE (P.) et LÉRI. Art. PARAPLÉGIE, in *Traité* de Gilbert et Thoinot.

MARQUÉZY. Contribution à l'étude clinique, biologique, étiologique et expérimentale de la sclérose en plaques, *Th. de Paris*, 1924.

MEIGNANT (P.). Le réflexe de flexion dorsale du pied, *Th. de Paris*, 1927.

MOUTIER. Art. PARAPLÉGIE, in P. MARIE. *La Pratique neurologique*, 1911.

PÉHU et DECHAUME (J.). Etude histo-pathologique d'une observation de « forme périphérique » de l'encéphalite épidémique, *Ann. de méd.*, juillet 1927.

PÉRON. Contribution à l'étude des syndromes des nerfs de la queue de cheval, *Th. de Paris*, 1926.

PETOURAUD. Etude anatomique et clinique du cancer secondaire du rachis, *Th. de Lyon*, 1926.

PITRES. Quelques cas de sclérose en plaques à début paraplégique aigu, *Semaine méd.*, 1894, p. 453.

ROGER. Forme polynévritique de l'encéphalite, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 mars 1920.

ROSE. Articles dans le *Traité clinique de neurologie de guerre* de Sollier, Chartier, Rose et Villandre, 1918.

ROUSSY (G.) et LHERMITTE (J.). *Les Blessures de la moelle et de la queue de cheval*, 1918; — Art. NEUROLOGIE DE GUERRE, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. VI.

SICARD et FOIX. Albumino-réaction du liquide céphalo-rachidien. Dissociation a. c. au cours des compressions rachidiennes, *Presse méd.*, 4 déc. 1912.

SICARD et PARAF. Encéphalite amyotrophique de type radiculaire et périphérique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1920.

SICARD. Les compressions médullaires. Le trépied biologique du diagnostic, *Le Monde méd.*, 1er sept. 1927.

SORREL-DEJERINE (Mme). Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, *Th. de Paris*, 1926.

SORREL (E.) et SORREL-DEJERINE (Mme). Paraplégies pottiques. Formes anatomo-cliniques. Pronostic. Traitement, *Le Monde méd.*, 1er juin 1926, p. 543.

THOMAS (A.). Le diagnostic de la hauteur dans les paraplégies spinoles, le syndrome de la paroi abdominale, *Paris méd.*, 4 oct. 1919; *Revue neurol.*, 1922, p. 1418; — Rapport sur les moyens d'exploration du système sympathique, *Revue neurol.*, 1926.

TINEL. Art. POLYNÉVRITES, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. VI; — Art. POLYNÉVRITES, *Nouveau Traité de médecine*, t. XXI.

VERAGUTH. Rapport sur la sclérose en plaques, *Revue neurol.*, juin 1924.
VINCENT (C.). Sur l'état de la moelle dans les paraplégies complètes immédiatement consécutives aux fractures vertébrales, *Revue neurol.*, 1923, t. I, p. 652; — Sur le diagnostic des néoformations comprimant la moelle, *Presse méd.*, 9 fév. 1924.
VINCENT (C.) et CHAVANY. Sur le diagnostic des tumeurs médullaires avec rigidité hyperalgique du rachis et des membres inférieurs, *Revue neurol.*, mai 1924.
VINCENT (C.), KREBS et CHAVANY. Pseudo-paraplégie en flexion par lésion cérébrale unilatérale. Surréflectivité cutanée hyperalgique, *Revue neurol.*, mars 1925.
VINCENT (C.) et MARTEL (DE). La laminectomie immédiate comme traitement des paraplégies avec fracture de la colonne vertébrale, *Soc. de neurol.*, 3 déc. 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1928)

Sur la digitine de Nativelle. — MM. P. BOURGET et G. DUGUÉ.

Sur la bradycardie provoquée par l'uzara et les autres substances digitaliques. — M. RAYMOND-HAMET.

Excitation musculaire directe par les courants progressifs. — M. G. LAVIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1928)

Notice nécrologique sur M. Arnozan. — M. CLAUDE.

Que valent les statistiques du cancer? — M. Auguste LUMIÈRE. Les statistiques officielles concernant les décès par cancer sont passibles de critiques qui font ressortir combien il est illusoire de recourir à elles pour chercher à découvrir les causes de cette maladie.

Tout d'abord, à côté des erreurs inévitables de diagnostic, il faut se rendre compte que trop fréquemment et parfois intentionnellement, pour réserver les scrupules des familles, les médecins se contentent d'invoquer, comme cause du décès, la complication qui a emporté le malade, sans mentionner le néoplasme qui est à l'origine.

En second lieu, il résulte de l'étude des statistiques lyonnaises, notamment, faite par l'auteur avec la collaboration de M. Vigne que les statistiques urbaines sont faussées du fait que beaucoup de porteurs de tumeurs malignes succombent dans les grandes villes où seulement ils peuvent trouver les ressources thérapeutiques que nécessite leur état.

Il faudrait donc, dans les statistiques, tenir compte non du lieu du décès, mais du domicile du décédé. Il conviendrait aussi que les certificats de décès fussent présentés sous une forme précise et exacte, et il appartient à l'Académie d'examiner les garanties que l'on pourrait donner aux médecins pour assurer, dans ces conditions, le secret de leurs déclarations.

Recherches sur l'histologie pathologique de la maladie de Heine-Medin. — M. Georges MARINESCO (de Bucarest) vient exposer le résultat de ses recherches histo-pathologiques sur la maladie de Heine-Medin. Il fait sa démonstration au moyen d'admirables planches en couleurs. L'intérêt de son exposé lui a valu d'être écouté dans un silence que l'on observe trop rarement à l'Académie.

La conjugaison de la pouponnière et du centre d'élevage en puériculture. — M. MOURIER, étudiant le fonctionnement de la pouponnière d'Antony, expose les excellents résultats obtenus en 1927 : sur 1.246 enfants, la mortalité qui atteignait 30 à 40 p. 100 dans les années qui suivirent la guerre est tombée à 15 p. 100 en 1925 et 1926. Elle s'est abaissée de plus de 7 p. 100 en 1927 pour se tenir à 9,22 p. 100, inférieure à la mortalité infantile en France qui atteint 12 p. 100.

La dilatation bronchique des gazés. — MM. BONNAMOUR et BADOLLE.

Vaccination et variolisation en Haute-Volta. — M. J. LEGENDRE. La variole, autrefois commune, ne se voit plus qu'en petits foyers vite éteints. Les indigènes la prévenaient autrefois par la variolisation qui provoque une variole bénigne avec 1 à 2 p. 100 de mortalité. Les Français y ont substitué la vaccination avec du vaccin frais obtenu sur place sur génisse, d'activité variable de conservation brève, de transport difficile. Le vaccin sec de France est préférable pour son activité égale, sa longue conservation, sa facilité de transport. Le vaccinateur peut le mettre dans sa poche, comme un tube de comprimés de quinine.

L'immunité par la variolisation ne dure pas plus que celle par vaccination. Sur 3.200.000 habitants de la Haute-Volta, il faut compter 320.000 individus à vacciner ou revacciner chaque année. L'auteur recommande son procédé économique de vaccination aux épingles.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes dans les névrites graves et la paralysie infantile. — M. LAQUERRIÈRE. Ce mode électrique peut être utilisé dans les névrites motrices et dans la paralysie infantile, dans les cas où l'on recherche les effets trophiques du courant continu, il y a alors l'avantage, étant moins irritant pour l'épiderme, de permettre des séances plus longues.

Mais il est surtout indiqué parce que, faisant contracter seulement les muscles les plus malades, il permet de leur faire réaliser un exercice utile sans que les muscles sains y participent.

Election d'un membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles). — Au premier tour de scrutin, M. Justin Jolly est élu par 64 voix sur 72 votants; M. Levaditi a obtenu 2 voix; M. Portier, 2 voix; M. Strohl, 1 voix; 3 bulletins blancs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1928)

Pouls lent permanent. Néphrite aiguë chez un hérédo-syphilitique. Amélioration par le traitement spécifique. — MM. A. MOUGEOT, SCHULMANN et A. LEMAIRE présentent un malade de vingt-huit ans, hérédo-syphilitique, hospitalisé pour une néphrite œdémateuse survenue à la suite d'une angine; il existait, en outre, un pouls lent permanent à 28, résultant d'une dissociation complète, comme l'ont prouvé les tracés. Sous l'influence d'un traitement novarsenical, l'albuminurie, qui avait résisté à la thérapeutique habituelle des néphrites, disparut, et le pouls passa de 28 à 45. La lésion qu'ils incriminent n'est pas hissienne, mais artéritique, et vraisemblablement de nature syphilitique.

Glukhorment et diabète. — MM. F. RATHERY et P. MOLLARET étudient l'action du glukhorment chez les diabétiques consomptifs légers. Les résultats thérapeutiques sont identiques à ceux obtenus avec la synthaline.

Le ballottement pulmonaire au cours des pneumothorax artificiels. — MM. RIST et F. HIRSCHBERG présentent quatre

porteurs de pneumothorax artificiels dont le moignon pulmonaire joue comme un battant de cloche dans la cavité pleurale. Dans les changements de position le moignon vient frapper la paroi thoracique antérieure où la main posée à plat la perçoit très nettement. Ce phénomène disparaît en cas de présence de liquide.

Endocardite streptococcique ulcéro-perforante. — MM. Ch. Achard et M. Hamburger rapportent un cas d'endocardite streptococcique survenue chez une femme de vingt et un ans qui venait de subir une appendicectomie. Brusquement elle fut prise d'une angoisse précordiale intense avec orthophée et cyanose. En même temps apparurent un souffle systolique et un frémissement cutané. La mort survint vingt-quatre heures après la crise. A l'autopsie, le ventricule gauche présentait sur la cloison médiane un orifice de perforation qui conduisait dans la cavité de l'oreillette droite.

Ce qui fait la rareté de ce cas c'est que la perforation siégeait dans la portion de l'espace de Peacock où le septum regarde d'un côté le ventricule gauche et de l'autre l'oreillette droite.

Sur un cas de bradycardie nodale. — MM. A. Mougeot et A. Lemaire montrent les tracés mécaniques et électriques d'un malade du service de M. M. Loeper. Il s'agit d'un pouls cliniquement régulier et constamment très rare, du type idio-ventriculaire. Les épreuves pharmacologiques donnent des réponses négatives et les tracés ne révèlent aucune activité auriculaire autre qu'une fibrillation dont la traduction graphique reste fort fruste.

Présentation d'un cas d'hérédo-syphilis osseuse et d'une maladie de Paget localisée à un tibia chez une syphilitique. — MM. H. Bénard, Fatou et Milhiet. Le premier malade, âgé de cinquante-sept ans, présente des localisations osseuses rappelant par leur morphologie et leur élection sur les deux tibias, la clavicule et le crâne, l'aspect général de l'ostéite déformante de Paget. Le sujet est hérédo-syphilitique à Wassermann positif. Les auteurs se demandent si l'hérédo-syphilis n'est pas responsable des lésions osseuses par une action dystrophique générale ou par l'évolution disséminée sur les os atteints de processus inflammatoires gommeux habituels.

Le deuxième malade est une femme de cinquante-deux ans atteinte de maladie osseuse de Paget localisée au tibia droit. Le début remonte à douze ans. L'intérêt de cette observation tient à ce que la malade est fortement suspecte de syphilis ancienne : le Wassermann type est négatif, Desmoullière positif atténué, mais le fils de la malade, vers la quinzième année, a été atteint de troubles psychiques graves à l'occasion desquels le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien ont été trouvés fortement positifs.

Syndrome de Stokes-Adams transitoire. Pause ventriculaire de seize secondes enregistrée par électrocardiogramme. — MM. M. Michel, M. Poumailloux et F. Pierre. L'amélioration s'est maintenue depuis deux mois, mais la régularité du cœur tend actuellement à faire place à de l'arythmie.

Malgré l'institution d'un traitement mercuriel, les auteurs ne pensent pas devoir lui attribuer la disparition de la dissociation complète, mais pensent plutôt qu'elle est la conséquence de l'amélioration du fonctionnement myocardique, peut-être aussi de la disparition d'un trouble circulatoire de la région interauriculo-ventriculaire (spasme ou artérite).

Cancer du poumon. — MM. L. Babonneix, Huguenin et A. Widiez rapportent l'observation d'un homme de cinquante et un ans, syphilitique et tuberculeux, et à l'autopsie duquel on a trouvé dans les poumons : 1° des nodules cancéreux de type muqueux ; 2° des masses caséifiées tuberculeuses. Ils discutent la question de savoir si ce cancer est secondaire à un cancer digestif, ou primitif, développé aux dépens des glandes muqueuses des parois bronchiques.

Trois cas de guérison clinique d'infarctus du myocarde. — M. Donzelot estime que l'on peut faire avec certitude le diagnostic de certains infarctus du myocarde, c'est-à-dire des infarctus à forme angineuse.

1° *Signes essentiels* : douleur angineuse prolongée et intense ; effondrement de la pression artérielle ; fièvre ; frottement péricardique inconstant.

2° *Signes accessoires* : troubles du rythme cardiaque ; troubles gastro-intestinaux ; troubles pulmonaires ; troubles électrocardiographiques.

Un cas de granulomatose maligne (sarcome atypique) chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse. — MM. G. Marchal, J. Moussoir et Tchou rapportent l'observation d'une granulomatose maligne ayant évolué vers la mort en deux ans et demi. Ils pensent que la granulomatose maligne consiste en une hyperplasie inflammatoire touchant au premier chef le système réticulo-endothélial et aboutissant à une déviation franchement cancéreuse.

Anaphylaxie et vésicule biliaire. — MM. Mussio Fournier, Garra, Rocca et Monestier (de Montévidéo).

Anémie aplastique. — MM. Mussio Fournier, Garra, Rocca et Monestier (de Montévidéo).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 5 janvier 1928)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux cas de tumeurs extramédullaires. — M. J. Jumentié projette les documents anatomiques et histologiques qui concernent deux cas de tumeurs extramédullaires. Le premier était un gliome radiculaire de la région cervico-dorsale, situé à la partie postérieure de la moelle, qui n'avait déterminé aucune dégénérescence secondaire dans la moelle : c'est là le cas le plus fréquent, et c'est ce qui explique les bons résultats qu'on peut escompter de l'opération.

La seconde observation se présentait comme très analogue à l'examen macroscopique ; cependant la tumeur était un peu plus dure et plus bosselée ; c'était un sarcome angiolithique, dans lequel on remarquait la présence de nombreuses épines ossifiées qui paraissaient provenir de la dure-mère. Dans ce deuxième cas, il y avait dans la moelle, au-dessus et au-dessous de la compression, des dégénérescences secondaires du même ordre que dans une myélite transverse.

M. Lhermitte signale qu'il a observé des métaplasies osseuses analogues chez les commotionnés de guerre. M. Cornil évoque la comparaison avec les hémicranioses ; M. Roussy avec les ossifications de la faux du cerveau.

M. Haguenau fait remarquer que, contrairement à ce qu'on pourrait penser, les tumeurs extradurales comportent un pronostic opératoire plus réservé que les tumeurs sous-durales : elles sont en effet diagnostiquées beaucoup plus tard que ces dernières, et sont, par suite, beaucoup plus volumineuses au moment où elles sont enlevées.

Lésions des glandes sébacées et du corps thyroïde dans l'encéphalite épidémique prolongée. — M. J. Lhermitte. On sait la fréquence de l'hypersécrétion sébacée dans les séquelles parkinsoniennes de l'encéphalite. Partant de ce fait, l'auteur a examiné dans deux cas de parkinsonisme les glandes sébacées de la peau, du visage et du cou, et il a pu reconnaître l'existence d'une hypertrophie des culs-de-sac glandulaires, leur bourgeonnement, ainsi que la dilatation des conduits excréteurs.

Dans un autre cas, l'auteur a pu mettre en évidence des lésions de thyroïdite subaiguë caractérisées par la proliféra-

tion des cellules vésiculaires, la polychromatophilie de la colloïde ainsi que sa fluidité anormale. La desquamation cellulaire est telle, dans certaines vésicules, qu'elle simule l'existence de nodules inflammatoires, comme Marcel Garnier l'avait déjà observé et figuré dans les thyroïdites subaiguës.

De telles lésions rendraient compte de certains symptômes basedowiens observés dans l'encéphalite.

M. Roussy fait observer que, avec M. Clunet, il a examiné des glandes thyroïdes dans la maladie de Parkinson sénile, et qu'il n'y a jamais rien observé de semblable.

Sympathome utérin (neuro-myome artériel). — MM. G. Durante et Lemeland rapportent l'étude histologique d'un cas de tumeur endo-utérine qui s'était développée deux ans après l'expulsion d'une môle. L'histoire de la malade et l'aspect macroscopique rendaient vraisemblable l'hypothèse d'un déciduome malin. Or, l'examen histologique indique, selon les points de la tumeur, des aspects extrêmement polymorphes qui ne permettent de retenir, ni le diagnostic de déciduome malin, ni les diagnostics d'épithéliome, de myome, de sarcome. Mais les imprégnations à l'argent y montrent, en particulier au pourtour des vaisseaux, de nombreux éléments argentophiles allongés, quelquefois même ramifiés, qui ressemblent à des éléments cylindraxiles. Bien qu'on ne connaisse pas de glomi dans le tissu utérin, les auteurs établissent une analogie avec les « neuro-myomes artériels des glomi sous-cutanés » décrits par Masson; ils croient, en tout cas, à une néoformation du réseau sympathique plasmodial périvasculaire. M. Durante trouve, dans l'étude de ce fait, des arguments en faveur de l'opinion qu'il a soutenue il y a vingt-cinq ans sur l'histogénèse du cylindraxe, et estime que les images observées ne sont pas compatibles avec la théorie du neurone.

M. Lhermitte pense que, à côté des éléments nerveux, certains éléments collagènes ou élastiques ont pu fixer l'argent. Il discute l'origine de la tumeur et l'interprétation qu'en donne M. Durante contre la théorie du neurone.

Un cas d'aphasie chez un polyglotte. — M. Minkowski (de Zurich) rapporte le cas d'un Suisse dont la langue maternelle était le patois suisse, qui avait fait ses études en langue allemande, et qui avait passé quelques années de sa vie en France. Frappé d'aphasie, il recouvra d'abord l'usage de la langue française, seulement plus tard celui de la langue allemande, et en dernier lieu celui du patois suisse. L'auteur attribue l'ordre exceptionnel dans lequel s'est faite cette récupération à l'élément affectif qui restait attaché, chez ce malade, à ses souvenirs de France.

Classification et dénominations des tumeurs méningées. — M. L. Cornil fait l'historique des diverses conceptions qui ont amené à créer les termes de psammome (Virchow), d'endothéliome, de méningiome (Cushing) ou de mésothéliome arachnoïdien, enfin de « méningoblastome » (Masson et Oberling). Il en fait la critique, et il propose une classification simple en trois variétés : les tumeurs méningées de type neuro-épithélial (« méningoblastomes » de Masson) développées aux dépens de la méninge molle — les gliomes périphériques développés sur des racines — et les tumeurs méningées de type conjonctif développées aux dépens de la méninge dure et qui peuvent subir une évolution bénigne, fibreuse, ou une évolution maligne, sarcomateuse.

Recherches expérimentales sur les centres bulbo-laryngés. — MM. Ivan Bertrand et Truffert ont d'abord cherché à réaliser expérimentalement une paralysie des dilatateurs laryngés dans son type le plus pur. Ils n'y sont pas parvenus chez le chien, mais ils ont réussi chez le jeune chat.

Dans la seconde partie de leur travail, les auteurs ont cherché à préciser les altérations rétrogrades bulbaires qui pouvaient résulter des troubles ainsi déterminés.

La section des dilatateurs entraîne, au niveau du plancher bulbaire, une légère atrophie du noyau de l'aile grise et un aspect un peu grêle du faisceau solitaire.

C'est la section du nerf récurrent qui entraîne les plus fortes modifications. Le noyau de l'aile grise homologue présente un véritable aspect cicatriciel, on ne distingue plus les limites habituelles entre ses divers constituants, les noyaux dorsaux à grandes et à petites cellules, le noyau sensitif dorsal, le noyau rond. Si l'étude anatomique des noyaux du plancher dévoile leur complexité et laisse entrevoir la multiplicité de leurs connexions, il paraît impossible d'adopter une systématisation trop stricte. Il existe probablement, dans le noyau de l'aile grise, un centre moteur intriqué avec des éléments autonomes. Il est impossible de retrouver dans les centres laryngés bulbaires la différenciation morphologique primitive; il faut l'admettre comme un tout anatomique qui fonctionne synergiquement selon un mode singulièrement complexe.

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1928)

M. Roussy cède le fauteuil (de la présidence pour 1928 à M. Laignel-Lavastine.

Un cas de spasme d'attitude du membre supérieur. — M. André-Thomas et Mme Long.

Un cas de tumeur de la moelle (chordome de la région cervicale). — M. André-Thomas. Le malade a été opéré par M. de Martel, qui a dû se contenter d'une ablation partielle à la curette. Le résultat fonctionnel est cependant bon, et se maintient tel depuis dix-huit mois.

Parkinsonisme persistant à la suite d'un traumatisme cranien. — MM. O. Crouzon, Robert Lévy et Justin Bezançon présentent un malade atteint d'un syndrome parkinsonien avec hémi-tremblement consécutif à un traumatisme cranien. Les faits de ce genre sont rares, et surtout il est exceptionnel que le rôle étiologique du traumatisme paraisse aussi nettement avéré. M. Crouzon a déjà rapporté une observation analogue avec M. Baruk. M. Souques, M. Alajouanine ont vu des cas semblables. MM. Roussy, Lhermitte, sans méconnaître la liaison qu'on doit admettre, au point de vue légal, entre le traumatisme et le parkinsonisme, ne pensent pas qu'on puisse concevoir une relation étiologique. Le traumatisme et l'émotion qui l'accompagne (Tinel) ont plutôt un rôle révélateur.

Tumeurs intrarachidiennes. Écart intermédiaire entre le lipiodol supérieur et inférieur. — MM. Sicard et Haguenau insistent, à propos de quatre nouveaux cas de tumeurs intrarachidiennes opérés avec succès par Robineau, sur la valeur diagnostique de l'écart intermédiaire entre les deux limites lipiodolées : lipiodol injecté par ponction cervicale haute, la radiographie étant prise en attitude verticale du malade, et lipiodol injecté par voie lombo-sacrée, la radiographie étant faite en attitude inverse très déclive, tête basse.

Dans ces conditions et sous des incidences méthodiques, il est possible d'apprécier les dimensions de la tumeur. La constatation d'un grand écart intermédiaire (10 ou 12 centimètres) est en faveur d'une localisation néoformative épidurale, et celle d'un petit écart intermédiaire (3 à 4 centimètres) est le témoin fréquent du développement sous-dure-mérien de la tumeur. Un écart intermédiaire très réduit avec quasi-affrontement des deux limites lipiodolées paraît indiquer une symphyse annulaire méningée et non une néoformation tumorale.

En règle générale, et contrairement à l'opinion classique, la guérison post-opératoire est plus rapide pour les tumeurs sous-dure-mériennes que pour les tumeurs épidurales. Ce

sont ces dernières qui prédisposent aux troubles trophiques, particulièrement lorsqu'elles sont latérales.

L'aspect en « dôme » ou en « casque » du lipiodol rachidien. — MM. SICARD et HAGUENAU montrent, sur une série de radiographies, que si la forme en « dôme » ou en « casque » de l'arrêt lipiodolé est fréquemment la preuve d'une tumeur sous-durale, une telle figure peut cependant se rencontrer, à titre exceptionnel, au cours des productions tumorales épidurales. Néanmoins, lorsque la néformation apparaît encadrée par deux lipiodols « concaves » ou « en croissant », après les deux épreuves de bas en haut et de haut en bas, le diagnostic de localisation sous-durale est de quasi-certitude.

Tumeur médullaire. Laminectomie. Guérison. — MM. VINCENT, DENÉCHAU (d'Angers) et Mlle RAPPOPORT. Le malade, un homme de quarante ans, a présenté, en 1919, une monoplégie crurale gauche, qui s'est transformée en paraplégie en 1920. A la suite d'un traitement par l'arsénobenzol, la paraplégie disparut et le malade resta guéri pendant trois ans. En 1923, la paraplégie reparut, et s'aggrava progressivement jusqu'en 1926. A cette date, le diagnostic de compression en L, ayant été posé cliniquement et vérifié par l'épreuve du lipiodol, le malade fut opéré par M. de Martel. Il s'agissait d'un psammome extradural de 5 centimètres de longueur, qui comprimait la moelle au niveau des troisième et quatrième segments dorsaux. Extraction sous anesthésie locale par Th. de Martel. Retour des fonctions en quelques jours.

L'histoire clinique de ce malade comporte plusieurs enseignements :

1° Ce fait démontre une fois de plus que des troubles nerveux très prononcés peuvent disparaître sous l'influence du traitement spécifique sans avoir cependant aucun rapport direct avec la syphilis;

2° Il peut exister des tumeurs extradurales, qui compriment la moelle en donnant une forte réaction méningée, mais sans grande hyperalbuminose;

3° Dans certaines tumeurs extradurales qui compriment la moelle dorsale supérieure, il peut exister deux zones de troubles de la sensibilité, une inférieure s'arrêtant plus ou moins haut sur l'abdomen, à limite imprécise; une supérieure en bande très nette.

Entre ces deux zones, il existe un territoire cutané où la sensibilité est normale;

4° La présence d'une douleur radiculaire, associée à une douleur dans le membre inférieur du côté opposé, aurait pu, dès le début de la maladie, faire soupçonner une compression médullaire.

M. HAGUENAU a observé des faits semblables d'amélioration par le traitement spécifique dans des tumeurs médullaires. MM. BABINSKI, BAUDOUIN relatent qu'ils ont constaté des erreurs du même ordre, provoquées par le « traitement d'épreuve » dans des tumeurs cérébrales. Brissaud avait déjà attiré l'attention sur ce point.

Dysgraphie hypertronique et syndrome de Parinaud chez un pseudo-bulbaire extrapyramidal. — M. ALAJOUANINE, Mme SCHIFF, MM. SCHIFF et MONTASSUT présentent un malade âgé de cinquante-six ans, atteint, depuis six ans, de façon progressive, d'une hypertonie à type extrapyramidal qui a déterminé des altérations spéciales de l'écriture, un syndrome pseudo-bulbaire et des troubles de la motilité oculaire. Ceux-ci réalisent l'aspect classique du syndrome de Parinaud. Les auteurs soulignent les rapports qui relient le syndrome pallidal et le syndrome parkinsonien. Ils insistent sur l'intérêt du trouble de l'écriture, analogue à la crampe des écrivains, qui a été la première expression de l'hypertonie. Ils attirent l'attention sur le syndrome de Parinaud, qui, dans ce cas, comporte une conservation des mouvements automatico-réflexes de verticalité du regard dans la flexion et l'extension de la tête, et l'apparition de déplacements volontaires des globes oculaires à partir de leur position déterminés, par le mouvement synergique, ce qui permet d'envisager la nature hypertonique du trouble oculaire, comme dans l'observation rapportée précédemment par MM. Alajouanine. Delafontaine et Lacan.

M. LHERMITTE rappelle que, avec M. Bollak, il a vu des cas de syndromes de Parinaud qui se trouvaient liés, non à une lésion des tubercules quadrijumeaux, mais à une lésion plus haut située, sous-thalamique. L'étude des mouvements automatico-réflexes permettra peut-être de mieux dissocier ces deux types de syndromes anatomico-cliniques.

Un cas d'alexie traumatique. — MM. H. BARUK, J. BERTRAND et E. HARTMANN montrent une malade qui, après une blessure cranio-cérébrale par balle de revolver, a présenté une alexie pure complète, qui persiste depuis trois mois, avec une hémianopsie latérale homonyme. Des mensurations, combinées avec des radiographies suivant des incidences diverses ont permis de reconstituer le trajet du projectile de la façon suivante : celui-ci a pénétré au niveau du bord inférieur du lobe occipital au ras de la face inférieure du cerveau, et paraît être située actuellement immédiatement au-dessous du bourrelet du corps calleux.

Les auteurs discutent l'intérêt de cette observation au sujet de la localisation de l'alexie, qu'ils rapportent principalement, dans ce cas, à l'atteinte de la inférieure du cerveau au niveau des circonvolutions temporo-occipitales.

Protraction de la langue avec atrophie des masticateurs, conséquence de l'encéphalite épidémique prolongée. — MM. Jean LHERMITTE et KYRIACO. Chez deux sujets, les auteurs ont observé la contracture spasmodique des génioglosses survenant à tous moments dans le cours de la journée. Que le malade parle, mange ou soit au repos, la mâchoire inférieure s'abaisse en même temps que la langue est projetée vigoureusement en avant; puis les mâchoires se resserrent légèrement, étranglant la langue en son milieu.

Cette propulsion de la langue gêne considérablement l'exercice de la parole, de la mastication, de la déglutition. Pendant le sommeil elle cesse complètement.

Pour s'opposer à ce mouvement involontaire, les malades usent de subterfuges variés; l'un place un cure-dent entre les mâchoires, l'autre appuie son index sur la joue et parfois refoule celle-ci entre les arcades dentaires. De cette façon, le spasme lingual est jugulé.

Chez un autre sujet, ce spasme lingual s'associait à une atrophie très manifeste des élévateurs de la mâchoire inférieure, atrophie qui a été signalée dans ces états par Henri Robin et J. Lhermitte.

MM. CORNIL, LAIGNEL-LAVASTINE rapportent avoir observé des cas analogues.

Comportement du réflexe plantaire au cours du sommeil dans un syndrome extrapyramidal. — M. TOURNAY rapporte le cas d'un syndrome de Little, qui réalisait le tableau de l'athétose double, et dans lequel on trouvait le réflexe plantaire en flexion des deux côtés. Au cours du sommeil le réflexe plantaire se faisait en extension, et, pendant le passage de l'état de veille à l'état du sommeil, l'extension apparaissait tout d'abord du côté droit, où prédominent les raideurs.

Torticolis spasmodique, spasmes de la langue, dyscinésies de décérébration du membre supérieur droit. Remarques sur les dyscinésies d'automatisme et d'attitude. — MM. L. CORNIL et CHALNOT rapportent une observation et présentent les photographies d'un cas où se trouvait réalisée l'association de spasmes multiples : torticolis droit avec gestes automatiques, protraction spasmodique de la langue du même côté, et dyscinésie de décérébration du membre supérieur gauche.

Les mouvements anormaux apparaissent nettement dans

certaines attitudes, mais sont aussi accentués par l'automatisme de la marche, ce qui incite les auteurs à différencier ces *dyscinésies d'attitude* de Crouzon et Alajouanine, des troubles moteurs pour lesquels ils proposent le nom de *dyscinésies d'automatisme*.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1927)

Les réactions thermiques du barbiturisme. — M. André Tardieu observe que l'intoxication aiguë ou subaiguë par les dérivés de la malonylurée (véronal, etc.), volontaire ou accidentelle, se traduit par des syndromes cliniques dont l'extrême variabilité s'étend à la réaction thermique. Il y a lieu de distinguer : 1° Le carus barbiturique avec stertor, anurie et parfois rythme de Cheynes-Stokes qui comporte souvent l'azotémie avec hypothermie concomitante; 2° Le coma vigil et les psychoses aiguës dont l'expression clinique (onirisme) est voisine de celle de l'alcoolisme aigu avec réaction fébrile inconstante, parfois hyperthermie; 3° La léthargie barbiturique qui peut réaliser le syndrome de l'encéphalite épidémique (salivation, myoclonies, ophtalmoplégie externe nucléaire subaiguë, asthénie et fièvre). Cette forme se prête plus spécialement à l'étude de la fièvre toxique (analogies avec l'intoxication par l'acide cyanhydrique à faible dose); 4° Les toxidermies où la fièvre en rapport direct avec l'intensité et l'étendue de l'éruption est explicable, soit par le biotropisme de Milian, soit par l'hypertonie du sympathique vrai; 5° Le barbiturisme apyrétique et ses formes larvées simulant la paralysie générale progressive, les tumeurs cérébrales, la sclérose en plaques ou le syndrome cérébelleux.

En dehors des cas de toxidermie, la fièvre barbiturique relève de l'imprégnation des centres nerveux mésocéphaliques par les produits de désintégration dans l'organisme de l'hypnagogue ingéré, dont l'action est comparable à celle que provoque expérimentalement l'injection d'urate-acide de soude.

Doit-on opérer toutes les fistules à l'anus. De la fréquence de celles-ci comme manifestation initiale de la tuberculose. — M. Lop (de Marseille). On ne doit pas conclure que tout traitement chirurgical doit être banni, mais il est certain que l'on doit se montrer très réservé et se souvenir que, dans grand nombre de cas, la fistule constitue un exutoire qui n'est pas sans intérêt à conserver pour certains malades.

Il ne s'agit évidemment que des fistules dites « spontanées ».

Vingt années de pratique du paludisme. Son traitement. — M. Lop (de Marseille) donne une étude du traitement du paludisme dont voici le schéma :

Pendant la période aiguë : quinine intraveineuse ou intramusculaire avec adrénaline per os.

Réserver le quinquina (extrait, poudre) aux convalescents.

Donner également des arsenicaux (cacodylates) intramusculaires, sans dépasser $0^{g}50$ par jour. Quant au paludisme quino-résistant, penser à la syphilis; se méfier surtout du type rémittent, même quotidien, du stade secondaire de la spécificité. Faire toujours le Bordet-Wassermann.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU MARDI 13 DÉCEMBRE 1927)

Les altérations des œufs (rapport). — M. Jacques Cartier. Le paratyphique B peut se développer dans l'œuf et, à côté de

lui, peuvent se rencontrer d'autres espèces pathogènes : B. du groupe coli; B. pyocyanique; streptocoques; microbes de la putréfaction. Les moisissures sont fréquentes.

L'auteur expose les modalités de mécanisme de l'infection des œufs et il conclut que dans les grandes villes, où les œufs affluent des pays même les plus lointains, il convient d'exercer un contrôle rigoureux, s'étendant aux préparations d'œufs, tandis que doit être poursuivie, à l'origine, l'amélioration des conditions de ponte, de récolte, de commerce et de conservation.

Les altérations du pain. — MM. Urbain et Barotte.

Fraudes alimentaires et lumière — M. Foveau de Courmelles.

Contribution à l'étude de la toxicité de certains champignons du genre amanite. — MM. Crétien et Leblois apportent leur contribution à l'étude de cette question et montrent que des diverses amanites éprouvées, seule l'amanite phalloïde manifeste une certaine toxicité à l'égard du chien.

Ce pouvoir toxique disparaît du champignon soumis à l'épreuve du blanchiment, en eau ordinaire ou acétique, puis égoutté et lavé, mais se retrouve dans le seul liquide de cuisson en eau ordinaire.

Le chlorure de calcium sucré en injections intraveineuses phlébophiles. — M. Georges Rosenthal utilise la solution suivante, par voie endoveineuse :

Chlorure de calcium	0,20 à 1 gr.
Eau glucosée à 30 p. 100 ou saccharosée à 100 p. 100	2 à 10 cc.

(pour une ampoule)

soit une solution au dixième. Il a pu en vérifier l'innocuité expérimentale et clinique. La loi de la tolérance de l'endoveine à l'excipient sucré posée par lui en 1918 trouve ici une nouvelle confirmation qui aura comme conséquence de multiplier les applications des recherches de Rist, Ameuille et Ravina sur le traitement des diarrhées des bacillaires par le Ca Cl en injections intraveineuse (*Soc. méd.*, 1921).

Recherches expérimentales sur l'occlusion intestinale. — M. Léon Binet.

Contribution à l'étude de l'aspergillose expérimentale. — M. Leblois.

La malariathérapie (piroplasmothérapie) en médecine vétérinaire. — MM. les professeurs Panisset et Vergé ont fait des expériences de piroplasmothérapie dont les résultats sont encourageants.

NOTES DE PRATIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	$0^{gr}40$
Jalap } Gomme-gutte }	$0^{gr}15$

En 2 paquets. A prendre à 20 minutes d'intervalle. Renouveler tous les 10 ou 15 jours.

3° Pendant 15 jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 g. K I pour 300 g. d'eau distillée).

4° Pendant les 15 jours restants, prendre, matin et soir,

1 cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de pathologie interne (1), publié sous la direction de E. ENRIQUEZ, A. LAFFITTE, Ch. LAUBRY, Clovis VINCENT. Tome II (première partie). Directeur : A. Laffitte. *Maladies du foie et des voies biliaires, maladies du pancréas, maladies de la nutrition. Intoxications*, avec la collaboration de MM. P. A. CARRIÉ et A. LEBLANC.

La première partie du tome II du *Nouveau traité de pathologie interne* vient de paraître. Sa rédaction, dirigée par Laffitte a été faite en collaboration avec P. A. Carrie et A. Leblanc. Elle traite des maladies du *foie*, des *voies biliaires* et du *pancréas*, des *maladies de la nutrition* et des *intoxications*. La deuxième partie, qui a été faite en collaboration avec E. May et Claude Gauthier, et qui traite des maladies des *reins*, de la *rate* et des *glandes endocrines* paraîtra sous peu.

Dans les chapitres consacrés aux maladies du *foie*, les auteurs ont mis au point tous les aperçus nouveaux, qui, au cours de ces dernières années, ont plus ou moins modifié la conception que l'on avait de ces maladies. Nous ne pouvons citer ici que quelques chapitres, ceux, par exemple, où sont exposées les méthodes nouvelles d'examen et de traitement qui ont renouvelé la description des *cholécystites*, les nombreux aspects cliniques que peut revêtir la *syphilis hépatique*, et les problèmes, tant physiologiques que cliniques que soulève la question des *ictères* et qui, par les solutions actuellement proposées, tendent à transformer ce chapitre de pathologie.

Les notions biochimiques, nécessaires à la compréhension du *diabète sucré* sont exposées avec soin, et, dans le chapitre important où est étudiée cette maladie, après une claire description de ses symptômes et de ses complications, une large place a été consacrée à son traitement et particulièrement aux méthodes thérapeutiques nouvelles qui en ont transformé le pronostic. Une large place a été également réservée aux maladies dites par *carence* et au problème des *avitaminoses*. Dans les pages réservées aux « intoxications », les auteurs ont justement consacré de longs développements aux intoxications d'origine médicamenteuse, plus particulièrement à celles qu'on observe dans l'application des traitements spécifiques : arsenic, mercure, bismuth : le praticien y trouvera toutes les précautions que l'on doit prendre pour les éviter, et les mesures diverses que leur apparition peut nécessiter.

Ce volume, rédigé dans le même esprit que le tome Ier de cet ouvrage est assuré du même succès. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 23 février. — Jury : MM. Ménétrier, président; Bernard, Sergent et Debré. — M. NAZARIAN. Le tréparsol dans les affections intestinales. — Mlle PAUC. De quelques médecins. — M. TOUBIANA. Les névralgies ano-rectales.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lecène, président; Rathery, Moussu, Coquot et Robin. — M. BERCOFF. Arthrites du pied chez l'espèce bovine. — M. LELEU. Rupture de l'estomac dans l'indigestion du cheval.

Vendredi 24 février. — Jury : MM. Roger, président; Carnot, Couvelaire et Lévy-Solal. — M. STIEFFEL. Contribution à l'étude des hémoglobinuries. — M. BEAUFILS. Etude du pronostic et du traitement de l'anémie pernicieuse. — Mlle HIRSCH. Douleurs cellultiques et ménopause.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Vallée et Panisset. — M. MABILAIS. Etude sur la fièvre aphteuse.

Samedi 25 février. — Jury : MM. Brindeau, président; Bezançon, Chabrol et Vaudescal. — M. DUPUIS. Etude de la peptonothérapie par voie buccale dans l'asthme.

(1) Un volume gr. in-8 de 900 pages, avec 90 figures dans le texte et 8 planches en couleurs hors texte. — Prix : relié, 150 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

INFORMATIONS

(SUITE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE du professeur PORTMANN. — *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Ce cours aura lieu, sous la direction du professeur Portmann, du lundi 27 février au jeudi 8 mars 1928.

Il comprendra : des conférences théoriques sur l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique des affections de l'œsophage; des exercices pratiques sur le cadavre et les chiens chloralosés; et des examens de malades.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — ASSOCIATION ALSACIENNE ET LORRAINE CONTRE LA TUBERCULOSE. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires. — Voyage d'études à la station climatique et héliothérapique de Leysin (Suisse).* — Le cours comprendra deux parties :

La première organisé à la Faculté de médecine de Strasbourg par le docteur E. Vaucher, chargé de cours à la Faculté aura lieu à Strasbourg et dans les sanatoria de la région, du lundi 8 au jeudi 25 octobre 1928, avec la collaboration des docteurs Bauer, médecin-chef du sanatorium du Parc, à Davos; Michel-Léon Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris; Léon Blum, Canuyt, Géry, Leriche, Merklen, Rohmer, professeurs à la Faculté de médecine; Gunsett, Terracol, chargés de cours et agrégés à la Faculté; Belin, directeur des services d'hygiène de la ville de Strasbourg; A. Brion, médecin-chef de l'hôpital-sanatorium Saint-François; Schwartz, médecin-chef de l'hôpital civil de Colmar; Allenbach, médecin-chef de l'hospice Stéphanie; Fath, Goehrs, Heitzmann, Lienhardt, Weyrich, Wohlhuter, médecins des sanatorias de la région; Boeckel, directeur de la policlinique urologique de la Faculté de médecine; Woringer, chef de laboratoire à la Faculté; Ohlmann et Schaaf, radiologistes à la Faculté; Foncin, Froelich, Kaufmann, van Caulaert, Wolf, anciens chefs de clinique chefs de laboratoire et assistants à la Faculté; Strauss, secrétaire général du Comité de propagande d'hygiène sociale; Tempé, chef de travaux à la Faculté.

La seconde sera un voyage d'études organisé par les médecins de la station climatique de Leysin, qui aura lieu du vendredi 26 octobre au jeudi 1er novembre 1928.

Droit d'inscription : 350 fr. S'inscrire auprès du docteur Vaucher, 8, quai Finkwiller, Strasbourg.

LES ÉLECTIONS ET LE PROBLÈME DES NAISSANCES. — « Tous les candidats, de droite, ou de gauche, ou de milieu, qui ne placeront pas le problème démographique en tête de leur programme seront ou des aveugles, ou des insouciants, ou des fous, ou des ignorants. Et quant aux patriotes qui négligeront la *difficulté essentielle*, de ce seul fait, leur patriotisme sera *exactement* équivalent à l'antipatriotisme des autres à mettre dans le même sac. » (*Animateur des temps nouveaux*, 3 février 1928).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 15. — MERCREDI 22 FÉVRIER 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 22 FÉVRIER 1928. — N° 15.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Admissibilité.* — Le jury est provisoirement composé de MM. René Bénard, Brouardel, Fiessinger, Tixier et Lesage, qui acceptent; Pissavy, Jousset, Dalché, Guillemot, Teissier, Hudelo et Villaret, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. les docteurs Feuillié, Heuyer, Rouillard, Tzanck, Léon-Kindberg, Alajouanine, de Gennes, Jacob.

Liste des candidats : MM. les docteurs Hirschberg, Weismann, Baruk, Deschamps, Isaac-Georges, Haguenau, Carrié, Boulin, Meyer, Paraf, Ravina, Mme Fontaine, née Bertrand, MM. Turpin, de Brun de Bois-Noir, Janet, Chevalley, Garcin, Coste, Péron, Decourt, Prieur, Hillemand, Schulmann, Pichon, Lelong, Pollet, Bocage, Marceron, Rimé, Le Clerc, Mouquin, Nicaud, Froment, Terris, Bariéty, Lefèvre, Levesque, Thévenard, Plichet, de Massary, Rachet, Bith, Ollivier, Girot, Basch, Périsson, Debray, Bascouret, Gutmann, Clément, Libert, Darquier, Jacquelin, Mouzon et Christophe.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité : MM. les docteurs Bith, Boulin, Carrié, Chevalley, Haguenau, Jacquelin, Mouquin, Nicaud, Paraf, Ravina, Schulmann et Turpin.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 13 février. — Questions données : « Anatomie macroscopique de la tête du pancréas. — Les pancréatites aiguës. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le ministère de l'Instruction publique communique la note suivante au sujet de quelques critiques qui ont été formulées contre la nomination de M. Champy comme professeur, en remplacement de M. Prenant, décédé :

« Le ministre de l'Instruction publique précise que la nomination de M. Champy à la chaire d'histologie a été faite dans les conditions les plus irréprochables et, comme il convient, en dehors de toute considération politique.

Conformément aux usages, ont été consultés tour à tour la Faculté, qui a proposé M. Verne, et la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui a proposé M. Champy.

Pour s'éclairer sur les mérites comparés des deux candidats, le ministre a sollicité l'arbitrage de M. le professeur Gley, alors président de l'Académie de médecine. A cet arbitrage, il a conformé sa décision. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Viaud, ancien professeur suppléant de chaires de pharmacie et de matière médicale, est nommé professeur honoraire.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin général de 1re classe Girard.

Au grade de commandeur. — M. le médecin général de 2e classe de Fressine.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille en argent est décernée à MM. les docteurs Huguet et Tranier (de Marseille).

MARINE. — M. le médecin en chef de 1re classe Brunet est nommé médecin en chef de l'hôpital maritime de Brest.

M. le médecin principal Hamet est nommé chef des services médicaux du même hôpital.

INAUGURATION DU CENTRE RÉGIONAL ANTICANCÉREUX DE MARSEILLE. — M. Strauss, ancien ministre de l'Hygiène, a présidé dimanche la séance d'inauguration du Centre régional anticancéreux de Marseille qui occupe un pavillon de l'hospice Sainte-Marguerite. On sait que cette création, à laquelle M. Strauss a apporté tout son appui, est due aux professeurs Léon Imbert, directeur de l'Ecole de médecine, et Reynès.

M. le professeur Forgue (de Montpellier) a fait ensuite à l'hôtel de la Mutualité une remarquable conférence sur la prophylaxie du cancer.

XXIIIe RÉUNION DE L'ASSOCIATION DES ANATOMISTES. — Cette réunion aura lieu les 2, 3 et 4 avril 1928 à Prague. Des avantages considérables ont été consentis par le Gouvernement tchéco-slovaque qui accorde la gratuité du visa, le voyage gratuit en 1re classe depuis la frontière tchéco-slovaque et le logement à Prague pendant trois jours.

S'inscrire avant le 1er mars auprès du Secrétaire général, M. le professeur Collin, 31, rue Lionnois, à Nancy.

IIe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE. — Le IIe Congrès des sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra à Marseille les vendredi 25, samedi 26 et dimanche 27 mai 1928. Des rapports seront présentés et discutés sur « Les spasmes vasculaires en oto-neuro-ophtalmologie ». Les rapporteurs sont MM. Bremer (de Bruxelles), Aubaret et Sedan (de Marseille) et Portmann (de Bordeaux).

Les communications devront porter uniquement sur des questions se rapportant au sujet indiqué ci-dessus; le titre de ces communications devra être adressé dès que possible au secrétaire général, le docteur E. Velter, 38, avenue du Président-Wilson, à Paris, et au plus tard le 15 mars 1928.

SERVICE QUARANTENAIRE D'ÉGYPTE. — Un concours est ouvert pour une place de médecin du service quarantenaire. Il est ouvert aux médecins âgés de vingt-cinq à quarante ans, connaissant au moins deux langues, dont le français ou l'anglais.

Appointements mensuels : 40 à 60 livres égyptiennes.

Adresser les demandes avant le 31 mars 1928 au président du Conseil quarantenaire d'Egypte à Alexandrie.

Pour tous les détails, voir le *Journal officiel* du 18 février 1928, p. 2001.

CHRONIQUE

LES ACCIDENTS DENTAIRES

Périodiquement, une série de décès, suite d'accidents dentaires, nous rappellent que les dents ne sont pas à l'abri de lésions dont les complications peuvent être graves; que la pathologie est une dans ses manifestations; qu'aucune de ses branches n'est exempte de possibilités mortelles; que toutes nécessitent pour leur exercice des praticiens éprouvés.

Et cependant on considère volontiers que ces affections dentaires sont de minime importance : la preuve en est qu'on n'a pas encore jugé à propos d'exiger des études sérieuses et complètes pour l'exercice de la spécialité qui s'y rapporte.

A la vérité, les accidents qui présentent des suites aussi graves sont l'exception. Mais il n'en conviendrait pas moins que les praticiens fussent à même de les dépister à temps pour les différencier de ceux qu'on observe d'ordinaire et intervenir à propos.

Entre l'accident banal, qui évolue franchement et favorablement, et celui qui va devenir grave, les différences sont le plus souvent subtiles : les signes, tant subjectifs qu'objectifs, sont équivalents, au moins en apparence ; leur discrimination est délicate; c'est presque une impression qui vous guide.

Cette impression est celle que le médecin clinicien ressent lorsqu'il examine son malade, qui souvent dicte son pronostic. Impression si l'on veut, parce que indéfinissable ou peu aisément définissable, mais tout de même précise en fait : elle est le résultat d'une longue pratique des malades et des malades de toutes les catégories.

Elle est en tous cas précieuse, puisqu'elle contribue pour une large part à dicter sa conduite au praticien, à déterminer l'intervention thérapeutique utile, indispensable même pour éviter les complications graves. C'est la faculté de la ressentir qui, à côté de la science nécessaire, fait en somme le véritable médecin.

Il l'a acquise, cette faculté, certes par l'étude approfondie de la pathologie, mais aussi et surtout parce qu'il a vécu longtemps auprès des malades, de tous les malades, dans les services de clinique de médecine générale où lentement, progressivement elle s'est imposée à lui.

Ce véritable médecin ne se laissera pas tromper par des apparences en présence d'un cas douteux en pathologie dentaire : il n'hésitera pas, ne perdra pas un temps précieux, fera immédiatement le geste libérateur.

Mais encore faut-il pour cela que le praticien qui exerce cette spécialité soit un véritable médecin. Nous entendons ainsi celui qui, pendant des études médicales complètes, a vu, soigné de nombreux malades de toutes sortes, a vécu chaque jour, pendant des années, de longues heures à l'hôpital, en un mot est un clinicien.

Il n'en est malheureusement pas ainsi pour la majorité de ceux qui pratiquent encore actuellement le désuet art dentaire.

A. HERPIN.

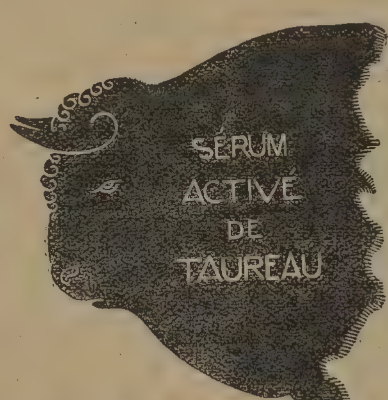
RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CHATEAU DE FLAMMERANS (Côte-d'Or). — Altitude : 205 mètres. Cure d'air et de repos. Prix modérés. — Notice sur demande.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — FOIRE INTERNATIONALE DE LYON. — La Foire de Lyon ouvre du 5 au 18 mars. A cette occasion, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés pour Lyon, par les gares des grands réseaux français à partir du 5 mars, sont valables jusqu'au 19 mars inclus.

Pour les exposants et leur personnel, il est prévu une durée de validité plus étendue. Les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 5 février au 18 mars sont valables jusqu'au 18 avril. Avant leur départ de Lyon, les intéressés sont tenus de faire timbrer, par la gare, leur certificat d'exposant ou d'employé d'exposant.


SÉRUM
ACTIVÉ
DE
TAUREAU

ÉTUDE PHYSIOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE
DE LA
SYMPATHECTOMIE PÉRIARTÉRIELLE

Par Ottorino UFFREDUZZI,

Directeur de l'Institut de pathologie chirurgicale de l'Université royale de Turin.

L'opération de Leriche, sympathectomie ou neurectomie péri-artérielle, est certainement le moyen le plus efficace que nous ayons, dans l'état actuel de notre technique et de nos connaissances, pour influencer l'afflux sanguin dans un territoire donné, et, en général, pour imprimer une forte secousse à tout le système vaso-moteur, elle a des répercussions importantes sur tout le système, mais qui vont en diminuant à mesure que l'on s'éloigne du point stimulé. Seule la section des rameaux communicants peut quelquefois donner une réaction plus évidente que celle de la sympathectomie.

L'action physiologique de la sympathectomie peut être démontrée expérimentalement et on peut la considérer comme relativement constante.

Elle consiste dans une intense vaso-constriction segmentaire, correspondant au segment d'artère décortiqué, qui s'étend à distance et plus intensément au réseau capillaire du territoire directement correspondant. Cette vaso-constriction est transitoire. Elle est suivie d'une forte vaso-dilatation qui correspond généralement au territoire sur lequel on a noté la vaso-constriction primitive et souvent a une extension beaucoup plus grande.

Ces faits ont obtenu la plus complète confirmation expérimentale plusieurs fois répétée.

1° La *vaso-constriction* peut être démontrée non seulement avec les banales données de l'observation clinique, mais aussi avec la vision directe au niveau de l'artère décortiquée qui souvent devient si petite qu'on peut difficilement la reconnaître. Dans le territoire correspondant on peut l'étudier avec les moyens suivants : dermatoscopie, plethismographie, thermométrie.

La *dermatoscopie* nous démontre les capillaires qui, en grande partie, se ferment à la circulation. Dans le champ microscopique on en voit un nombre très réduit, dans lequel le sang continue à circuler. On a l'impression que la lumière est réduite.

La *plethysmographie* démontre avec précision l'immédiate et forte réduction de volume du membre.

La *thermométrie*, soit qu'on la recherche à la surface avec un thermomètre plat, soit qu'on la recherche avec plus de précision, en introduisant dans le tissu sous-cutané une aiguille qui contient une soudure constantana-cuivre, est unie avec l'autre soudure du couple des piles thermo-électriques, maintenue dans un thermo à température connue et constante. Pour la détermination de la force électromotrice j'ai employé la méthode de compensation de Poggendorf en me servant de l'appareil galvanométrique de d'Arsonval pour les recherches sur les malades et d'un galvanomètre de Pashen pour les recherches sur les animaux. Par ce moyen on peut enregistrer des températures avec une sensibilité de 1/80 de degré. On peut enregistrer une diminution de 1°4 jusqu'à 1°7 dans les expériences sur l'homme et de 1°18 jusqu'à 1°25 dans les expériences sur le chien, même quand la vaso-constriction segmentaire n'a pas été très importante. Enfin, on peut l'observer même quand on fait la sympathectomie sur une artère précédemment ligaturée.

2° La *vaso-dilatation* peut être étudiée : avec la dermatoscopie ; avec la thermométrie ; avec l'examen microscopique de fragments de peau excisée en des parties symétriques du membre sympathectomisé et du membre qui n'a pas été touché.

Avec la *dermatoscopie* on peut voir les capillaires s'ouvrir en grand nombre à la circulation et on a l'impression d'une vraie dilatation vasale.

La *thermométrie* avec la technique très sensible exposée ci-dessus permet de relever des faits très intéressants. L'augmentation de la température n'est pas continue, mais elle a le caractère de vraies vagues vaso-motrices. Sans doute la moyenne se maintient plus élevée que dans le membre symétrique, mais en outre on peut reconnaître une extrême instabilité et une grande variabilité de la vaso-motricité. On peut, par exemple, observer momentanément du côté sympathectomisé une température moins élevée que du côté non opéré. L'hyperthermie est sensible aux variations du milieu (membre découvert, application de compresses chaudes ou froides).

L'hyperhémie qui est unie certainement à l'hyperthermie, même s'il n'y a pas toujours un parfait parallélisme entre les deux a, comme l'a démontré récemment Leriche, le caractère d'une hyperhémie active et non paralytique, les vaisseaux conservent le pouvoir de répondre aux sollicitations vaso-constrictives.

On peut enfin étudier les phénomènes de la sympathectomie en observant les effets que ces vagues vaso-motrices produisent sur le territoire en question et sur les phénomènes biologiques qui sont en cours de développement dans le territoire en question. L'action sur les phénomènes de réparation des plaies est bien connue depuis 1920. L'accélération des phénomènes de régénération dans les réparations des fractures a été démontrée depuis 1924 par moi et Mairano, confirmée par Palma et par d'autres.

L'influence sur les greffes de tissus vivants et fixés a été démontrée expérimentalement par moi, puis par Bertocchi de façon indiscutable.

L'influence sur les sécrétions a été démontrée surtout pour le rein (Dogliotti).

*
* *

Le *mécanisme* de ces phénomènes peut être expliqué par plusieurs hypothèses, mais on doit avouer que l'incertitude de nos connaissances sur la distribution et le parcours des fibres sympathiques en gêne beaucoup l'étude. Une des causes de l'incertitude où nous sommes se trouve dans le fait que l'on porte généralement dans l'étude de ce problème une mentalité formée à l'étude du système nerveux cen-

tral avec sa systématisation, qui est presque une schématisation des centres et des voies de conduction. Or, la systématisation fait vraisemblablement défaut dans la distribution du sympathique.

Pour expliquer cela, on peut prendre en considération deux hypothèses qui ne sont pas contradictoires et peuvent se compléter réciproquement. On ne doit pas oublier d'ailleurs que pour les membres il y a comme pour les organes un très grand automatisme, les centres nerveux périphériques tout près de l'organe ou dans son épaisseur suffisent pour assurer la fonction, et les fibres nerveuses qui arrivent des centres ont seulement une fonction de coordination, d'accélération ou de ralentissement des fonctions.

La première hypothèse suppose que le long des vaisseaux et indépendamment des nerfs périphériques passent essentiellement des fibres vaso-constrictives; le long des troncs nerveux périphériques essentiellement des fibres vaso-dilatatrices.

Cette hypothèse se base : 1° sur l'action vaso-constrictive de la stimulation du réseau nerveux péri-artériel; 2° sur le fait que la stimulation des nerfs périphériques au moins dans les membres ne donne presque jamais une vaso-constriction. On peut, en effet, constater avec la pléthismographie que dans le membre postérieur du chien la stimulation du nerf saphène et du nerf crural ne donne jamais de vaso-constriction, mais bien souvent une vaso-dilatation; 3° sur le fait, confirmé aussi par Krogh, que la section de tous les nerfs périphériques d'un membre ne soustrait pas complètement le membre à toutes les influences vaso-motrices auxquelles ne reste, pour rejoindre le membre, que le réseau périvasal.

Par contre, l'hypothèse ne correspond pas aux faits suivants bien démontrés :

1° Dans les réactions vaso-motrices, il n'y a pas limitation à un territoire défini, mais au contraire une très grande irrégularité de distribution.

2° L'excitation du vaisseau précédemment décortiqué donne encore le même phénomène qu'avant la décortication. On doit en conclure que l'interruption du réseau péri-artériel ne coupe pas les voies de conduction centrifuge.

La deuxième hypothèse conduit à admettre qu'il s'agit d'un réflexe essentiellement sympathique. La décortication représente une stimulation d'un tissu riche en fibres sympathiques et sensitives; du point stimulé par les voies centripètes sensitives la stimulation va aux centres nerveux et revient aux membres sous la forme d'impulsion au commencement, vaso-constrictive après sous forme de vagues vasomotrices hyperhémisantes, avec ouverture simultanée de toutes les voies capillaires et probablement aussi dans le sens d'une vraie vaso-dilatation; à ce point de vue la sympathectomie péri-artérielle se différait d'une stimulation quelconque, produite par une plaie ou par un traumatisme quel qu'il soit, seulement par quantité et par intensité. Presque tout le monde est d'accord que dans les phénomènes de la sympathectomie il s'agit plutôt de réflexes plus ou moins complexes, avec un arc plus ou moins compliqué et grand, mais toujours de réflexes et non de phénomènes d'influence directe sur le territoire d'exploration sanguine. L'extension et l'irrégularité du territoire dans lequel on peut relever les faits de réactions qui quelquefois s'étendent à toute la surface du corps en sont la preuve la plus sûre. Cependant en expérimentant on a l'impression que dans la sympathectomie il y a quelque chose de différent d'une commune stimulation exercée par une plaie quelconque; et la pléthysmographie ne donne jamais à l'incision de la peau quelque chose de semblable au résultat que l'on obtient après la sympathectomie. Nos connaissances ne nous permettent pas d'aller plus loin sur le chemin des explications, et il faut attendre que nos connaissances anatomiques et physiologiques nous permettent d'expliquer définitivement les phénomènes complexes que la clinique observe.

*
* *

Pour ce qui se rapporte à la technique de la sympathectomie périartérielle, nous avons expérimenté toutes les propositions qui ont été faites dans le but de systématiser l'opération, depuis la proposition de Brüning jusqu'à celles de Tanasesco, de Hertz, de Camera, ce dernier, avec une injection de solution de solution physiologique entre l'intima et la moyenne tend à faciliter la préparation du lambeau à exciser. Je dois avouer que je suis revenu à la technique primitive de Leriche, proposée déjà en 1917, c'est-à-dire à l'épluchage par lambeau de la gaine artérielle. La section simultanée du nerf saphène interne dans la sympathectomie périfémorale, d'après mon expérience, n'augmente, de manière appréciable, ni l'intensité ni la durée des phénomènes.

Mon expérience, enfin, n'est pas favorable à l'extension considérable du segment décortiqué : l'opération devient alors plus longue et plus complexe, demande plusieurs ligatures de rameaux secondaires et ne donne pas des effets plus importants.

*
* *

Nous avons vu les incertitudes des explications actuelles des phénomènes qui suivent la sympathectomie; l'existence même de ces phénomènes est désormais hors de question. Ces faits ont été enregistrés si souvent avec des instruments sûrs ou indirectement avec démonstration biologique des phénomènes secondaires qu'on ne peut les discuter. On peut affirmer que la sympathectomie est aujourd'hui le moyen le plus sûr qui soit à notre disposition pour influencer le flux sanguin dans un territoire donné, dans le sens d'une augmentation, en élevant la température locale et en améliorant le trophisme des tissus.

Pratiquement, le chirurgien doit donc choisir les cas, dans lesquels cette amélioration du trophisme local peut donner un résultat utile. Il faut surtout savoir choisir les cas, dans lesquels l'amélioration du trophisme, naturellement transitoire, peut être suffisante pour surmonter des conditions patholo-

giques, dont la cause n'est pas absolument permanente. Sans cela, passé l'effet de la sympathectomie, les conditions pathologiques se renouvellent fatalement. Plusieurs insuccès et désillusions de la sympathectomie tiennent simplement à ce que l'on a oublié ce qui vient d'être dit.

Il est évident qu'un phénomène transitoire, de trente à cinquante jours de durée, dans la majorité des cas, ne peut pas faire disparaître des lésions graves et anciennes, telle qu'une tuberculose osseuse ou articulaire. On aurait tort d'attribuer de tels insuccès à la sympathectomie. Il ne faut pas entreprendre une lutte avec des armes insuffisantes, cela ne veut pas dire qu'on ne doit jamais recourir à la sympathectomie dans la tuberculose ostéoarticulaire ou cutanée, mais il faut le faire dans le but d'obtenir des effets partiels très spéciaux, capables d'être obtenus en peu de temps, lorsqu'on croit que ces effets sont utiles à la conduite générale de la thérapie.

On doit retenir comme parfaite l'indication de la sympathectomie périartérielle dans les retards de consolidation, dans les troubles d'ossification et les maladies du cal osseux.

Mais, de toute évidence, il serait irraisonnable d'attendre un résultat quelconque lorsque le retard est dû à un obstacle mécanique. Par contre, quand le défaut d'ossification est dû à une cause générale, la sympathectomie a droit à la première place parmi les nombreux moyens hyperhemisants. Les résultats cliniques aussi bien que les données expérimentales sont dans cet ordre de faits tout à fait encourageants.

Il y a encore un champ d'études et d'observation très intéressants dans la possibilité de préparer avec la sympathectomie le terrain pour les greffes, dans le but d'en assurer la vitalité et la meilleure utilisation.

Même pour les greffes des tissus fixés, la préparation du terrain a souvent son importance dans la sympathectomie. Tous les phénomènes biologiques de la greffe sont accélérés, les phénomènes de préparation et de réparation sont plus rapides et plus complets. La réhabitation des parties greffées est plus étendue et plus prompte ; l'élimination des parties non utilisée est plus rapide.

Il est bien certain qae la technique des greffes a grand avantage à une préparation du terrain et je crois que cela restera une des plus sûres indications de la sympathectomie.

On peut en dire autant de l'efficacité de la sympathectomie, dans le but d'augmenter les ressources locales des tissus, qui doivent subir une opération lorsqu'elles sont rares ou atteintes de quelques facteurs pathologiques. Pour apprécier l'importance de cette indication, il suffit de rappeler les cas actuellement nombreux de gangrènes, surtout angiosclérosique, dans lesquels la sympathectomie a permis une amputation économique au lieu d'une amputation haute, par exemple, une amputation de Pirogoff au lieu d'une amputation de Gritti. Même dans les spasmes angiosclérotiques qui sont transitoires, la sympathectomie peut trouver une indication et, à ce propos, je dois dissiper une erreur, qui se rapporte à la crainte que la prolifération de l'intime puisse réduire encore la lumière du vaisseau déjà restreinte.

Mes recherches montrent que la prolifération de l'intime est toujours secondaire à des faits inflammatoires et infectives des tissus périvasculaires. Si le décours opératoire est parfaitement aseptique on ne trouve jamais des proliférations dans la paroi du vaisseau. La crainte même que la vaso-constriction initiale puisse avoir des fâcheuses conséquences dans les cas d'angiosclérose n'est pas justifié parce que dans les vaisseaux qui ont perdu l'élasticité des parois la vaso-constriction initiale est toujours petite sinon absente, ce qui d'ailleurs n'est pas un indice de réaction vaso-dilatatrice secondaire insuffisante.

Dans les ulcères variqueux il y a certainement indication de la sympathectomie à condition qu'une thérapie causale s'occupe de la maladie primitive. Ce sera quelquefois une thérapie antisyphilitique, plus souvent une thérapie chirurgicale.

Dans les ulcères Rœntgéniens, malgré les quelques succès rapportés dans la littérature, mon expérience est tout à fait défavorable. D'ailleurs l'indication est moins justifiée parce que les lésions des vaisseaux dans l'ulcère et dans les tissus qui l'entourent, sont telles que l'ulcère est peu accessible aux influences vaso-motrices.

Il n'y a pas de doute que dans le mal perforant plantaire on a souvent obtenu des résultats merveilleux, même dans les cas en rapport avec des maladies systématisées de la moelle. Même lorsque le résultat ne pouvait pas être durable, le résultat transitoire a été toujours très appréciable.

Ce n'est pas le cas de reprendre ici la discussion sur l'origine des ulcères trophiques après lésions des nerfs et de la causalgie, ni les discussions sur les modalités suivant lesquelles la sympathectomie agit dans ces cas. Mais il ne faut pas oublier que les premiers résultats ont été obtenus précisément dans des cas de cette espèce. Ma propre expérience est très favorable à ces indications, bien que parfois on ait un échec complet.

La maladie de Raynaud donne souvent des résultats favorables quoique transitoires. L'utilité peut être double, soit que l'on agisse directement sur la circulation périphérique du membre plus intensement atteint, soit qu'avec la secousse vaso-motrice causée par la sympathectomie péri-artérielle ou autre l'on cherche de modifier tout le régime vasomoteur en améliorant ainsi des faits pathologiques éloignés et sans rapports directs avec le terrain sur lequel on a opéré. Je me souviens par exemple d'un cas de maladie de Raynaud dans lequel une sympathectomie péri-humérale a fait disparaître pendant longtemps des phénomènes très pénibles d'asthme.

Je n'ai pas jugé utile d'énumérer ici toutes les indications de la sympathectomie qui sont du reste recueillies dans mon rapport de 1924 à la Société italienne de chirurgie. Je me suis borné à rappeler les indications que j'ai expérimentées le plus largement et avec le meilleur succès ou celles qui me semblent le plus digne d'étude.

Soit parce qu'elle vaut en elle-même, soit par l'impulsion qu'elle a donné aux études physiologiques et chirurgicales du système nerveux sympa-

thique, on doit considérer l'opération de Leriche comme une des plus importantes acquisitions de la chirurgie contemporaine.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LES RÉCENTES ÉPIDÉMIES A TRAVERS LE MONDE

Les récentes épidémies, heureusement circonscrites, de fièvre jaune dans l'Afrique occidentale et de choléra dans l'Irak ont donné un intérêt d'actualité aux discussions sur la fièvre jaune et le choléra pendant la dernière session de l'Office international d'hygiène publique.

L'extension de la *fièvre jaune* dans l'Afrique occidentale française a été bien précisée : en 1926, 53 cas au Sénégal, 2 au Dahomey, 2 dans la Haute-Volta; en 1927 (fin mai à mi-octobre), 151 cas au Sénégal, dont 104 suivis de décès. Des Syriens, récemment arrivés dans la colonie, ont été particulièrement frappés : 25 cas en 1926, 31 en 1927 pour un effectif total d'un millier. Vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène et dédaigneux des précautions recommandées contre la piqûre des moustiques, ils présentaient en outre la sensibilité au virus que l'on observe généralement chez les nouveaux venus. La fièvre jaune doit être considérée comme une maladie endémique dans l'Afrique occidentale. La population indigène a largement acquis une immunité spontanée; le virus se conserverait par des cas frustes chez les jeunes enfants. L'arrivée de contingents européens a été, à plusieurs reprises dans l'histoire de la maladie, l'occasion d'un réveil épidémique. La menace d'une extension au Nord de l'Afrique et au bassin méditerranéen ne paraît pas exister pour le moment. Les mesures prophylactiques classiques et une surveillance sanitaire serrée ont été mises en œuvre. Les données concernant l'Afrique occidentale française, dans les cas de fièvre jaune sont régulièrement communiqués à l'Office international d'hygiène publique, seront complétées lors de la prochaine session par des renseignements analogues sur les possessions anglaises, espagnoles, portugaises de l'Afrique occidentale et équatoriale, et sur le Congo belge.

Le *choléra* est apparu à la fin de juillet dans les ports du fond du golfe Persique, Abbadan, Bassora, Mohammerah. L'énergie des mesures défensives, prises immédiatement par les autorités sanitaires de l'Irak, la Syrie, la Palestine, l'Egypte, ainsi que de la Perse l'ont empêché de se propager le long des voies de communications terrestres et fluviales. En Irak, il n'a pas dépassé Remaldi sur l'Euphrate, Bagdad sur le Tigre (où il n'y a eu que 4 cas importés et 1 d'origine locale). En Perse, il a suivi le fleuve Karoun jusqu'à la région de Dizfoul. L'épidémie est actuellement terminée; il y a eu pour l'Irak 1.038 cas, dont 756 décès. Des services rigoureux de quarantaine ont été établis sur les routes dangereuses et la vaccination anticholérique a été exigée de toute personne se rendant dans les pays voisins. Cette vaccination a été pratiquée très largement dans les localités contaminées, notamment en Perse sur 40 p. 100 de la population menacée. La transmission de l'infection par des marchandises, telles que les dattes expédiées de Bassora, a été reconnue impossible, après vérification expérimentale.

L'Indochine a été fortement éprouvée en 1926 par le choléra qui a sévi dans tous les pays de l'Union. Le nombre des décès a atteint environ 15.000. L'épidémie est presque terminée. Elle eût été beaucoup plus grave sans l'extension de la vaccination anticholérique qui a été pratiquée sur plus de deux millions de sujets, plus du dixième de la population. La proportion des décès chez les vaccinés a été en Cochinchine de 0,79 p. 10.000.

La vaccination, soit par injection sous-cutanée, soit par ingestion de bilivaccin, a donné des résultats très encourageants dans l'Inde Britannique. Les recherches poursuivies dans ce pays sur l'agglutinabilité des vibrions cholériques authentiques et des vibrions primitivement non agglutinables ont montré que les premiers pouvaient perdre, et les seconds acquérir la propriété d'être agglutinés par les sérums anticholériques.

Des faits, posant des problèmes nouveaux au sujet de l'épidémiologie de la *peste*, ont été signalés. On s'accordait jusqu'ici à n'attribuer qu'un rôle presque nul à la souris domestique; sa puce habituelle ne semble pas capable d'inoculer le virus pesteux. Mais la coïncidence d'une épizootie des souris et d'une séric de cas humains vient d'être bien établie à Oran; d'autre part, dans les régions sablonneuses du Sud-Est de la Russie, les fourrages abritent quelquefois de nombreux cadavres de souris pesteuses, qui contamineraient l'homme soit directement, soit par l'intermédiaire des chameaux qu'elles infectent. Dans le même foyer d'endémicité, on a observé un porteur de bacilles pesteux, qui a semé la contagion autour de lui; des faits plus ou moins analogues ont été vus en Algérie, au Sénégal. Il importe de bien préciser pour l'avenir s'il existe des formes septicémiques de peste latente, sans symptômes et sans fièvre, qui se prêteraient à une contamination de l'entourage par l'intermédiaire des puces. C'est à de telles formes que s'appliquerait la dénomination de porteurs de germes; par contre, un bubon sans réaction vive n'est qu'une forme fruste de la maladie et les bacilles qu'il peut abriter ne paraissent guère susceptibles d'être disséminés. Enfin, la conservation de bacilles pesteux virulents dans le corps de la puce, en dehors de son hôte, a été constatée pendant des périodes de trois à quatre mois (Union de l'Afrique du Sud) et même de dix mois (Sud-Est de la Russie).

Les méthodes d'évaluation du nombre de rats infectant les navires ont été étudiées expérimentalement à Liverpool. La meilleure base a paru être la numération des crottes, sous la réserve qu'elles peuvent être très abondantes malgré le petit nombre de rats, et que les quantités varient largement sous l'influence du régime alimentaire des animaux. Néanmoins, les constatations faites à la station quarantenaire du port de de New-York ont montré que, lorsque les autorités avaient imposé la fumigation des navires en se guidant principalement sur les crottes découvertes, on avait relevé après l'opération une moyenne de 20,6 rats morts par navire, tandis que dans les cas où la fumigation n'avait pas été exigée, on ne trouvait que 1,29 rat mort par navire.

La *variole* et la *vaccination antivariolique* préoccupent très vivement les antorités d'hygiène de divers pays et les problèmes discutés ont été multiples. Il semble exister actuellement, à côté de la variole grave classique, un type bénin ou « alastrinique » (Suisse, Grande-Bretagne), dont le caractère ne justifie peut-être pas les mesures onéreuses de vaccination et surtout d'isolement que l'on continue, en général, à lui appliquer. Ce type est-il définitivement fixé, ou l'atténuation de son virus est-elle reversible? Le désir de réduire au minimum les préventions du public à l'égard de la vaccination a conduit aux Etats-Unis à étudier la possibilité de limiter le champ vaccinal : affirmation que la durée de l'immunité n'est pas en rapport avec la dose de vaccin inoculée, emploi de la méthode des pressions multiples, conseils sur une foule de détails pratiques.

L'*encéphalite post-vaccinale* apparaît aujourd'hui comme ayant frappé les Pays-Bas plus qu'aucun autre pays. Elle n'y est pas liée à la virulence du vaccin, car elle est restée sensiblement au même taux malgré l'emploi de souches peu virulentes ou de neuro-vaccin; inversement un virus activé par le passage sur le lapin n'a pas provoqué une seule encéphalite, sur 100.000 vaccinations. Il semble exister une susceptibilité familiale; et, d'autre part, pour le même nombre de vaccinations, on a observé seize cas d'encéphalite en janvier-mars et zéro en novembre-décembre. L'hypothèse d'une relation avec

l'encéphalite léthargique est de plus en plus abandonnée; du reste l'encéphalite post-vaccinale guérit sans séquelles. Un fait remarquable a été mis en lumière par les débats : l'Italie, le Japon n'ont pas eu un seul cas d'encéphalite post-vaccinale; or, dans ces pays, la vaccination est obligatoire au cours de la première année. D'autres observations concourent à justifier l'opinion que la vaccination de l'enfant est d'autant plus inoffensive qu'elle est plus précoce.

La *poliomyélite* a sévi avec une intensité inusitée dans ces dernières années en Angleterre, en Suisse, en 1927 en Roumanie, en Saxe, au Canada. Les cas ont été en général très disséminés, bien qu'il y ait eu quelques vrais foyers. Les formes frustes, et non diagnostiquées, sont aussi ou plus nombreuses que les cas cliniques et transmettent le virus. La prophylaxie par le sérum de convalescent a donné des résultats remarquables en Suède, ainsi que le traitement par un sérum expérimental en Roumanie.

Le traitement de la *paralysie générale* par l'inoculation de la malaria continue à être suivi de près par l'Administration sanitaire en Angleterre, où l'on a traité 1.400 cas. Il a été étudié en Roumanie, ainsi que la fréquence de la paralysie générale en relation avec celle du paludisme en Espagne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1928)

Angor aigu coronarien fébrile. — MM. C. LIAN et P. PUECH. Cliniquement, ce syndrome est constitué par : *a.* crises angineuses durant trois à dix heures, se répétant plusieurs jours consécutifs, laissant entre elles un endolorissement permanent condamnant le malade au lit et à l'immobilité absolue; *b.* insuffisance cardiaque, bruit de galop, pouls alternant, insuffisance fonctionnelle, diminution de la pression artérielle; *c.* fièvre; *d.* pas d'état nauséeux marqué; *e.* pas de frottements péricardiques. Après plusieurs semaines au lit, le malade se lève prudemment et présente plus ou moins souvent de petites crises d'angor d'effort et de décubitus.

MM. C. Lian et P. Puech pensent que le syndrome est dû à une poussée d'artérite aiguë coronarienne, et que l'état de mal cardio-gastro-angineux caractérisant l'infarctus n'est que la modalité la plus grave du syndrome de l'angor aigu coronarien fébrile.

Péricardite symptomatique d'un infarctus du myocarde — MM. HALBRON et LICHTWITZ rapportent l'observation d'un malade chez lequel un infarctus du myocarde se traduisit par une crise d'angine de poitrine passagère et des signes de péricardite avec épanchement pleural, sans aucun signe d'insuffisance cardiaque, sans modification du pouls et de la tension. Ils insistent sur la valeur sémiologique du frottement péricardique.

Note sur une épidémie familiale d'érythèmes infectieux paraissant devoir être rattachée à la cinquième maladie. — MM. J. CATHALA et CAMBESSÉDÈS rapportent l'histoire d'une petite épidémie d'érythèmes infectieux, ayant atteint successivement, à des intervalles de quatre, trois, deux, un et deux jours, cinq enfants sur sept frères et sœurs. Il s'agit d'une affection très bénigne débutant brusquement par une rougeur de la pommette et un érythème madilliforme du cou s'étendant au reste du corps où elle devient très prédominante sur les membres, parties découvertes surtout.

Cet érythème ne s'accompagne d'aucun malaise, le syndrome général est des plus atténués, il n'y a ni catarrhe, ni énanthème. Les auteurs concluent à la cinquième maladie : érythème infectieux aigu de Sticker.

Œdème dur des quatre membres d'origine dysthyroïdienne. Guérison par l'opothérapie thyroïdienne. — MM. Ph. PAGNIEZ et ROUQUES relatent l'observation d'une femme de trente-deux ans chez qui est apparu, de façon progressive, un gros œdème dans la main et les pieds, accompagné de cyanose et d'algidité, et rendant le jeu des articulations impossible. Le traitement thyroïdien a donné un résultat remarquable et fait disparaître immédiatement la cyanose et l'algidité. Les auteurs admettent l'origine dysthyroïdienne, en raison de l'existence de la tachycardie, de l'effet remarquable du traitement et de l'existence de quelques observations analogues.

Etude anatomique de deux cas d'éventration diaphragmatique gauche diagnostiqués cliniquement. — MM. G. CAUSSADE et E. FATOU présentent les constatations nécropsiques d'une affection rarement contrôlée anatomiquement. Ils insistent sur la nature congénitale de cette malformation et soulignent l'intérêt que présentait notamment leur deuxième cas coïncidant avec des lésions graves de tuberculose pulmonaire qu'ils considèrent être une complication et non la cause de l'éventration du diaphragme.

A la faveur de leur observation et de celles déjà publiées et à peu près identiques, les auteurs se demandent si l'éventration diaphragmatique congénitale ne prédispose pas à la tuberculose. A ce point de vue, il y aurait lieu de surveiller les éventrés par phrénicectomie pour abcès ou bronchiectasie de la base.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1928)

Fracture unicondylienne du fémur. — M. ALGLAVE fait un rapport sur une observation de M. COENIOLEY (de Genève) qui, dans un cas de fracture du condyle externe du fémur chez un homme de quarante-six ans, a obtenu un beau résultat par le traitement sanglant avec vissage du condyle fracturé.

Tétanos localisé. — MM. RAOUL et NERSON (de Strasbourg) (rapport de M. BAZY) envoient une observation de tétanos localisé à forme paraplégique chez un enfant de quatre ans; infection tétanique ayant comme porte d'entrée une plaie du talon, et survenant très tardivement; aucun signe de généralisation; guérison après injections répétées de sérum antitétanique intrafessier et intrarachidien.

Allongement du tendon d'Achille dans les fractures du tibia. — M. L. BAZY fait un rapport sur un travail de M. YVES DELAGENIÈRE qui, dans un cas de fracture grave du tibia difficilement réductible, a fait une ostéosynthèse après section et allongement du tendon d'Achille et a obtenu un résultat physiologique parfait.

M. PICOT recommande lui aussi l'allongement du tendon d'Achille qui facilite beaucoup la réduction des fractures de jambe.

M. ALGLAVE ne l'a utilisé que pour la réduction des fractures anciennes avec cal vicieux et grands raccourcissements.

M. MOUCHET insiste lui aussi sur l'intérêt que présente ce moyen précieux de réduction.

M. KÜSS aurait, dans ce cas, préféré à la ténotomie, l'application d'un appareil de Lambret.

Rupture du ligament croisé antéro-externe du genou. — M. B. DESPLAS (rapport de M. ROBINEAU) apporte un nouveau cas de rupture du ligament croisé antéro-externe du genou, chez une femme de trente-neuf ans, avec réparation chirurgicale par l'opération de HEY-GROVES, et excellent résultat; M. DESPLAS a mobilisé le genou de l'opérée dès le premier jour et l'a fait lever le dixième.

Torsion des annexes. — M. Auvray présente un nouveau cas de torsion des annexes saines de l'utérus dans une hernie inguinale étranglée, dû à M. Brétéché (de Nantes), chez une enfant de trois ans. Guérison après ablation des annexes droites tordues.

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1928)

Fracture isolée du semi-lunaire. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Guillemin (de Nancy); fracture isolée du semi-lunaire chez un homme de vingt-sept ans, tombé sur le poignet droit; trait vertico-transversal; guérison après simple immobilisation.

Ostéomyélite du péroné. — M. Mouchet rapporte deux observations de M. Tasso Astériadès d'ostéomyélites primitives du péroné; guérison très simple après opérations.

Rupture du canal thoracique. — M. Lenormant fait un rapport sur une très intéressante observation due à M. Grimault (d'Algrange) qui chez un homme, après traumatisme du thorax a observé un abondant épanchement de chyle dans la plèvre dû à une rupture du canal thoracique; guérison après plusieurs ponctions.

Le rapporteur étudie le mécanisme de ces rares lésions, dues le plus souvent à un éclatement du canal thoracique, et cherche d'après les observations connues la meilleure conduite à tenir dans ces cas.

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Couraut (marine) (rapport de M. Grégoire) a opéré à la treizième heure un homme ayant une péritonite, due à une perforation au cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire; guérison après laparotomie et suture de la perforation sans drainage,

Sténose sous-vatérienne du duodénum. — M. Grégoire fait un rapport sur une observation de M. Revel (de Lille); sténose sous-vatérienne du duodénum; mauvais résultat après gastro-entérostomie; guérison après duodéno-jéjunostomie.

Anesthésie par voie veineuse. — M. Cunéo fait un rapport sur un travail de M. Cahen; anesthésie par voie veineuse (méthode de Bier) à la novocaïne pour les opérations sur les membres.

Interventions abdominales septiques et Mickulicz. — M. Proust rapporte un travail de MM. Lagaridèe et Lecerf (de Damas), qui ont obtenu grâce à l'application du Mickulicz d'excellents résultats après opérations pour salpingites suppurées et appendicites aiguës.

Artérite oblitérante. — M. Leriche étudie 28 cas d'artérites oblitérantes et s'étend sur la classification, le mécanisme et le traitement de cette lésion; il revient sur les résultats de l'artériectomie et de la surrénalectomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1928)

Allocution de M. Ch. Richet. — M. Ch. Richet prononce l'éloge funèbre de M. Chabrié, invite M. Garrelon, nommé membre titulaire à la dernière séance, à prendre place parmi ses collègues, et souhaite la bienvenue à M. d'Arsonval, élu président à l'unanimité samedi dernier, et qui, suivant une belle expression, a introduit la physique dans la science M. d'Arsonval après avoir salué la mémoire du regretté Henneguy, rappelle qu'il y a cinquante-deux ans qu'il a fait ici sa première communication, qui lui a valu les félicitations de Cl. Bernard, Berthelot, Marey et Ranvier, et dit combien il est fier du titre qui vient de lui être ainsi accordé, comme aux paroles de bienvenue qui lui ont été adressées par M. Ch. Richet.

Sérothérapie antityphoïdique. Méthode de dosage expérimentale. — MM. M. Gory et E. Grasset. — Le sérum de cheval immunisé, selon la technique originale des auteurs, par injections d'autolysats formolés de culture en boîte de Roux de bacille typhique à virulence exaltée et fixée vis-à-vis cobaye est préventif, neutralisant, curatif et présente un pouvoir agglutinant marqué.

Un centimètre cube de sérum injecté sous la peau protège contre mille doses mortelles et neutralise le même nombre de doses. Un même volume de sérum offre un pouvoir curatif pour deux cents doses mortelles.

Le pouvoir agglutinant égal à un dix millième est spécifique. Les coaglutinines ne se manifestent pas à un taux supérieur au centième et pour le seul bacille paratyphique B.

S'inspirant de la méthode d'immunisation des auteurs, Weinberg et A. Prévost pour le colibacille, Ph. Lesbre, puis Grandclaude pour le paratyphique B et le bacille typhique ont obtenu des résultats comparables.

Contribution à l'étude des antivirus « in vivo ». — MM. Tzekhnowitzer, Goldenberg et Tzouverkalov montrent que les antivirus résistent à des températures élevées, à la dialyse, à l'autolyse; il en est de même du produit obtenu après digestion des corps de microbes par la trypsine. Les antivirus ne renferment pas d'albumines natives décelables par les réactifs usuels, c'est donc aux dépens des dérivés de ces dernières que s'accomplit vraisemblablement le processus de l'immunisation locale que créent les antivirus.

Les antivirus streptococciques et colibacillaires ne sont pas des précipitogènes; ils semblent doués du pouvoir sensibilisant.

Les milieux synthétiques ne conviennent pas à la production d'antivirus; ceux-ci prennent naissance dans les milieux renfermant des substances protéiques. (Institut bactériologique de Kharkoff).

Glandes surrénales et glutathion. — MM. L. Binet et A. Giroud précisent la répartition du glutathion dans la glande surrénale, qui est particulièrement riche en cette substance. Les techniques microchimiques montrent que la réaction du glutathion est à son maximum au niveau de la cortico-surrénale.

Les substances actives extraites du nœud de Tawara et du nœud de Keith et Flack exercent, sur le cœur isolé, une action comparable. — MM. Ch. Laubry, Walser et L. Deglaude, au cours de recherches sur le rôle des substances actives de différentes régions du cœur, ont pu vérifier une hypothèse émise par J. Demoor et L. Haborlandt sur la similitude des substances actives du nœud de Keith et Flack et du nœud de Tawara. Ils rapportent en détail une expérience particulièrement instructive qui démontre que les extraits de nœud de Keith et Flack et de nœud de Tawara possèdent une action analogue sur le cœur isolé du lapin. Toutes les variations ont été enregistrées par les méthodes mécaniques et électrocardiographique,

Action hyperglycémiante du sang de chien dépancréaté. — MM. L. Kepinov et S. Petit-Dutaillis, montrent par des expériences de transfusion entre chiens dépancréatés et chiens normaux, que l'on est amené à admettre, chez le chien diabétique, la présence d'une substance, capable de provoquer de l'hyperglycémie chez le chien normal, secondairement à la disparition du sucre introduit par la transfusion elle-même. Les auteurs rapprochent ces résultats de ceux publiés par O. Loewi et ses collaborateurs sur l'existence dans le sang diabétique d'une substance qu'ils ont appelé la « glycémine ».

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1927)

Les phlegmons diffus sous-mylo-hyoïdiens d'origine dentaire. — MM. LEMAITRE et Ch. RUPPE rapportent deux observations d'une cellulite diffuse d'origine dentaire assez rare. L'infection hypervirulente partant de l'apex d'une prémolaire ou d'une molaire inférieure passe au-dessous de la sangle mylo-hyoïdienne, aboutit à la région sous-maxillaire, envahit la région sous-mentonnière et la région sous-maxillaire du côté opposé, et file vers la région sus-claviculaire. Aucun signe du côté buccal. Le pronostic est fatal. L'intervention doit être rapide et large.

A propos des extractions dites « chirurgicales » : un procédé de suture. — M. BERCHER décrit un procédé de suture intrabuccale rappelant le point de machine à coudre.

L'anesthésie massétérine en clientèle. — M. KRIVINE rapportant trois observations préconise ce mode d'anesthésie pour vaincre le trismus au cours des accidents infectieux aigus d'origine dentaire.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1928)

Considérations sur la denture temporaire. — M. HERPIN considère la denture temporaire comme une formation résiduelle, destinée à disparaître au cours de l'évolution phylogénique. Il base son opinion sur l'étude de l'anatomie comparée.

Kyste paradentaire développé aux dépens de la table externe du maxillaire supérieur. Difficulté d'interprétation radiographique. — M. CROCQUEFER rapporte une observation de kyste paradentaire dont le diagnostic clinique avait été fait mais dont la radiographie était plus difficile à interpréter.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. RÉVISION DES PRIX DES BAUX A LOYER PROROGATION

LOI DU 6 JUILLET 1925

Les lois sur les baux à loyer ont donné lieu à des décisions de justice incalculables. Nous en avons fait connaître quelques-unes qui nous paraissaient avoir un intérêt pour nos lecteurs. La Cour d'appel de Paris a rendu, le 17 décembre 1927, un arrêt qui est à signaler.

La question posée était celle-ci : l'article 1er, § 3 de la loi du 31 mars 1922 limite la prorogation résultant de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918; elle la limite à neuf années pour les locaux d'habitation et à quinze années pour les locaux commerciaux, industriels ou professionnels, à compter du 24 octobre 1919. Dès lors la prorogation ne permettait pas d'occuper les lieux au delà de 1928 pour le premier cas, et de 1934 pour le second cas. Or, l'article 2 de la loi du 6 juillet 1925 est ainsi conçu : « La révision des prix des baux dont la prorogation est en cours par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 ne pourra jouer au profit du propriétaire que si celui-ci accorde à son locataire *une prorogation supplémentaire égale à la durée de la prorogation restant à courir.* En présence de ce texte, la limitation prévue par la loi de 1922 est-elle applicable?

Non, dit la Cour de Paris; parce que l'article 2 de la loi du 6 juillet 1925 envisage un cas spécial de prorogation et se suffit à lui-même. On voit l'intérêt de cette décision, par ce fait que la limitation prévue par la loi de 1922 s'applique aux locaux professionnels, c'est-à-dire à des locaux occupés par des médecins et chirurgiens. Par conséquent, si un bail est révisable, c'est-à-dire s'il a une durée supérieure à neuf années et s'il a pris cours ou a été conclu avant le 24 octobre 1919, la majoration appliquée au loyer aura pour conséquence de faire profiter le locataire intéressé d'une prorogation supplémentaire dans les termes de l'article 2 de la loi du 6 juillet 1925.

L'espèce soumise à la Cour était la suivante :

« Considérant, dit la Cour, que sur une demande en révision formée par M. M. X... concernant le prix du bail du 1er avril 1913, par eux consenti à M. M. Z... pour des locaux sis au premier étage d'un immeuble portant le n° 4 de la rue Martel, à Paris, à usage de bureaux de commissionnaire, le Tribunal a élevé de 7.500 fr. à 19.125 fr. le montant du loyer.

Considérant que c'est avec raison que les premiers juges, faisant état de la situation des lieux loués, de leur consistance, de leur superficie et des avantages qu'ils peuvent avoir pour le genre de commerce qui y est exercé, ont reconnu le principe d'une majoration, mais qu'ils ne paraissent pas avoir tenu un compte suffisant des charges que le propriétaire doit supporter et qui ont augmenté dans de sérieuses proportions; que la Cour trouve dans la production des baux concernant des appartements situés dans le même corps de bâtiment à des étages moins favorables pour l'exercice d'un commerce, des éléments de comparaison qui lui permettent de décider que les premiers juges ont sous-estimé la valeur locative des locaux dont s'agit; qu'il y a donc lieu d'élever le prix fixé par le jugement dont est appel;

Sur la limitation de la prorogation supplémentaire :

Considérant que M. M. X... arguant des prescriptions du § 3 de l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, suivant lesquelles « la prorogation ne peut avoir pour effet de prolonger le bail ou la location verbale au delà de quinze ans à partir du 24 octobre 1919 pour les locaux à usage commercial, industriel ou professionnel, au delà de neuf ans à partir du 24 octobre 1919 pour les locaux à usage d'habitation, demandent à la Cour de dire que la durée de la prorogation supplémentaire du bail accordée par les premiers juges jusqu'au 1er avril 1935 ne s'étendra seulement que jusqu'au 24 octobre 1934;

Considérant que la *prorogation supplémentaire, accordée par l'article 2 de la loi du 6 juillet 1925 en cas de révision des prix des baux dont la prorogation est en cours par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, est une compensation donnée aux locataires par le législateur pour l'atteinte qu'il jugeait profonde, portée aux droits de prorogation par une majoration du prix de location qui peut être considérable; que cette compensation resterait dans certains cas lettre morte si la thèse de M. M. X... était admise;*

Considérant que l'article 2 de la loi du 6 juillet 1925 se suffit à lui-même, qu'il envisage un cas tout spécial de prorogation qui n'a aucun rapport avec celle de la loi du 31 mars 1922; qu'il ne contient aucune restriction, bien que l'attention du législateur ait été appelée d'une façon particulière sur les limites imposées par la loi de 1922 aux prorogations; qu'il est donc permis d'en conclure qu'il n'a pas voulu étendre ces limites à la prorogation supplémentaire de la loi de 1925. »

En conséquence, la Cour d'appel de Paris, tout en augmentant le prix du loyer, a confirmé le jugement en ce qu'il a fixé la limite de la prorogation au 1er avril 1935 et non à l'année 1934, comme le demandait le propriétaire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

La Vaccination préventive contre la tuberculose par le « B. C. G. », par A. CALMETTE, sous-directeur de l'Institut Pasteur, avec la collaboration de C. GUÉRIN, A. BOGUET et L. NÈGRE. Un volume de 250 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène hospitalière (1), par Louis MARTIN, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine, et R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène.

Dans ce livre, les auteurs renseignent les médecins et les hygiénistes sur les principes généraux qui doivent diriger la construction, l'aménagement et l'entretien de l'hôpital moderne.

Après un tableau d'ensemble de l'hôpital, ils reprennent en détail les services spéciaux, les annexes, les dépendances et tout ce qui doit concourir au bien-être du malade.

Ils étudient ensuite les besoins, les nécessités des hôpitaux spéciaux, et en particulier des hôpitaux pour les maladies contagieuses. Les hospices de vieillards, et les asiles d'aliénés.

Les œuvres antituberculeuses sont étudiées en détail.

L'ouvrage se termine par un exposé sur le rôle du personnel et les garanties morales et professionnelles qu'il doit présenter. L. G.

Le traitement manuel suédois dans les maladies internes (2), d'après les principes d'Henrik KELLGREN, par Michel DENTZ, professeur de massothérapie à Genève, médaille de 3e classe de la Renaissance française.

De nombreux travaux ont déjà été publiés sur cette méthode, mais aucun n'a réuni sous une forme aussi pratique, les indications de ce massage spécial. Il contient en effet : 1° une description de nombreux compléments et perfectionnements de la méthode originale de Henrik Kellgren; 2° une nomenclature par ordre alphabétique des manipulations et exercices appliqués à chaque maladie; 3° l'ordre de succession des diverses manœuvres constituant un traitement général.

La méthode de massage Henrik Kellgren est peu connue en France. C'est cependant une des plus belles méthodes de massage moderne. Plusieurs travaux publiés en France sur ce sujet sont devenus introuvables.

M. Dentz, qui professe la méthode Kellgren depuis plusieurs années à Genève, a voulu donner au public français un guide sûr et pratique pour l'application de ce traitement avec toutes ses manipulations et exercices; enfin et surtout, ce qui n'a pas encore été fait jusqu'à ce jour, un formulaire de thérapeutique suédoise par ordre alphabétique de maladies.

L'ouvrage est divisé en quatre parties :

La première donne un aperçu général sur le *traitement manuel suédois.*

La deuxième traite de la *technique du traitement manuel.*

La troisième partie comprend le *formulaire de thérapeutique manuelle.*

La quatrième partie comprend les exercices gymnastiques nécessaires et complémentaires du massage suédois.

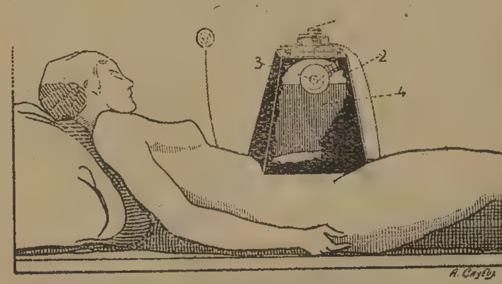
1.495 figures schématiques ou photographiques, d'une exécution parfaite, illustrent ces chapitres et facilitent la compréhension du texte.

Ecrit dans un style clair, bref, aphoristique, édité avec luxe, ce manuel est certainement ce qu'à l'heure actuelle nous avons de plus complet, en fait de livre, écrit dans notre langue, traitant de la technique et des indications du massage.

L. G.

(1) Deuxième édition. Un volume gr. in-8 de 416 p., avec 124 fig. — Prix : 40 fr. — Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils.

(2) Deuxième édition, 1926. Un volume in-8 de 532 pages, avec 495 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin et Cie, éditeurs.


2
3
4

NOTES POUR L'INTERNAT

SCAPULALGIE

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

C'est l'*ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule*.

Elle survient surtout de douze à quinze ans, et chez l'adulte.

Elle est grave car elle est très fréquemment associée chez l'adulte à d'autres lésions bacillaires.

ÉTUDE CLINIQUE

On décrit classiquement deux formes cliniques :

La *forme fongueuse*, apanage de l'enfant ;

La *forme sèche*, spéciale à l'adulte.

Nous prendrons pour type de description la *forme fongueuse* qui semble être en réalité la plus fréquente.

Début. — Signes fonctionnels. — La *gêne fonctionnelle* est souvent le premier signe : perte de la force de l'épaule due à l'atrophie précoce.

Les *douleurs* :

Siègent au moignon de l'épaule,

Irradient vers le coude,

Exagérées par les mouvements,

Très vives la nuit,

Elles manquent parfois au début.

Signes physiques. — 1. *Atrophie musculaire* de l'épaule déjà très marquée.

2. *Douleur provoquée* à la palpation de la tête humérale qui est épaissie.

3. *Limitation des mouvements.* Examiner le malade de dos, immobiliser l'omoplate et comparer les deux côtés.

L'*abduction*, qui normalement atteint 90 degrés sans bascule de l'omoplate, *est limitée*.

4. *L'adénopathie axillaire* peut exister déjà.

Radio. — Peu de chose, parfois flou articulaire, tête humérale abaissée.

Etat. — Signes fonctionnels. — *Impotence absolue.*

Douleurs très vives, surtout nocturnes.

Signes physiques. — *Epaule énorme*, fongueuse, parcourue de veinosités.

Atrophie musculaire étendue au bras.

Attitude vicieuse. Le bras est en abduction, mais ceci est masqué par la bascule de l'omoplate.

Allongement du bras, dû soit à l'abaissement du moignon de l'épaule, soit à l'hyperactivité conjugale.

Adénopathie axillaire constante.

Signes généraux. — Faire un examen complet. Rechercher surtout chez l'adulte une *lésion pulmonaire*.

Radio montre lésions de l'humérus, parfois une caverne épiphysaire. Rien à l'omoplate.

Flou du cartilage conjugal.

Décalcification de la diaphyse.

Abcès froids. — Les rechercher avec soin. Ils évoluent :

Vers le bras, le long de la gaine du biceps.

Vers l'aisselle.

Sous le deltoïde.

Plus rarement, abcès postérieurs.

Il faut les *ponctionner* pour éviter : la fistulisation et l'infection secondaire.

Terminaison. — L'*ankylose* survient en deux à trois ans, pas trop gênante au point de vue fonctionnel si l'humérus est en abduction (40°) et flexion (20°).

Signes de guérison. — Cliniques : épaule froide indolore, pas de ganglions.

Radiologiques : Réapparition des contours osseux. Recalcification du squelette.

FORMES CLINIQUES

1. Du jeune enfant, rare, suppuration précoce.

2. Caries carnosa de Koenig, forme très fongueuse.

3. *Forme sèche*, se voit surtout chez l'adulte.

Débute par des *douleurs vives* et une impotence absolue.

L'épaule est *atrophiée*, douloureuse à la pression.

A la *radio*, grosse déformation de la tête humérale.

Evolution, *pas d'abcès*, ankylose en deux ans.

Pronostic assombri par l'association à une tuberculose pulmonaire.

DIAGNOSTIC

On élimine assez facilement :

Le rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme gonococcique.

La syphilis de l'épaule est exceptionnelle.

Les diagnostics délicats sont :

1. L'**ostéosarcome**, souvent diagnostic radiologique. Eclatement du périoste. Travées osseuses irrégulières.

2. L'**ostéomyélite** dans sa forme chronique ; il n'y a pas d'allongement du membre. A la radio, épaississement périostique, parfois un séquestre.

3. La **péri-arthrite scapulo-humérale** chez l'adulte :

A une origine traumatique ;

S'accompagne de crépitation sous-acromiale.

La carie sèche est à diagnostiquer du rhumatisme chronique déformant.

TRAITEMENT

Enfant. — Conservateur.

Plâtre en abduction.

Adulte. — Essayer le traitement conservateur.

S'il échoue : résection atypique.

Carie sèche : ne pas réséquer.

Chez tous. — Traitement général et héliothérapie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement des fractures du col du fémur par la méthode du professeur Delbet, par Jacques Leveuf et Ch. Girode, chirurgiens des hôpitaux. *Annales de la Clinique chirurgicale du professeur Pierre Delbet.* Un volume de 148 pages avec 164 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. Vie de relation et vie végétative, par P. Gilis, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine. Un volume de 232 pages avec 35 figures. — Prix : France et Etranger, 20 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

Los Actuales conocimientos del metabolismo mineral. L'importance physiologique, pathologique, thérapeutique et hygiénique des éléments minéraux contenus dans les aliments et dans l'eau, par le docteur José M. Rosell. Deux vol. grand in-8. — Barcelone 1928, typ. emporium S. A.

A Crenoterapia e o Humorismo, par A. de Moraes Sarmento, professeur à la Faculté de médecine de Coïmbre (Portugal). Grand in-8. — Impreso nas oficinas da Coimbra editora, Coïmbre 1927.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Admissibilité.* — Le jury est définitivement composé de MM. René Bénard, Pissavy, Brouardel, Fiessinger, Lévy-Valensi, Guillemot, Teissier, Tixier, Hudelo, Lesage et Villaret.

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GILBERT A L'HÔTEL-DIEU. — La remise du monument à M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, aura lieu le samedi 3 mars, à l'Hôtel-Dieu, à 3 h. de l'après-midi; la cérémonie sera présidée par M. Charléty, recteur de l'Université de Paris.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour l'externat des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le mardi 27 mars 1928, à 16 h. 30, à l'hospice général à Rouen.

Les étudiants à quatre inscriptions au moins peuvent s'inscrire au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen, avant le lundi 12 mars, à midi.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Savornin.

(Réserve.) M. le médecin principal de 2e classe Victor Pauchet.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — MM. Guyonnet (de Saint-Etienne-de-Saint-Geoirs; le médecin-major de 1re classe Chatinières.

Médaille d'argent. — Mlle Bardy, interne à l'hôpital Saint-Louis de Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera en 1929 deux prix Alphonse Jaumes, l'un sur un sujet de pathologie et de thérapeutique générale, l'autre sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats.

Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de 2.000 fr.

Les mémoires, imprimés ou dactylographiés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1928. Ils doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus.

Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui ont pris part à d'autres concours.

Le secrétaire de la section de médecine est le docteur Carrieu, 5 *bis*, rue de la Merci, à Montpellier.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 4e décade (1er-10 février 1928), 1.335 décès, au lieu de 1.427 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.257, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 30 décès, au lieu de 25 pendant la décade précédente (moyenne 23). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 334, au lieu de 269 pendant la décade précédente (moyenne 320).

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 11 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 128, au lieu de 155 pendant la décade précédente (moyenne 88).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auguste Chauvet (de Roquevaire), Chauvin, médecin de colonisation; Chevillot (de Pont-l'Evêque), Louis-Albert Carette (de Tourcoing), Clément Setbon et Graulle (de Sousse), Ernest Motel (de Vannes).

O. B. Ward (de Montréal), Arthur Derome, agrégé à la Faculté de médecine de Montréal; Eugène de Keghel, doyen du Corps médical belge, décédé à Gand, à 91 ans; le professeur Wladimir Bechterew (de Moscou), Lhote (de Lens), Félix Manfredi, médecin principal en retraite, à Marseille.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. — M. le docteur Henri CLAUDE, professeur de clinique des maladies mentales, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le lundi 5 mars, à 17 heures (grand amphithéâtre de la Faculté). Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — Le cours d'anatomie pathologique chirurgicale, en 12 leçons, par M. le docteur René Huguenin, chef de laboratoire, assisté de MM. Paul Foulon, Delarue et Albot, internes des hôpitaux, commencera le jendi 1er mars 1928, à 16 h., et continuera tous les jours suivants à la même heure. Ce cours, essentiellement anatomo-clinique, ne comporte aucune manipulation pratique.

Droit d'inscription : 250 fr.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Ce cours sera suivi ultérieurement d'un cours spécialement destiné aux internes en médecine.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — M. Cantonnet fera le dimanche 26 février, à 10 h. précises, à l'amphithéâtre des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères, une conférence sur « Quels sont les strabiques rééducables? »

CHRONIQUE

L'INAUGURATION A MARSEILLE DU CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Ainsi que nous l'avons annoncé, l'inauguration officielle du Centre anticancéreux de Marseille a eu lieu dimanche dernier.

C'est M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, qui a présidé cette cérémonie. Cet honneur lui revenait de droit, n'est-il pas l'apôtre qui, avec le regretté Bergonié, a été l'initiateur des centres de lutte contre le cancer.

A ses côtés avaient pris place MM. les professeurs Léon Imbert, directeur de l'École de Marseille; Reynès, directeur du Centre; les docteurs Rouslacroix, Peyron, Tranier, Huguet, le professeur Doumergue, attachés au Centre; M. Flaissières, maire de Marseille, le préfet, les sénateurs et députés, le président du Conseil général, M. le professeur Forgue (de Montpellier), M. le médecin inspecteur Oberlé et de très nombreux confrères.

Le président de la Commission des hospices, M. VIDAL-NAQUET, prit le premier la parole, et après avoir salué M. Strauss lui donna l'assurance que le Centre trouvera auprès des hospices tout l'appui dont il aura besoin.

M. le professeur Léon IMBERT, en exprimant sa gratitude à M. Strauss et à tous ceux qui ont aidé à cette création, tient à rendre au professeur Reynès l'hommage de reconnaissance et d'admiration de tous ceux qui l'ont vu se dévouer à l'organisation du Centre. En terminant, M. Imbert exprime la certitude que le Centre anticancéreux deviendra un des plus beaux fleurons de l'Ecole et bientôt de la Faculté de médecine de Marseille.

M. REYNÈS, oubliant tout ce qu'il a fait lui-même, reporte le mérite de l'organisation sur ses collaborateurs, médecins et infirmières.

Après quelques paroles du docteur BOUISSON, apportant le salut de son frère, M. Bouisson, président de la Chambre des députés, M. Paul STRAUSS se lève et exprime d'abord la joie qu'il éprouve à avoir répondu à l'invitation des organisateurs du Centre de lutte contre le cancer à Marseille.

Il évoque la mémoire du professeur Bergonié, mort en martyr de la science et dont le souvenir héroïque plane sur cette cérémonie intime et familière.

M. Strauss remercie les orateurs qui viennent de se faire entendre et se réjouit de l'accord de l'Ecole de médecine, de l'administration des hospices et de l'Université, en vue d'arriver plus sûrement encore au but que s'est assigné le Centre.

M. Paul Strauss, après avoir énuméré les organisations déjà existant en France, proclame la nécessité de continuer avec plus d'ardeur encore les recherches et les observations, d'effectuer la liaison avec les œuvres sociales qui s'inspirent du souci de la santé publique, et il termine par un vibrant appel à toutes les générosités, à tous les dévouements pour combattre le fléau du cancer.

De chaleureux applaudissements saluent l'orateur.

Au nom du ministre de l'Hygiène, M. Strauss remet les distinctions suivantes : Médailles d'honneur en argent de l'Assistance publique : MM. les docteurs Tranier et Huguet, radiologistes du Centre. Médailles de bronze : Mmes Calmette, Imbert, Louise Gasquet et Gastelin, infirmières.

Puis le cortège visita les installations modèles du Centre.

Dans l'après-midi M. Paul Strauss ainsi que toutes les personnalités qui l'accompagnaient assista à la Maison de la mutualité à une conférence de M. le professeur Emile FORGUE.

M. le docteur Flaissières, sénateur, maire de Marseille, présidait la réunion et en présentant le conférencier il se fit l'interprète de l'admiration et du respect que le maître de Montpellier inspire à tous ceux qui l'approchent.

M. le professeur Forgue exposa alors la question de la prophylaxie du cancer avec sa précision et son talent habituels donnant une magnifique conclusion à cette journée consacrée à la science et à la solidarité.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Œsophage, estomac, duodénum, par le docteur Maurice DELORT, médecin de l'hôpital Saint-Michel; — **Affections buccales et dentaires**, par le docteur F. NIDERGANG, stomatologiste de l'Asile national des convalescents. « Les Consultations journalières. » In-16 de 316 pages avec 89 figures dans le texte et 19 planches hors texte. — Prix : cartonné, 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

I. **Les Glandes endocrines et les cancers**; — II. **Exposé de la thérapeutique médicale anticancéreuse**, par Joseph LERICHE (de Joigny), membre fondateur de la Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer, membre de l'Association française pour l'avancement des sciences. In-8 de 51 pages contenant 6 planches radiographiques hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

Technique de la réaction du benjoin colloïdal, par Georges GUILLAIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière; Guy LAROCHE et P. LÉCHELLE, médecins des hôpitaux de Paris. Une brochure de 36 pages. Prix : France et Etranger, 11 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES ECTOPIES DU CANAL PÉRITONÉO-VAGINAL

Par le docteur MARCHAND.
Chef de clinique à la Faculté de Montpellier.

I. **Plan.** — Les hernies intrapariétales ont donné lieu de tout temps à des discussions surtout vives sur le chapitre de leur pathogénie. Cependant l'historique de cette question montre que les auteurs qui ont étudié les trois types classiques des variétés, dites aberrantes, de hernie inguinale congénitale, sont arrivés à des conclusions qui nous autorisent à intituler ce travail : *Etude des ectopies du canal péritonéo-vaginal.*

C'est par cet historique que nous commencerons cette étude en rappelant successivement les principaux mémoires et publications concernant :

1° La hernie inguino-interstitielle;
2° La hernie inguino-superficielle;
3° La hernie inguino-propéritonéale.

Parvenus à ce but, nous envisagerons une étude synthétique des ectopies du canal péritonéo-vaginal

Ce travail est ainsi destiné à combler une lacune par une étude d'ensemble de variétés anatomiques, jusqu'ici étudiées fragmentairement et possédant, de l'avis de la quasi-unanimité des auteurs, une étiologie congénitale commune.

II. **Historique.** — 1° **La hernie inguino-interstitielle.** — L'existence de cette variété de hernie intrapariétale était connue depuis Malgaigne. Cependant, J.-L. Petit en 1797 avait vu « plusieurs hernies situées sous l'aponévrose du grand oblique, de sorte que les parties, après avoir poussé le péritoine au-delà du muscle transverse et de l'oblique interne, n'ayant pu forcer l'anneau de l'oblique externe, s'étaient réfléchies entre cette aponévrose et l'oblique interne et y formaient une tumeur large et plate ».

Deux noms dominent la littérature concernant la hernie inguino-interstitielle : celui de Tillaux et celui de Berger. Cependant il est classique de l'appeler hernie de Goyrand, bien qu'il soit difficile de comprendre pourquoi; en effet, d'une part, il était loin d'être le premier à l'observer puisque son mémoire date de 1836, et, d'autre part, sa statistique comportait une hernie inguinale réduite en masse dans le trajet inguinal, une hernie vésico-pubienne étranglée, enfin une hernie manifestement inguino-interstitielle dont le caractère congénital fut méconnu. Cependant il faut reconnaître qu'il fut le premier à lui donner son nom.

A partir de ce moment, la définition de la hernie inguino-interstitielle comporte un élément pathogénique; Tillaux écrit en 1871 : « On doit réserver le nom de hernie inguino-interstitielle à celle qui, *ne pouvant jamais devenir scrotale*, élit son domicile dans le canal inguinal, et *consécutivement* dans l'interstice de la paroi abdominale », et il ajoute en 1877 dans son *Traité d'anatomie topographique* : « La condition anatomique nécessaire pour la production de la hernie inguino-interstitielle vraie, c'est-à-dire permanente, est *l'absence ou l'étroitesse extrême de l'anneau* du grand oblique de l'abdomen. »

C'est également Tillaux qui le premier note la coexistence fréquente de l'ectopie du testicule : « Dans quelle circonstance observe-t-on l'absence ou l'étroitesse extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal? C'est lorsque le testicule, n'opérant pas sa migration habituelle, reste dans le trajet inguinal sans franchir l'anneau, ou bien lorsqu'il reste inclus dans la cavité abdominale. »

Deux auteurs étrangers, Macready en Angleterre, Göbell en Allemagne, avaient publié des statistiques, mais ces auteurs n'avaient pas fait de distinction bien précise entre les trois types de hernies intrapariétales. Et de ce fait leurs conclusions sont sans grande valeur.

Il nous faut arriver en 1902 pour trouver un mémoire de Berger dont les conclusions les plus importantes se résument en une définition : « Il faut réserver chez l'homme le nom de hernie inguino-interstitielle aux hernies congénitales compliquées d'ectopie testiculaire dans laquelle la hernie s'étale dans l'épaisseur de la paroi abdominale en dédoublant ses plans musculo-aponévrotiques. »

Nous devons y ajouter, sans rien y retrancher, la division anatomique qu'il en donne en se basant sur une conclusion d'ordre anatomique également : « Ces hernies présentent deux variétés principales : dans l'une, la hernie est uniquement intrapariétale ; dans l'autre, elle présente un diverticule sortant par l'anneau inguinal externe; elle est à la fois intrapariétale et scrotale. »

DIVISION ANATOMIQUE DE LA HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE (Berger). — « 1° *Hernie inguino-interstitielle intrapariétale pure.* — 1. Avec cryptorchidie complète (Goyrand).

2. Avec ectopie inguinale du testicule

a. Situé très haut dans le trajet inguinal au niveau et en dehors de l'orifice profond « disloqué » (Goyrand);

b. Situé dans le trajet inguinal vers la partie moyenne ou inférieure du sac inguinal, au niveau de la paroi antérieure du bord inférieur du trajet inguinal (Tillaux) ou de sa paroi postérieure (Goyrand);

c. Pourvu d'une séreuse distincte de la séreuse qui constitue le sac herniaire (Berger).

2° *Hernie inguino-interstitielle à la fois intrapariétale et scrotale* [avec diverticule scrotal sortant par l'anneau inguinal externe; biloculaire (Gobell) ou en bissac].

1. Avec ectopie du testicule

a. Situé très haut près de l'anneau inguinal supérieur (Gobell);

b. Situé au-dessus de l'anneau inguinal externe comme une valvule (Berger, Holder);

c. Situé au-dessous de l'anneau inguinal externe (Gobell);

d. Situé vers la racine des bourses dans le diverticule scrotal du sac (Burklet);

e. Situé au fond du sac scrotal où il est parvenu tardivement (Eccles).

2. Sans ectopie. Testicule au fond des bourses dans une tunique vaginale distincte du sac herniaire (Goyrand). »

Berger, par ses arguments anatomiques, réfute la théorie de Tillaux et écrit : « Ainsi M. Tillaux a saisi et proclamé la relation qui unit la hernie inguino-interstitielle à l'ectopie testiculaire ; il a fait erreur cependant en attribuant cet arrêt de la migration testiculaire à l'imperforation de l'anneau du grand oblique, et en considérant cette dernière imperfection comme forcément liée à la production de cette hernie. »

Il a fait remarquer, en effet, que nombreux sont les cas où l'anneau inguinal externe « est bien conformé et où, quel que soit le degré d'ectopie testiculaire concomitante, la séreuse envoie à travers cet orifice un prolongement qui constitue un diverticule véritable du sac herniaire ».

Un élève de Segond, en 1911, a donné dans sa thèse (Carton) une excellente étude qui confirme la théorie de Berger. Retenons de cette thèse la particularité fort intéressante d'un sac interstitiel inhabité, étalé entre l'aponévrose du grand oblique et le muscle petit oblique, trouvaille opératoire à l'occasion d'une orchidopexie. De l'autre côté existait une hernie inguino-interstitielle avec ectopie du testicule. Les orifices inguinaux étaient normaux. Retenons encore l'excellente définition de l'auteur de la thèse : *La hernie inguino-interstitielle est une hernie d'origine congénitale formée dans un canal péritonéo-vaginal anormalement développé, étalé dans un dédoublement des plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale. Elle s'accompagne chez l'homme d'ectopie testiculaire.*

Il est une autre confirmation à la thèse de Berger, c'est l'existence connue depuis Auvray des hernies inguino-interstitielles chez la femme, avec prolongement labial (équivalent du prolongement scrotal) et pour lesquelles il ne serait être question d'un obstacle mécanique à la progression du sac dans le trajet inguinal.

Cristini dans sa thèse (1910), inspirée par Bérard, aboutit aux mêmes conclusions que Berger en ce qui concerne la hernie inguino-interstitielle chez la femme.

En résumé, *c'est la théorie de la malformation congénitale du canal péritonéo-vaginal qui triomphe* en dépit de certains cas où la disposition interstitielle du sac et acquise est le fait d'une oblitération également acquise du trajet inguinal ; ces cas sont d'ailleurs la rarissime exception et non la règle.

2° **La hernie inguino-superficielle ou hernie de Küster.** — La définition anatomique qu'en a donnée Küster en 1887 mérite d'être conservée : « Elle (la hernie inguino-superficielle) se caractérise par ce fait qu'après avoir traversé le canal inguinal, au lieu de s'engager dans le scrotum, elle s'étale dans le tissu cellulaire lâche entre l'aponévrose du grand oblique et le fascia superficialis. »

Au point de vue anatomique Küster distinguait trois variétés selon la direction du sac sous les téguments :

1. Variété abdominale, la plus fréquente, dans laquelle le sac se dirige vers l'épine iliaque antéro-supérieure ;

2. Variété fémorale dans laquelle (Bush, Marion, Sellenings, Sertoli, Kuster, Dall'Acqua) le sac est situé sous les téguments au niveau du triangle de Scarpa ;

3. Variété périnéale dont on connaît quelques très rares cas depuis l'observation princeps de Goyrand (1836).

Küster pensait que la cause était une migration anormale du testicule, en effet dans ces cas la constatation la plus frappante est que le testicule est en ectopie, plus ou moins atrophié, situé dans l'intérieur du sac ainsi que le cordon et faisant saillie presque toujours sur la paroi postérieure.

Il n'existe en effet qu'un cas de Marion dans lequel le testicule fût trouvé normal au fond des bourses.

Casagli a fait une étude (1914, *Gaz. des hôpit.*) complète du siège des testicules ectopiés : sur douze cas, il trouva :

a. Une ectopie intra-inguinale dans neuf cas (2 de Hulke, 1 de Le Fort, 1 de Barbarin, 1 de Bruchi, 1 de Palazzo, 1 de Fasano, 1 de Consentino, 1 de Sellenings).

b. Une ectopie abdominale dans un cas (Viscontini).

c. Une ectopie pubienne (un cas de Costa).

L'ectopie sous-cutanée, le testicule se trouvant dans le sac superficiel, fut rencontré dans douze cas.

Malgré cette fréquence incontestable Marion dès 1899 admettait qu'à côté de hernies inguino-superficielles déterminées par l'ectopie testiculaire « il en est une grande majorité dont la situation anormale ne peut être expliquée par l'anomalie de position du testicule ». Les cas précités dans lesquels le testicule n'était pas dans le sac superficiel vont à l'appui de cette argumentation.

Il fallait donc abandonner la théorie pathogénique de Küster pour une immense majorité de cas.

Marion et Broca furent partisans de *la théorie de l'imperméabilité du scrotum* que ce dernier auteur expliquait de la façon suivante : la hernie se présentant à l'entrée du scrotum et ne pouvant passer, rebrousse chemin, suit une autre voie, s'étale sous la peau repoussant devant elle le tissu cellulaire.

Les conceptions actuelles sur la formation du canal péritonéo-vaginal ne nous permettent pas non plus d'admettre que la migration du testicule soit pour quelque chose dans la formation des hernies inguino-interstitielles et Hertwig va plus loin et prétend que le conduit séreux fraye le passage à la glande.

Les travaux de Palazzo, de Budinger posent bien le problème en n'admettant le titre de congénital qu'à une hernie dont le sac est préformé, ce sac ne méritant plus dans ce cas l'épithète de canal péritonéo-vaginal. Pour ces auteurs la hernie inguino-superficielle a donc sa direction et sa topographie déterminées par un canal péritonéo-vaginal ectopié. Casagli admet que des dispositions anormales de l'aponévrose du grand oblique sont en cause mais cela ne suffit pas et il en arrive lui aussi a incriminer comme élément déterminant une anomalie primitive de siège du processus péritonéo-vaginal.

Cette théorie de l'anomalie du canal péritonéo-vaginal est renforcée par les deux cas de Vanverts qui concernent des *hydrocèles inguino-superficielles du canal de Nück.*

Mamet dans sa thèse (1919) en dit :

1° Ce sont des hernies inguino-superficielles en puissance ;

2° Au point de vue pathogénique, il n'y a pas à invoquer dans ces cas d'hydrocèle d'action propulsive de viscères herniés;

3° La théorie de Küster ne peut être en cause;

4° Dans les deux cas, le sac existant antérieurement à cette hernie, il est donc bien *préformé*;

5° Conclusion : il s'agit donc d'une ectopie du canal de Nück.

Ici comme précédemment pour la hernie inguino-interstitielle c'est la théorie de la malformation congénitale qui, en accord avec les données embryologiques actuelles, donne la clef de la pathogénie de la hernie inguino-superficielle.

3° **La hernie propéritonéale, ou hernie de Kronlein.** — Cette variété de hernie est bien connue depuis l'étude qu'en a fait Krönlein en 1876, date à laquelle il en publia vingt-quatre observations qui avaient été précédées il est vrai par une observation anatomique de Parise en 1850 et par celles de Streubel en 1864. Cette hernie a comme définition anatomique : *hernie caractérisée par l'existence de deux sacs : le plus petit inguinal, le plus volumineux située en arrière du fascia transversalis entre ce fascia et le péritoine pariétal.*

A l'encontre des variétés précédentes il est certains auteurs tels que Haim qui, en 1920, en fait un simple accident à une hernie inguinale, survenu par suite soit du refoulement par taxis, soit par traction sur le collet par le mésentère adhérent. Néanmoins cette conception pour ingénieuse qu'elle soit, n'explique que les cas de beaucoup les plus rares où la hernie propéritoniale existe seule, « elle ne saurait s'appliquer à ceux où l'on rencontre à la fois un sac propéritonéal et un sac inguinal ». (Lenormand).

La pathogénie, comme pour les autres formes rares de hernie inguinale, a été expliquée à l'aide de deux théories, l'une mécanique (Gosselin, Streubel, Krönlein), l'autre congénitale (Baer, Keufmann, Ramonede, Schwartz, Potherat, Broca).

La *théorie mécanique* admettait qu'il s'agissait d'un refoulement partiel du sac inguinal avec dilatation consécutive d'une des parois du collet rentré dans la cavité abdominale. Comme cause déterminante on invoquait un bandage mal appliqué ou défectueux, un testicule ectopié. Vitrac dans sa thèse (1910) écrivait avec raison que cette explication ne pouvait être admise car le recul du collet ne saurait créer un diverticule propéritonéal.

La théorie de formation primitive du sac propéritonéal est admise par cet auteur qui pense qu'il s'agit là d'un vice de développement du canal péritonéo-vaginal. Delbet écrivait d'ailleurs en 1917 : « Le canal vagino-péritonéal, ses rétrécissements, ses dilatations, ses malformations, jouent là un rôle prépondérant ». Il n'admettait que pour le plus petit nombre des cas le rôle déterminant de dispositions acquises. Potherat était plus affirmatif encore en écrivant qu'il s'agissait là « d'un vice de conformation du canal péritonéo-vaginal coïncidant presque toujours, chez l'homme, avec une ectopie testiculaire ». L'observation de cet auteur était fort intéressante car chez le même sujet il existait d'un côté une inguino-propéritonéale et de l'autre une inguino-interstitielle.

Broca était du même avis et avait « l'impression qu'il s'agissait d'une dilatation du vestibule rétro-pariétal tel que la décrit Ramonède. »

L'anatomie pathologique avait été bien vue par Krönlein, en particulier, en ce qui concerne la direction du sac propéritonéal : soit en haut et en dehors (cas le plus fréquent), variété iliaque, soit en bas et en dedans, variété vésicale, soit directement en bas (rare).

Disons pour terminer une remarque judicieuse faite par Tiché (*Th. de Montpellier,* 1902) dans ses conclusions :

1° Hernie propéritonéale et interstitielle sont toutes deux constituées par un sac double dont un compartiment occupe le canal inguinal, l'autre un point plus ou moins superficiel de la paroi abdominale;

2° Toutes deux se développent dans un sac préformé aux dépens du canal péritonéo-vaginal.

Remarquons que pour cette variété de hernie les théories pathogéniques, quelles qu'elles soient, n'ont pu être argumentées avec autant de précision que pour les autres variétés superficielle ou interstitielle du fait que cette forme profonde ne se manifeste guère qu'au moment de son étranglement, et qu'involontairement les auteurs ont été amenés à faire jouer un rôle à cet étranglement ou à ses causes, pour expliquer la production de cette forme anatomique.

L'existence, constatée dans la quasi totalité des cas, d'un canal péritonéo-vaginal perméable est bien cependant un argument de valeur pour admettre l'origine congénitale aux dépens de ce canal à topographie aberrante, comme on l'a admis pour les deux variétés précédemment étudiées,

III. **Etude synthétique des ectopies du canal péritonéo-vaginal.** — Ce que nous venons de voir nous permet d'envisager une étude d'ensemble des malformations par topographie aberrante du canal péritonéo-vaginal. Il était tout naturel pour entreprendre cette étude de s'adresser à celle des hernies dont ces malformations sont la cause déterminante. C'est pourquoi on nous a vu au cours des paragraphes précédents, nous efforcer de mettre en valeur tout ce qui rattachait ces hernies à leur cause.

Nous appelons ces dispositions aberrantes des ectopies, par analogie avec le terme que nous avons l'habitude d'employer quand il s'agit du testicule. Les deux sont d'ailleurs fréquemment associées.

Nous allons successivement étudier en des paragraphes distincts et très courts, l'étiologie, l'anatomie pathologique, l'étude clinique et la thérapeutique sinon de la malformation elle-même, mais de ses manifestations objectives : ses complications.

1° **Etiologie**. — Plusieurs arguments nous font pencher en faveur de la théorie congénitale. C'est tout d'abord la perméabilité du diverticule péritonéal dans toute son étendue, disposition éminemment congénitale.

C'est ensuite l'association extrêmement fréquente de l'ectopie du testicule qui est bien aussi une malformation congénitale.

C'est encore l'existence, constatée par deux fois dans la forme superficielle, d'une hydrocèle dans un canal de Nuck.

C'est enfin et surtout l'existence constatée d'un cas dans lequel, le diverticule péritonéal en position interstitielle (Carton), fut trouvé inhabité avec la même étendue et les mêmes limites anatomiques que celui du côté opposé, qui, lui, avait un contenu intestinal.

2° **Anatomie pathologique**. — Le point essentiel se définit de la façon suivante :

L'extrémité distale du diverticule péritonéo-vaginal n'est pas à sa place au fond des bourses.

Elle peut occuper :

1° Une situation sous-péritonéale ;
2° Une situation inter-musculo aponévrotique ;
3° Une situation sous-cutanée.

Pour chacune de ces situations, la direction de ce cul-de-sac est variable ; nous allons les étudier successivement.

a. En haut et en dehors. — C'est le cas le plus fréquent aussi bien pour la variété sous-péritonéale que pour les deux autres.

b. En bas et en dedans. — Cette direction assez fréquente pour la variété sous-péritonéale (type vésical) et particulièrement rare pour la variété sous-cutanée.

Elle n'existe évidemment pas pour la variété interstitielle.

c. Directement en bas. — Cette direction est exceptionnelle aussi bien pour la variété sous-péritonéale que pour la variété superficielle à laquelle elle donne le type périnéal.

Elle est anatomiquement impossible pour la variété interstitielle.

d. En bas et en dehors. — Cette direction n'existe que pour la variété sous-cutanée superficielle où elle est assez fréquente sous le nom de type fémoral.

Il nous faut voir maintenant les rapports que ce diverticule offre avec les organes de la région.

Ceci nous amènera à considérer un second point :

L'ectopie ne va que très rarement isolée, elle est beaucoup plus souvent en corrélation avec une aplasie congénitale véritablement régionale.

A. Le testicule et le cordon. — Le testicule est en ectopie d'une façon presque constante pour les deux variétés interstitielle et superficielle. Il est également fréquemment rencontré ectopié dans la variété sous-péritonéale. Quant à la variété d'ectopie elle est le plus souvent du même type que celle du canal péritonéo-vaginal, mais pas toujours.

Les éléments du cordon subissent des vicissitudes corollaires de celles de la glande génitale.

B. Les muscles de la paroi et leurs aponévroses. — Les muscles sont souvent aplasiés ainsi que leurs aponévroses.

Les orifices du trajet inguinal qu'ils contribuent à former, sont souvent modifiés.

Dans la variété interstitielle, l'orifice externe est souvent rétréci, l'orifice profond déjeté en haut et en dehors. Cette déviation en haut et en dehors augmentant l'obliquité du canal inguinal constitue ce que l'on a appelé la « dislocation des orifices. »

Encore un point intéressant à noter, c'est l'absence constatée du périmysium de la face antérieure du muscle petit oblique (Carton), ce qui semblerait indiquer que l'ectopie est contemporaine de la malformation pariétale avec laquelle dans le cas particulier elle était en rapport extrêmement étroit.

3° **Etude clinique**. — L'étude clinique comprend simplement l'observation des symptômes et les indications thérapeutiques qui résultent de ce que l'on peut considérer comme des complications de la malformation congénitale primitive, que l'on peut résumer de façon exacte en disant :

Tous les incidents pathologiques pouvant survenir dans un canal péritonéo-vaginal perméable peuvent également se rencontrer lorsque ce canal est en position d'ectopie.

Ce sont : 1° *Des hernies*.

a. A type pro péritonéal. Ces hernies bien connues anatomiquement, sont d'un diagnostic très difficile par suite de leur situation profonde et ne se révèlent guère que par des accidents d'étranglement.

b. A type interstitiel.

c. A type superficiel.

Ces deux types font l'objet dans tous les manuels de descriptions complètes qui nous permettent de ne faire que les citer.

2° *Des hydrocèles*. — Ces hydrocèles le plus souvent communicantes passent cliniquement inaperçues sauf les inguino superficielles dont on connaît deux exemples curieux aux dépens du canal de Nück (Vanverts).

4° **Thérapeutique**. — La thérapeutique de la malformation elle-même n'existe pas sauf lorsqu'on la rencontre au cours d'une orchidopexie par exemple. C'est alors la dissection du sac ectopié et sa résection.

La thérapeutique des complications peut être complexe au cas de hernie propéritonéale avec sac adhérent. Il faut alors fréquemment inciser le plan musculaire pour aborder le sac au cours de l'intervention qui est le plus souvent une kélotomie.

Conclusions. — 1° Les variétés aberrantes de la hernie inguinale, hernie inguino-interstitielle, hernie inguino-superficielle, hernie propéritonéale relèvent toutes trois d'une pathogénie identique, une disposition aberrante du canal péritonéo-vaginal.

2° Cette malformation mérite par analogie avec

l'ectopie du testicule l'épithète d'ectopie du canal péritonéo-vaginal.

Anatomiquement cette ectopie peut être caractérisée par ce fait : l'extrémité distale du diverticule péritonéo-vaginale n'est pas à sa place au fond des bourses. Elle peut être sous-péritonéale, interstitielle ou sous-cutanée.

3° L'ectopie ne va que très rarement isolée, elle est beaucoup plus souvent en corrélation avec une aplasie congénitale, véritablement régionale : 1. le testicule est le plus souvent en ectopie ; 2. les muscles et les aponévroses de la paroi sont fréquemment aplasiés.

4° La malformation est latente tant qu'elle n'est pas le siège soit d'une hernie soit d'une hydrocèle.

Même dans ces cas, si l'ectopie est propéritonéale elle sera fréquemment méconnue, si bien que la hernie pro-péritonéale n'est guère connue que par les protocoles d'intervention ou d'autopsie après accident d'étranglement.

BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LA HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE

Auvray. Deux cas de hernie inguino-interstitielle chez la femme, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 10 juin 1910, p. 552.

Baudet. La hernie inguino-interstitielle, *Arch. gén. de chir.*, 1907, t. I, p. 81.

Berger. La hernie interstitielle et son traitement par la cure radicale, *Revue de chir.*, 1902, p. 1-37 ; — *Congrès de chir.*, 1901, p. 564 ; — *Revue de chir.*, 1902, p. 1 ; — La hernie interstitielle chez la femme, *Soc. de chir.*, avril 1891, p. 283 ; — Opérations herniaires. Hernies rares, *Deut. med. Woch.*, 15 juin 1911, t. XXXVII, n° 24.

Bérard. *Lyon chir.*, août 1907.

Birkett. *Guy's hosp. Reports*, 1861, p. 56.

Broca. Hernie inguino-interstitielle, *Soc. de chir.*, 16 avril 1913.

Bramann. Der processus vaginalis und sein Verhalten bei Störungen der descensus testiculorum, *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, t. XL, p. 151 (hernie inguinale intrapariétale pure).

Butz. Zur Casuistik der hernia interstitialis, *Bol. Gaz. Botkina*, 1895, n° 1. Cité par Göbell, p. 33.

Carton. Contribution à l'étude de la hernie interstitielle, *Th. de Paris*, 1910-1911, n° 10.

Cristini. Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle chez la femme, *Th. de Lyon*, 1910 ; — *Thèses médicales*, 1909-1910, n° 99.

Dreyfus. *Th. de Paris*, 1877.

Dupuy. *Th. de Paris*, 1877.

Duret. Des variétés rares de la hernie inguinale, *Th. de Paris*, 1883, p. 123.

Fredet. *Soc. anat.*, 1901, p. 154.

Gand et Poissonnier. Hernie inguino-interstitielle chez la femme, *Journ. des prat.*, 22 janv. 1910, t. XXIII, n° 4.

Greene Cumston. Un cas de hernie inguino-interstitielle chez une fille de neuf ans, *Revue de chir.*, 1905, t. I, p. 677.

Goyrand. De la hernie inguino-interstitielle, *Mém. de l'Acad. royale de méd.*, Paris 1836, vol. XIV, p. 30.

Jeanbrau. Hernie inguino-interstitielle, *Soc. anat.*, 1901, p. 284.

Leplus. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1908.

Macready. *A treatise on ruptures*, London 1893, p. 193.

Mathevet. Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle, *Th. de Paris*, 1901.

Peyrot. Hernie inguino-interstitielle, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 24 avril 1901, t. XXVII, p. 453, et Thèse de Mathevet. Hernie inguino-interstitielle.

Petit (J.-L.). *Traité des maladies chirurgicales*, 1790, t. II, p. 217.

Ricard. Hernie inguino-interstitielle. Descente complète du testicule non atrophié, *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, t. II, p. 3.

Rumpel. Ueber den interstitiellen Leistenbruch, Thèse Marburg, 1887.

Streubel. *Ueber die Schein reductionen bei Hernien*, Leipzig 1864.

Tillaux. Hernie inguino-interstitielle chez l'homme, *Bull. de thérap.*, mars 1871 ; — *Traité d'anatomie topographique*, 1877, p. 736.

Tourneux. Deux cas de hernie inguino-interstitielle étranglée chez la femme, *Soc. de chir.*, 18 avril 1913.

BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LA HERNIE INGUINO SUPERFICIELLE

Arrou. Voir Vaillant.

Barbarin. Hernie inguino-superficielle contenant un diverticule de Meckel, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, t. LXXIV, p. 924.

Bourdon. Anomalie de la tunique vaginale et du testicule, diverticulum de la tunique vaginale au-dessus de l'arcade crurale et sous les téguments, *Soc. anat. de Paris*, 1871, t. VI, p. 278-280.

Budinger. Ueber Hernia inguino-superficialis und Fehllage des Scheidenfortsatzes, *Arch. f. klin. Chir.*, 1911, t. XCV, p. 140-160.

Busch. Seltene Form von Hernia inguinalis externa, *Arch. f. klin. Chir.*, 1869, t. IV, p. 47.

Casagli. Un cas de hernie inguino-superficielle, *Gaz. des hôpit.*, 1914, t. LXXXVII, p. 389.

Coley. Résults of 1.000 operations for the radical cure of inguinal and femoral hernia, *Ann. of surg.*, 1903, t. XXXVII, p. 801.

Curling. *Traité pratique des maladies du testicule*, traduction française Gosselin, Paris 1857.

Ebner. Ueber ektopische Inguinal hernien mit besonderer. Berucksichtigung der superficiellen Form und einem. Beitrag zur Kasuistik derselben, *Beit. z. klin. Chir.*, 1905, t. XLVII, p. 546.

Foisy. Hernie inguino-superficielle étranglée (variété abdominale) avec ectopie testiculaire, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1903, t. LXXVIII, p. 69.

Hulke. Case of oblique inguinal hernia on cach side inpohich the testes remaining in the belly, the hernial sacs descended into the scrotum and also ascended upon the aponeurosis of the external oblique muscle, *Med. chir. Trans.*, 1886, t. XLIX, p. 189-193.

Le Fort. Sur un cas de hernie inguinale qu'on pourrait appeler pré-inguinale, *Bull. gén. de thérap.*, 1886, t. CX, p. 49-55.

Mamet. De la pathogénie de la hernie inguino-superficielle, *Th. de Lille*, 1919, n° 40.

Marion. De la hernie inguinale superficielle, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1899, t. XXIV, p. 993.

Moschkowitz. Inguino-superficial hernia, *Med. Record*, 1903, t. LXIII, p. 12-55.

Palazzo. Ernia inguino-superficial ; strozzamento da testiculo retenicho nel canale inguinal, *Clinica chir.*, Milan 1908, p. 769.

Scemana. De la hernie inguino-superficielle, *Th. de Paris*, 1900-1901, n° 401.

Vaillant. De la hernie inguino-superficielle, *Th. de Paris*, 1900-1901, n° 401.

Vauverts. De la pathogénie de la hernie inguino-superficielle. Un cas d'hydrocèle inguino-superficielle du canal de Muck, *VIe Congrès national de gyn. et d'obst.*, 1910 ; — Second cas d'hydrocèle inguino-superficielle du canal de

Muck, *Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, Paris 1913, t. VIII, p. 482.

BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LA HERNIE PROPÉRITONÉALE

BROCA. Voir SCHWARTZ.
CONFALIONERI. Un caso di ernia inguino-propéritonéal, *Gaz. di osp.*, Milano 1906.
DELBET. Voir SCHWARTZ.
EHLER. Sur quelques cas de hernies inguinales intrapariétales, *Arch. f. klin. Chir.*, 1911.
FROELICH. *Revue méd. de l'Est*, 1900.
GOYRAND. Loc. cit.
HAIM. *Hernie propéritonéale et réduction en masse spontanée*, 1920.
HOLDER. Ueber hernia properitonealis, *Beit. z. klin. Chir.*, 1891, t. VII, p. 288.
KROULEIN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1876 et années suivantes.
LEJARS. Hernie inguinale propéritonéale étranglée, *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, 1899.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Voir SCHWARTZ.
PARISE. Hernie intra-iliaque, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851, t. II.
PRINCETEAU. Deux cas de hernie propéritonéale étranglée, *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1910.
PUTZU. Occlusion intestinale due à une hernie propéritonéale étranglée, *Ann. ital. d. chir.* (Naples), 30 sept. 1924, an III, f. 9.
POTHERAT. Voir SCHWARTZ.
RAMONEDE. Le canal péritono-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, *Th. de Paris*, 1883.
ROBINSON. Two cases of properitoneal hernia, *Med. chir. Trans.*, Londres 1904. Voir SCHWARTZ.
SCKWARTZ. Sur un cas de hernie inguino-propéritonéale chez la femme ayant simulé un rétrécissement de l'intestin, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907, p. 233. Discussion par MM. Delbet, Potherat, Lucas-Championnière, Broca, Routler.
STREUBEL. *Ueber die Schein reductionen bei hernien*, Leipzig 1864.
TICHE. De la hernie propéritonéale, *Th. de Montpellier*, 1902, n° 32. Observation TÉDENAT.
VITRAC. Contribution à l'étude de la hernie propéritonéale, *Th. de Bordeaux*, 1911, n° 122.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1928)

Les échanges dans les kystes du rein. — Dans des kystes du rein ponctionnés pendant la vie, M. ACHARD a trouvé un liquide très différent de l'urine et ressemblant aux liquides du système lacunaire, car il renfermait de l'urée au même taux que dans le sang et du sucre à un taux un peu inférieur à celui du sang.

Ce fait résulte de ce que la paroi des tubes rénaux, modifiée par sa transformation kystique, ne remplit plus sa fonction glandulaire, et aussi de ce que la voie d'écoulement s'est trouvée supprimée.

Les échanges à travers les membranes, en effet, ne se font que lorsque les liquides diffèrent de chaque côté; ils cessent quand il y a équilibre entre les pressions et contre-pressions qui s'exercent de chaque côté de la membrane. Quand il y a une voie d'écoulement, ce qui est le cas général pour les cavités muqueuses et glandulaires, il n'y a pas de contre-pression et l'équilibre ne peut se faire.

Quand il n'y a pas de voie d'écoulement, ce qui est le cas général pour les cavités du système lacunaire (espaces conjonctifs et sous-arachnoïdiens, séreuses), l'équilibre est facile et habituel entre le sang et la sérosité. Mais on peut rompre cet équilibre en créant une voie d'écoulement; ainsi l'on sait que l'évacuation du liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire accroît le passage dans ce liquide de substances étrangères injectées dans le sang.

Précautions que comporte l'exercice appliqué thérapeutiquement. — M. BOIGEY (de Vittel). Il n'est personne à qui l'exercice soit plus salutaire qu'aux sédentaires et à ceux ou à celles qui ont doublé le cap de la cinquantaine. Mais cet exercice doit être proportionné aux forces de chacun, appliqué suivant les indications propres à chaque cas, et dosé d'une manière spéciale pour chaque sujet, si l'on veut que les intéressés n'en retirent que des bénéfices et ne s'exposent à aucun de ses dangers.

M. Boigey, directeur de la cure d'exercice de Vittel, rapporte plusieurs accidents dus à la méconnaissance de ces préceptes. En ce qui concerne les sédentaires hypertendus, les quinquagénaires et les sexagénaires, les cardiopathes latents ou compensés, il leur défend, notamment l'usage des exercices que l'on effectue dans la position couchée. Ils sont congestionnants pour le cerveau et s'ils n'ont pas d'inconvénients pendant la première moitié de la vie, il n'en est plus de même par la suite.

Ces diverses catégories de personnes doivent s'exercer debout, dans l'attitude normale de veille et de travail de l'homme. Pour eux, la machine à godiller demeure l'exercice de choix, parce que, pendant que tous les muscles travaillent, le corps est en station debout et la tête occupe une position dominante par rapport au reste du corps.

Traitement abortif de la grippe par la voie oculo-nasale. — M. Raoul BLONDEL donne lecture d'un travail sur la prophylaxie de la grippe par la voie oculo-nasale. Se basant sur le fait que la contagion se fait presque toujours par la projection des gouttelettes salivaires émises par les grippés lorsqu'ils parlent ou qu'ils toussent, et qui viennent atteindre le visage des voisins, il a, depuis huit ans, employé, à titre préventif, au cours d'épidémies de casernes, d'écoles ou de familles nombreuses, les instillations de sérum antidiphtérique de Roux sur les conjonctives, matin et soir. Par ce procédé, les épidémies sont facilement enrayées, et les cas de grippe, à leur début, avortent en quelques heures. Mais dès que la fluxion des muqueuses conjonctivales et nasales a rendu le passage par les voies lacrymales difficile pour le liquide visqueux, il vaut mieux recourir à un antiseptique non irritant, tel que l'électrargol (surtout l'électrargol radio-activé), qui ne tache pas comme le collargol, et qui est souvent actif même contre le rhume des foins. Une goutte instillée sur chaque œil, matin et soir, en temps d'épidémie ou en tout temps, dès les premiers signes du coryza, fait avorter grippe, rhume de cerveau, et peut-être d'autres infections épidémiques à contagion oculo-nasale (rougeole, scarlatine, etc.). On peut également instiller l'électrargol dans les fosses nasales, la tête étant renversée. L'emploi du collyre est plus simple et, grâce à la pénétration dans les voies lacrymales, y compris le sac lacrymal, qui abrite une réserve de germes, réalise une antisepsie plus efficace de cette voie très ordinaire de l'infection.

Election de deux membres correspondants nationaux dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles). — Classement des candidats : en première ligne, MM. Bardier (de Toulouse) et Bouin (de Strasbourg); en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Ambard (de Strasbourg), Barral (de Lyon), Billard (de Clermont-Ferrand), Policard (de Lyon).

Au premier tour de scrutin, sont élus : M. Bardier, profes-

seur de pathologie générale et expérimentale à la Faculté de Toulouse, et M. Bouin, professeur d'histologie à la Faculté de Strasbourg.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1928)

Abasie chez une traumatisée de guerre. — MM. Trénel et Lacan présentent une femme qui a été victime d'une commotion par explosion d'obus, à Dunkerque, pendant la guerre. Après avoir été atteinte, pendant un certain temps, de troubles des attitudes du type camptocormique, cette femme marche maintenant à reculons, et résiste énergiquement quand on veut l'obliger à marcher droit devant elle. Le désordre de la marche s'exagère nettement après chaque examen médical. Les réactions labyrinthiques sont strictement normales. La malade est revendicatrice et elle semble avoir été « influencée » dans ces derniers mois : elle recevait des « ondes ».

MM. Souques, Roussy, Lhermitte, qui avaient eu l'occasion d'examiner et de soigner cette malade, avaient considéré son état comme une « astasie de sinistrose ».

Encéphalographie artérielle. — M. Egas Moniz montre des radiographies prises après injection intracarotidienne d'iodure de sodium en solution concentrée, selon la méthode qu'il a préconisée. Ces radiographies permettent de localiser une tumeur cérébrale avec une netteté parfaite.

M. Sicard, qui a essayé cette méthode dans 2 cas, n'a jamais obtenu d'aussi beaux résultats.

M. Cl. Vincent estime préférable la ventriculographie de Dandy, qui peut être réalisée sans danger.

Amblyopie et fixité du regard en bas, avec conservation relative des mouvements automatico-réflexes et hyperglycorachie chez une syphilitique. — M. Laignel-Lavastine, Mme Schiff et M. Henri Desoille présentent une malade dont les yeux sont fixés en bas, sans qu'elle puisse leur faire effectuer aucun mouvement volontaire. Les mouvements automatico-réflexes persistent. Leur étude minutieuse révèle l'inconstance, et pour certains d'entre eux la variabilité du temps de latence. Il y a amblyopie avec persistance des réflexes photo-moteurs et sans lésion du fond d'œil. La force musculaire est diminuée, les réflexes tendineux vifs. L'examen électrique montre un mélange de fibres musculaires normales et de fibres atteintes de dégénérescence. Il n'y a pas de signe de Babinski, mais quelques signes de la série pseudo-bulbaire. Les auteurs n'éliminent pas la possibilité d'une encéphalite infectieuse surajoutée à la syphilis. Ils admettent la nature hypertonique des troubles moteurs des globes et soulignent les particularités des mouvements automatico-réflexes.

Hémisudation de la face d'origine traumatique. — M. Tinel présente un homme qui, à la suite d'une luxation de l'épaule, d'ailleurs facilement réduite, a commencé à souffrir de sensations paresthésiques dans le membre supérieur du côté correspondant, puis dans le cou et dans l'hémiface. Six à huit mois plus tard apparaissait une hémisudation de la face, qui survient par crises à l'occasion des fatigues, des émotions, des repas, et qui s'accompagne de dilatation pupillaire, de rougeur et de chaleur de la face et du pavillon de l'oreille. L'auteur a étudié, chez ce malade, les diverses épreuves du système neuro-végétatif (adrénaline en instillation oculaire, injection d'adrénaline, tartrate d'ergotamine, pilocarpine, belladone). Il relève les nombreux faits contradictoires, d'ordre clinique et expérimental, qui empêchent de considérer ce cas comme un fait simple d'hyperexcitabilité sympathique réflexe, et qui mettent en valeur l'autonomie des appareils nerveux périphériques.

M. Barré fait remarquer combien il est fréquent d'observer des syndromes de Claude Bernard-Horner dissociés, les fibres irritées et les fibres interrompues se trouvant plus ou moins intriquées.

La phlycténothérapie dans les myopathies. — M. Tinel a soigné, depuis dix ans, 12 cas de myopathies et de syndromes myopathiques par réinjections sous-cutanées de la sérosité de vésicatoires. Il a obtenu, dans 8 de ces cas, des résultats intéressants : arrêts d'évolution, rémissions et même améliorations franches. Dans un de ces cas, qu'il présente, la guérison est complète au point de vue clinique et électrologique.

MM. A. Thomas, Long, Lhermitte, Baudouin se demandent si ce dernier cas concerne bien une myopathie légitime. M. Laignel-Lavastine a vu M. Tinel traiter une malade dans son service avec un résultat encourageant.

Note sur les troubles de l'écriture pendant les absences épileptiques et sur leur intérêt médico-légal. — M. Souques montre quelques spécimens d'écriture commencés avant l'apparition d'une absence épileptique et continués pendant cette absence. La comparaison, entre la partie écrite avant et la partie écrite pendant l'absence, fait voir que la première, écrite en état normal et lucide, est correcte comme fond et comme forme, tandis que la seconde, écrite en état inconscient, est incorrecte de forme et de fond. On y remarque que les troubles de l'écriture apparaissent brusquement, sans aucune transition, dès que l'absence survient, et portent sur la graphie et sur l'idéographie. En ce qui concerne le graphisme, les lignes sont devenues courbes; les lettres ont augmenté dans toutes les dimensions et ont changé de forme. En ce qui concerne l'idéographie, c'est un jargon barbare et une incohérence étrange de mots et d'idées.

Ces troubles de l'écriture, dus à l'automatisme, sont intéressants au point de vue psychologique, parce qu'ils extériorisent les perturbations de l'esprit pendant les absences épileptiques, et qu'ils fixent d'une manière indélébile sur le papier le genre et le degré de l'obnubilation intellectuelle qui accompagne ces absences. Pour cette raison, ils intéressent la médecine légale. Ils peuvent, en effet, permettre d'établir rétrospectivement l'existence de l'épilepsie chez un prévenu qui ne présenterait comme manifestations comitiales que des absences rares et courtes, passées plus ou moins inaperçues, et chez lequel les faits de la cause feraient soupçonner le mal comitial. Le médecin expert pourrait en tirer des conclusions importantes.

Méningiome de la région orbito-fronto-temporale. Extirpation. Guérison. — MM. Cl. Vincent et Th. de Martel présentent un sujet qui est sur ses pieds après avoir subi, il y a moins de deux semaines, l'extirpation d'un volumineux endothéliome des méninges. Ce fait montre que, dès maintenant, on peut, non seulement localiser les tumeurs frontales, mais, dans certains cas, prévoir leur nature et la technique opératoire à suivre.

Le diagnostic de méningiome de la région fronto-orbitaire a pu être porté sur ce sujet, d'abord exclusivement en se fondant sur des phénomènes cliniques : signes d'hypertension, exophtalmie, crises d'aphasie, troubles mentaux.

L'exophtalmie, ou plutôt l'exorbitisme, est un signe capital qui n'est pas suffisamment apprécié en France comme phénomène indiquant une tumeur des méninges frontales. Il en est de même de la dysarthrie ou des crises d'aphasie, parce qu'elles sont transitoires. Une ombre radiographique légère, dont la signification avait été méconnue par d'éminents spécialistes, est venue prendre une grande valeur à côté des phénomènes précédents.

Cushing insiste sur l'importance qu'il y a pour le chirurgien à connaître, avant l'opération, non seulement le siège, mais la nature de la tumeur à laquelle il va s'attaquer. Il peut prévoir les difficultés qu'il va rencontrer. Il sait que les méningiomes ont une enveloppe très vasculaire, qu'ils donne-

font lieu à des hémorragies excessivement abondantes, et qu'il faut s'armer de tous les moyens propres à arrêter ces hémorragies : fragments musculaires, clips, électro-coagulation. La connaissance des pédicules vasculaires du méningiome ne lui sera pas moins utile en pareil cas.

Le syndrome du trou déchiré postérieur. Troubles dysphagiques simulant ceux des néoplasmes de l'œsophage. — MM. Jean LHERMITTE et N. KYRIACO. La dysphagie pour les solides, qui est un élément accessoire du syndrome du trou déchiré postérieur, peut, dans certains cas, occuper le premier plan pendant la première période de l'établissement de la maladie et simuler même un néoplasme de l'œsophage.

C'est un cas de ce genre que les auteurs rapportent, et qui a trait à une malade chez laquelle fut porté le diagnostic de cancer de l'œsophage, après l'examen radioscopique. Or, l'examen neurologique permit de réfuter ce diagnostic en montrant l'existence d'une paralysie amyotrophique du trapèze et du sterno-mastoïdien d'une part, de la paralysie de la corde vocale et de l'hémi-voile du palais, d'autre part, associée à une hypoesthésie de la partie postérieure du voile et à une abolition complète de la sensibilité gustative pour le tiers postérieur de la langue.

De cette observation on peut déduire que la dysphagie du syndrome de Vernet peut être liée, tantôt à la paralysie du constricteur supérieur du pharynx et tantôt au spasme œsophagien, conditionné lui-même par l'excitation du système vagal.

Rétraction et inversion avec atrophie du mamelon, consécutives à un zona thoracique. — MM. Jean LHERMITTE et N. KYRIACO. Le zona comporte, on le sait, une série de perturbations des fonctions du système végétatif; celles-ci sont liées, d'une part, à l'altération des ganglions rachidiens, et, d'autre part, aux lésions de la moelle mises en évidence récemment par Lhermitte et Nicolau.

Les auteurs rapportent une observation dans laquelle un zona typique, développé sur le troisième territoire radiculaire thoracique et sur le quatrième, détermina, quelques mois après la guérison apparente, une inversion avec atrophie du mamelon correspondant.

Huit ans après l'époque de l'éruption, l'inversion mamelonnaire se montrait aussi accusée qu'au premier jour.

C'est là un exemple nouveau de l'influence des perturbations zostériennes du système sympathique sur les fibres lisses.

Balance faradique. — M. CHARPENTIER démontre un système de « balance faradique » qui permet, avec le même courant, d'exciter simultanément deux muscles symétriques, de manière à comparer avec précision leur excitabilité.

Algie vélo-pharyngée essentielle. Alcoolisation locale. Guérison. — M. SICARD présente un malade atteint d'algie vélo-pharyngée à crises paroxystiques, dont l'intensité, progressive depuis plusieurs années, entrave la mastication, la déglutition, la parole. L'alcoolisation locale, par simple piqûre directe sous anesthésie locale de la région pharyngée latérale, a été suivie de guérison des douleurs. Mais la section par l'alcool des plexus glosso-pharyngés et vago-spinaux a provoqué une hémi-paralysie vélo-palatine et pharyngée transitoire en tous points semblable, du reste, à celle que détermine l'acte opératoire. L'alcoolisation de l'algie vélo-pharyngée, qui n'avait pas été tentée jusqu'ici, mérite donc d'être mise en pratique.

Radiothérapie des tumeurs rachidiennes et intrarachidiennes. — MM. SICARD, HAGUENAU, GALLY et WALLICH apportent le résultat de leurs contrôles cliniques, radiographiques, histologiques et radiothérapiques, sur une quarantaine de cas de tumeurs rachidiennes ou intrarachidiennes, en dehors de toute néoformation pottique, et opérées, pour la plupart d'entre elles, par Robineau.

Ils montrent que les succès radiothérapiques sont rares, que l'échec des rayons est certain dans les tumeurs de type bénin (angiome, lipome, fibrome, neuro-gliome, psammome, kyste hydatique), que la radiothérapie rachidienne n'est pas efficace non plus dans les métastases rachidiennes qui dépendent d'un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate, mais que, dans certains cas (quatre cas de tumeurs osseuses rachidiennes du type myélocytome ou de type sarcomateux probable), les résultats des rayons peuvent être remarquablement favorables, rapides et persistants. Les auteurs montrent aussi ce que l'on peut attendre de l'association radio-chirurgicale au cours de l'évolution des néoformations rachidiennes. Si, quinze jours après une application de 20.000 R sur une tumeur médullaire, il n'y a pas d'amélioration, on peut conclure à la radio-résistance et il faut opérer.

MM. TOURNAY et ALAJOUANINE signalent, en outre, de bons résultats radiothérapiques dans des cas de néoplasies osseuses secondaires de type conjonctif (lymphosarcome ou lymphogranulome). M. LAIGNEL-LAVASTINE a même eu un résultat favorable prolongé dans un cas de métastase d'un cancer du sein.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1927)

Un cas de thrombose de l'artère centrale de la rétine. (*Présentation de microphotographies.*) — MM. H. VILLARD et Ch. DEJEAN. Une femme de soixante et onze ans, artério-scléreuse et très hypertendue, fait des crises d'obnubilation passagère de l'œil droit aboutissant progressivement à la perte visuelle. L'œil, enlevé trois mois après pour glaucome, présentait un énorme thrombus de l'artère centrale de la rétine, complètement organisé, avec fibres collagènes, vaisseaux et nombreuses cellules conjonctives. Les lésions de la paroi sont considérables : disparition de l'endothélium et de l'endartère, foyers de résorption, segmentation, dissociation et infiltration calcaire de la couche élastique. Le thrombus est nettement rattaché à la plus large de ces lésions d'artério-sclérose. C'est une des observations les plus probantes en faveur de la nature thrombosique et non embolique de l'obstruction de l'artère centrale.

Angiome de la lèvre inférieure traité par les injections de quinine uréthane. — MM. A. AUGÉ et G. COTSAFTIS.

Sur un cas d'alopécie peladique à forme décalvante guérie par les rayons ultraviolets. — MM. P. ALINAT et J. BERGES présentent un malade qui fut atteint en mai dernier d'une pelade à forme décalvante très sévère, affection intéressant non seulement le cuir chevelu, qui était remplacé par un damier peladique, mais aussi la barbe et les sourcils. Echec total des moyens thérapeutiques usuels, notamment frictions excitantes avec des lotions et teintures variées. La guérison est obtenue par deux séries d'irradiations ultraviolettes (trois séances par semaine pendant deux mois, la durée des séances a été élevée progressivement jusqu'à trente minutes).

Les irradiations générales ont été nettement plus efficaces que les applications locales.

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1927)

Tuberculose rénale. Néphrectomie sur constante d'Ambard et radiographie. (*Présentation de pièce et de clichés.*) — MM. E. JEANBRAU, A. BONNET et M. NICOLAS.

Sensibilisation aux rayons ultraviolets de favus antérieurement traités par la radiothérapie. — MM. J. MAR-

GAROT et L. GONDARD. Les rayons ultraviolets ont une action à peu près nulle sur les favus qui n'ont pas été antérieurement traités par les rayons X. Par contre, les récidives qui se produisent chez les sujets soumis à l'épilation par les mêmes rayons présentent une grande sensibilité à l'action de la lumière ultraviolette, et les éléments mycéliens sont assez rapidement nécrosés.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PARÉSIE INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE (1).

Par A. AIMES (de Montpellier).

Le tableau clinique de la parésie intestinale post-opératoire se constitue dès le deuxième ou troisième jour; elle se différencie des paralysies par péritonite et de l'occlusion vraie; ce n'en est pas moins une complication très fréquente et fort désagréable des interventions sur l'abdomen au point que, sous sa forme légère, elle est presque de règle. Les manœuvres intra-abdominales au cours de l'acte opératoire en sont la cause principale; elle est ensuite aggravée par l'usage de la morphine.

Dans sa forme légère, elle peut céder à la sonde rectale et aux lavements; dans sa forme moyenne, elle revêt déjà un caractère plus alarmant; dans sa forme grave, enfin, elle prend tous les aspects de la péritonite aiguë et peut emporter le malade si l'on ne met pas en œuvre tous les moyens thérapeutiques propres à la juguler.

A ces moyens classiques, le meilleur agent thérapeutique à associer est la péristaltine administrée sous forme injectable. Il est même préférable de ne pas attendre l'apparition du syndrome et d'injecter préventivement soit avant, soit après l'opération, 2 ou 4 centimètres cubes de péristaltine; on obtient ainsi généralement des émissions de gaz entre la sixième et la quinzième heure qui suit l'intervention, et on évite aux opérés tous les désagréments du météorisme avec ses douleurs, sa dyspnée, ses nausées, son accélération du pouls.

Le syndrome constitué, on aura encore recours à la péristaltine, le plus souvent avec succès en lui associant, si nécessaire, 1 milligramme de sulfate d'ésérine. En cas d'échec, on aura la ressource du lavement électrique, mais il est très rare que l'on soit obligé d'y recourir si l'on a pris la précaution d'injecter préventivement la péristaltine.

LIVRES NOUVEAUX

Recherches de chirurgie clinique et expérimentale (2), par M. le professeur A. NAVARRO, doyen de la Faculté de médecine de Montevidéo.

M. le professeur Navarro est un des hommes les plus considérables de l'Uruguay, il est aussi un savant estimé dans le monde entier, il est surtout pour nous, Français, un ami sincère. Pour en donner une nouvelle preuve il apporte en hommage aux maîtres de l'Ecole française ce très bel ouvrage. Il y a réuni les meilleurs de ses travaux personnels dont quelques-uns ont déjà été publiés dans les *Annales de la Faculté de Montevideo*. Un grand nombre d'autres, plus récents, sont inédits. Leur réunion forme un magnifique volume que M. Masson a édité avec son habituel souci de la forme et de la précision. F. L. S.

(1) *Progrès médical*, 3 septembre 1917.
(2) In-8. — Paris, Masson et Cie.

Maladies du cerveau (1), par les docteurs LÉRI, KLIPPEL, SÉRIEUX, MIGNOT et N. PÉRON.

On trouvera dans ce nouveau fascicule du *Traité de médecine*, dirigé par Carnot et Lereboullet, un exposé complet et clair de la pathologie du cerveau. M. André Léri s'est chargé de développer les chapitres : *Commotion cérébrale, Hémorragie cérébrale, Ramollissement cérébral*. Chacune de ces affections a été traitée au point de vue étiologie, symptomatologie, diagnostic et traitement.

M. Klippel a rédigé dans le même esprit les articles : *Syphilis cérébrale, Tumeurs cérébrales* et *Abcès cérébral*. Le volume se termine par une étude sur la *Paralysie générale*, que MM. Sérieux, Mignot et Péron, ont exposée avec soin.

Cet ouvrage réalise dans son ensemble, et par une collaboration étroite des auteurs, un traité complet sur ces questions de pathologie nerveuse qui intéressent les médecins, spécialisés ou non. L. G.

Archivio italiano di chirurgia (2). Directeur : Mario DONATI, professeur de Clinique chirurgicale de l'Université de Padoue. Volume XVIII écrit en l'honneur de Raffaele Bastianelli pour sa 25e année d'enseignement.

Dans ce splendide volume de 700 pages, les plus illustres chirurgiens des deux mondes publient, pour rendre hommage à Bastianelli, de très beaux travaux illustrés d'une façon tout à fait remarquable. L. G.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

VOYAGE DE PAQUES SUR LA CÔTE D'AZUR. — La Société médicale du littoral méditerranéen organise un nouveau voyage médical du 15 au 22 avril 1928.

Le programme de ce voyage comprend au départ de *Nice*, la visite d'*Antibes*, de *Juan-les-Pins*, du *Golfe Juan-Vallauris*, de *Cannes*, du *Cannet*, de *Grasse*, *Vence*, *Menton*, *Monte-Carlo*, *Monaco*, *Beaulieu*, et une excursion dans les *Alpes* avec retour à *Nice*.

Le programme de visites des établissements médicaux, des conférences, des excursions et des fêtes a été établi par la Société médicale et son dévoué président M. Maurice Faure, de façon à ne pas fatiguer les voyageurs tout en les menant d'enchantements en enchantements.

Du 22 au 26 avril, une *excursion facultative* emmènera les voyageurs *en Corse* où ils pourront, dans les meilleurs conditions, visiter l'île de beauté.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire sans retard auprès du *docteur Maurice Faure*, 24, *rue Verdi, à Nice*, qui donnera tous les renseignements complémentaires désirables.

VIIIe CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE MÉDICALE. — Ce Congrès se tiendra à Florence, du 14 au 16 mai 1928, sous la présidence du professeur Luigi Siciliano.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général, le docteur Manlio Gembillo, Instituto di radiologia della R. universita, via degli Alfani, 33, Firenze.

(1) Un vol. de 200 pages avec 40 figures. — Paris, N. Maloine.
(2) Bologne 1927, L. Cappelli, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Indicateur des principaux horaires pour le transport des marchandises en grande et en petite vitesse. — La Compagnie des chemins de fer vient de faire paraître un indicateur des principaux horaire pour le transport des marchandises en grande et en petite vitesse par wagons complets en transit par les lignes du réseau P.-L.-M.

Cet indicateur mentionne, pour les meilleures relations entre les principales villes des pays étrangers, en transit par les lignes du P.-L.-M., les heures de départ et d'arrivée à destination ; il permet de connaître l'heure la plus favorable de remise de l'expédition à la gare de départ, la durée pratique du transport, ainsi que le moment à partir duquel la marchandise a dû arriver à destination. Cette innovation sera certainement très appréciée part ceux qui, de près ou de loin, s'intéressen au trafic international. Le nouvel indicateur, qui sera réédité aux principaux changements de service, peut être obtenu en s'adressant à M. l'ingénieur en chef de l'exploitation de la Compagnie P.-L.-M. Service de la Publicité, 20, boulevard Diderot, Paris. (Prix : 10 fr.

Cartes donnant droit a la délivrance de billets a demi-tarif. — Jusqu'à présent, le voyageur qui désirati obtenir des billets à demi-tarif devait se munir de cartes de trois mois, six mois ou un an.

Désormais, il lui sera possible d'obtenir également ces billets sur présentation des cartes d'un mois ou deux mois qui sont délivrées depuis le 1er janvier 1928.

Les nouvelles cartes sont valables sur l'ensemble des grands réseaux de chemins de fer français.

Elles sont de trois types suivant que le voyageur désire obtenir des billets à demi-tarif de toutes classes, de 2e et 3e classe, ou de 3e classe seulement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Questions actuelles de syphiligraphie, suivies d'un index bibliographique de 3.400 travaux de syphiligraphie parus en 1925 et 1926 en français, allemand, anglais, italien, espagnol, etc. (2e série), par le docteur Clément SIMON. Un vol. in-8 de 178 pages avec figures. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Legrand.

Le Rôle du calcium en biologie et en thérapeutique, par Georges BOINOT, docteur en pharmacie. Préface de M. R. Douris, professeur à l'Université de Nancy. — Prix : 20 fr. — Expansion scientifique française, rue du Cherche-Midi, 23, à Paris.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de cinq internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 22 mars 1928, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

S'inscrire au bureau de la direction de l'hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. le professeur Ardin-Delteil est nommé doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

— Lille. — Le Conseil de la Faculté a présenté, pour succéder au professeur Laguesse dans la chaire d'histologie, en première ligne, M. Debeyre, professeur sans chaire; en deuxième ligne, M. Cordier, agrégé.

Le Conseil a demandé le maintien de la place d'agrégé d'anatomie laissée libre par la nomination du docteur G. Gérard à la chaire de professeur d'anatomie.

— Nancy. — M. P. Parisot, professeur de médecine légale, est nommé assesseur du doyen.

M. Richon, professeur de pathologie interne et propédeutique, est nommé professeur de clinique médicale.

M. Hamant, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. Jeandelize, agrégé, est nommé professeur d'ophtalmologie.

M. Merklen est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. Florentin est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

M. Fourrier est nommé préparateur stagiaire des travaux pratiques d'hygiène.

INSTITUT PASTEUR. — M. le docteur Guérin, chef de service à l'Institut Pasteur de Lille, a été chargé de la direction du laboratoire de vaccination antituberculeuse à l'Institut Pasteur de Paris.

IVe CONGRÈS DE LA F. A. E. — Le IVe Congrès de la Fédération des Associations d'externes et anciens externes des hôpitaux de France aura lieu les 17 et 18 mars, à Bordeaux.

Ces deux jours seront consacrés à la discussion de rapports, à la visite de la ville et des hôpitaux et aux réceptions et banquets (soirée de gala au grand théâtre de Bordeaux, etc.). Le 19 mars, organisation d'une excursion hors de Bordeaux.

Rapports : 1. « Unification des concours d'internat et d'externat », par Max Girou (de Bordeaux); 2. « La protection du titre d'externe (nouvelle jurisprudence) », par J. Besançon (de Paris); 3. « Les études médicales et leur modification éventuelle », par Béhague et F. Lepennetier (de Paris); 4. « Les accidents professionnels et les maladies contractées en service hospitalier », par MM. Baudouin et Fortineau (de Nantes).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Max Girou, président du IVe Congrès de la F. A. E., 23, rue de Lachassaigne, Bordeaux.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. (Copenhague, 30 juillet-1er août 1928.) — Il est rappelé que l'inscription au Ier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie de Copenhague cessera le 1er mai prochain ainsi que l'envoi du titre des communications ou des présentations. Prière d'adresser l'un et l'autre à M. le docteur Blegvad, 3 Nytorv, Copenhague K, en même temps qu'un mandat international de 30 couronnes danoises au nom du docteur Jorgen Moller, 13 Vestre Boulevard, Copenhague K.

D'autre part, à l'occasion du Congrès, trois croisières ont été organisées :

1° Celle du Cap Nord avant le Congrès. Départ de Paris le 11 juillet, Copenhague, la Croisière, le Cap Nord, le Soleil de Minuit et les Fjords, Balholm, Oslo, Stockholm, Co-

penhague (du 30 juillet au 2 août), Hambourg, Paris (le 4 août).

Prix total de l'excursion à partir de 7.260 fr.

2° Celle du Spitzberg après le Congrès. Départ de Paris le 27 juillet, Hambourg, Copenhague (30 juillet-2 août), Stockholm, Upsala, Trondhjem, Cap Nord, le Spitzberg, le Soleil de Minuit, la Banquise Polaire, les Fjords, Bergen, Newcastle, Londres, Paris le 27 août.

Prix total de l'excursion à partir de 12.400 fr.

3° Celles des Fjords du Sud après le Congrès. Départ de Paris le 27 juillet, Hambourg, Copenhague (30 juillet-2 août), Stockholm, Upsala, Oslo, Bergen, Sognefiord, Närofjord, Geirangerfjord, Nordfjord, Bergen, Newcastle, Paris le 18 août.

Prix total de l'excursion à partir de 7.190 fr.

S'inscrire pour ces croisières avant le 20 mars, dernier délai, à l'agence Bennett, 4, rue Scribe, Paris.

JUBILÉS DE JOURNAUX. — *The Glasgow medical Journal* vient de célébrer son centenaire. Dans un fort beau numéro spécial notre confrère retrace la vie de la publication. Elle fut fondée par William Mackenzie qui, après avoir étudié à Paris avec Roux et Orfila, puis à Vienne et à Londres, devint professeur d'anatomie et de chirurgie à Glasgow.

L'historique du journal, la vie de ses éditeurs, l'étude des travaux scientifiques dus aux maîtres de Glasgow fournissent la matière de ce numéro commémoratif bien digne du passé et du présent de *Glasgow medical Journal*.

— Le *Münchener medizinische Wochenschrift* vient de célébrer son 75e anniversaire en publiant un numéro spécial.

The Practitioner entre dans sa soixantième année. A cette occasion le grand journal anglais, à qui l'on doit la publication des premiers travaux de Lister et une part très active dans la lutte antituberculeuse et dans la lutte contre le cancer, a publié également un fort beau numéro commémoratif.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur don Pedro Sainz Lopez, directeur de la *Voz medica*, de Madrid. Nous adressons l'expression de notre cordiale sympathie aux collaborateurs de ce regretté confrère; de M. le docteur Paul Douillet, médecin principal en retraite, à Grenoble; Félix de Backer (de Paris), Henri Gillet (de Toulon), Ernest Motel (de Vannes).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. le professeur H. Rouvière fera la leçon inaugurale de son cours le vendredi 2 mars 1928, à 17 h. (grand amphithéâtre de la Faculté de médecine), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Sujet du cours : « Anatomie du bassin. Système nerveux central. »

COURS DE PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE A L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — M. le docteur Chailley-Bert, chargé de cours, commencera le cours dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, le samedi 3 mars 1928, à 18 h., et le continuera les samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Physiologie appliquée à l'éducation physique. »

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. le professeur Nobécourt commencera le cours de Clinique médicale des Enfants le lundi 5 mars 1928, à 9 h.

— CONFÉRENCES DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. le docteur JOYEUX, agrégé, commencera ses conférences le lundi 5 mars 1928, à l'amphithéâtre Vulpian, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. (Némathelminthes, arthropodes, animaux venimeux et vénéneux; animaux réservoirs de virus, champignons parasites et vénéneux).

— COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE. — *Conférences complémentaires.* — M. DOGNON, agrégé, commencera ces conférences le mardi 6 mars 1928, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les jeudi, samedi et mardi suivants, à la même heure.

Objet des conférences : Physico-chimie biologique, mécanique et chaleur animales.

CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. H. ROGER.) — M. Léon Binet, agrégé de physiologie, commencera les conférences de physiologie le mercredi 7 mars 1928, à 17 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « Circulation, respiration, fonctions de relation. »

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur P. Menetrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 7 mars 1928, à 6 h., à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 6 h., pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours : « La médecine grecque ancienne. »

CHRONIQUE

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR MATAS

Le professeur Rudolph Matas (de la Nouvelle-Orléans) est un maître de la chirurgie vasculaire. Il est connu dans le monde entier à ce titre et on l'a entendu, en France, au Congrès de chirurgie de 1922, exposer ses travaux sur le traitement des anévrismes, en particulier sur l'opération qui porte son nom : l'endo-anévrismorraphie.

Il a aujourd'hui soixante-sept ans. Il touche à la fin d'une longue carrière. Ses compatriotes qui sont avec juste raison très fiers de lui viennent de le fêter dans une réunion organisée par l'Orleans Parish medical Society. Le *New-Orleans medical and surgical Journal* lui consacre son numéro de février 1928. En lisant les discours dans lesquels ses collègues ont témoigné à Matas leur admiration, la réponse qu'il leur a faite, les extraits de ses dernières publications et la bibliographie exacte de tous ses travaux, on voit se dessiner peu à peu l'image d'un homme réellement supérieur. Une intelligence souple et inventive appliquée aux problèmes les plus variés de la chirurgie et de la médecine, le goût et le talent de l'enseignement, des dons égaux de savant et de praticien, les qualités morales — fermeté et élévation du caractère, dévouement actif et fécond — qui confèrent une naturelle autorité, enfin une extraordinaire puissance de travail et de réalisation servie par un parfait équilibre physique, tels sont les traits principaux de cette attachante personnalité. Matas n'est pas seulement un adroit et heureux opérateur ; c'est un grand médecin dans le sens le plus complet et le plus noble qu'on puisse donner à ce mot.

P. C. G.

L'ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE NERVEUSE AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (1)

Par René FONTAINE,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg.

Il y a quelques jours, M. le professeur Barré a bien voulu me demander de venir raconter devant votre Société ce, qu'au cours d'un récent séjour de dix mois aux Etats-Unis, j'avais vu de nouveau en ce qui concerne la chirurgie nerveuse.

J'ai cru d'autant moins pouvoir me dérober à l'aimable invitation de votre président, qu'au moment de partir pour les Etats-Unis mon maître, le professeur Leriche, avait attiré mon attention sur les progrès réalisés en Amérique dans cette branche de notre art et que durant tout mon séjour dans ce pays il n'a jamais cessé de m'exhorter par lettres à suivre avec le plus grand intérêt l'évolution de la neuro-chirurgie américaine.

Ayant eu ainsi, grâce au professeur Leriche, l'occasion d'approcher la plupart des neuro-chirurgiens des Etats-Unis, ce sont les impressions recueillies au contact de ces hommes que je désirerais vous soumettre aujourd'hui.

Le temps m'a manqué pour compléter cette conférence par une grande documentation et les quelques minutes dont je dispose sont trop courtes pour que je puisse faire autrement que d'effleurer seulement bien des points qui mériteraient un développement plus considérable.

Les hasards de la clinique, j'espère, nous fourniront dans les prochains mois parfois l'occasion de revenir sur les travaux des auteurs américains dont aujourd'hui je ne puis donner qu'un résumé bien sommaire.

* * *

Le neuro-chirurgien aux États-Unis. — La neuro-chirurgie a pris aux Etats-Unis un très grand développement. Elle y constitue une véritable spécialité chirurgicale exercée par des chirurgiens qui se limitent aux opérations nerveuses à l'exclusion de toutes les autres.

Ainsi comprise, la neuro-chirurgie américaine est née à Baltimore; elle doit son indépendance à Harvey Cushing, qui dès 1903 s'est intéressé à la chirurgie nerveuse, y a ensuite consacré de plus en plus de temps, pour finalement depuis une vingtaine d'années, limiter toute son activité à cette branche spéciale de la chirurgie.

En 1903 Harvey Cushing a quitté Baltimore pour Boston où il dirige actuellement au Peter Bent Brigham Hospital le centre neuro-chirurgical le plus important du monde entier. Plusieurs de ses élèves se sont installés dans d'autres grandes villes des Etats-Unis.

Loyal Davis s'est établi à Chicago où il sera bientôt suivi par Percival Bailey, Mac Kenzie à Toronto, Penfield à New-York, Loke à Cleveland, alors que Dandy occupe à présent à Baltimore la place laissée vacante par le départ de Cushing. En même temps, d'autres chirurgiens imitèrent l'exemple de Cushing : Sachs à Saint-Louis, Adson et Craig à Rochester (Minnesota), Stookey et Elsberg à New-York, Frazier à Philadelphie se sont également transformés, de chirurgiens généraux qu'ils étaient, en neuro-chirurgiens dans le sens que l'on donne en Amérique à ce mot. En somme, la neuro-chirurgie, inconnue en tant que spécialité chirurgicale dans le vieux continent, possède déjà aux Etats-Unis des représentants assez nombreux, qui ont fondé entre eux une Société particulière de neuro-chirurgie.

Mais le fait qu'ils la pratiquent à l'exclusion de toute autre, n'est pas le seul qui distingue les neuro-chirurgiens américains de ceux de leurs confrères du vieux continent qui s'intéressent à la chirurgie du système nerveux; ils s'en différencient encore parce qu'ils font eux-mêmes leurs examens et diagnostics neurologiques.

Le même homme qui fait l'examen neurologique complet du malade, apprécie la valeur localisatrice des différents symptômes constatés et évalue le degré de stase papillaire, intervient quelques jours plus tard sur la foi de ses seuls examens à l'endroit précis où il aura cru pouvoir localiser la tumeur.

Les neuro-chirurgiens américains réunissent donc dans la même personne un neurologiste et un chirurgien.

L'existence de centres aussi spécialisés amène un afflux de matériel clinique inconnu dans les services chirurgicaux d'Europe.

Pour en donner une idée, je dirai seulement qu'au 1er mai 1925, le professeur Cushing disposait d'un matériel de 1.111 cas de tumeurs cérébrales histologiquement vérifiées qui se décomposaient comme suit (1) :

1. Gliomes		473 cas
2. Adénomes hypophysaires		213 —
3. Méningiomes (endothéliomes duraux)		136 —
4. Neurinomes (tumeurs de l'acoustique)		99 —
5. Tumeurs congénitales		66 —
Kystes de la poche cranio-pharyngienne	54 cas	
Cholestéatomes et dermoïdes	8 —	
Tératomes	4 cas	
6. Granulomes		37 —
Tuberculomes	24 cas	
Syphilomes	13 —	
7. Tumeurs métastatiques (origine extra-méningée)		42 —
8. Papillomes (plexus choroïdes		7 —
9. Tumeurs vasculaires (périthéliomes)		16 —
10. Tumeurs diverses et tumeurs non classifiées		22 —
Total		1.111 cas

A ce total de 1.111 cas de tumeurs histologique-

(1) Conférence faite à la Réunion neurologique de Strasbourg le 31 janvier 1928.

(1) Cité d'après VAN DESSEL. L'incidence et le processus de calcification dans les gliomes du cerveau, *Arch. franco-belges de chir.*, 1925, p. 845-874.

ment vérifiées s'ajoute un nombre à peu près égal qui ne furent pas examinées au microscope.

Dans l'année 1925, Cushing a exécuté 157 opérations pour tumeurs cérébrales, et en 1926 : 217 (1).

En 1925, Bailey et Dott (2) ont pu faire dans le service de Cushing une étude sur les adénomes hypophysaires basés sur 162 cas vérifiés à l'opération.

On s'attendrait à ce que la mortalité opératoire d'un hôpital où se pratiquent tant d'interventions pour tumeurs cérébrales soit très élevée. Il n'en est rien et au Peter Bent Bringham Hospital la mortalité globale du service de chirurgie ne dépassait pas 5 p. 100 en 1926.

En ne considérant que les interventions pour tumeurs cérébrales, Cushing arrive dans l'année 1925 pour 157 opérations à une mortalité de 14 p. 100 et dans l'année 1926, pour 217 opérations à 11,5 p. 100.

Certaines années la mortalité fut encore plus faible; elle n'atteignit que 9 p. 100 en 1921.

Pour les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, v. Eiselsberg, l'un des chirurgiens qui en Europe en ont opéré le plus, avouait récemment encore une mortalité opératoire dépassant 50 p. 100; entre les mains de Cushing, la mortalité pour les mêmes tumeurs est de 20,7 p. 100 calculée sur l'ensemble des malades opérés et de 15,4 p. 100 calculée sur le nombre des opérations pratiquées.

Sans vouloir entrer dans trop de détails, il faut reconnaître, je crois, pour être impartial, que la mortalité dans les tumeurs cérébrales est à l'heure actuelle aux Etats-Unis infiniment moins grande que partout ailleurs. Mais afin de pouvoir comprendre à quoi tient cette différence dans les résultats opératoires des tumeurs cérébrales de ce côté de l'Atlantique et de l'autre, le mieux est d'envisager successivement le rôle du neuro-chirurgien américain dans chacune de ses deux fonctions.

***

Nous parlerons d'abord du neuro-chirurgien en tant que neurologiste — En Amérique, sous l'influence de Cushing et de son école, ce sont les tumeurs cérébrales qui ont retenu avant tout l'attention de la plupart des neuro-chirurgiens à l'exception de Stookey, d'Elsberg et de Mixter qui s'intéressent davantage à la chirurgie médullaire. Ce seront donc les tumeurs cérébrales que j'aurai surtout en vue dans ce qui va suivre.

1° *Le recrutement des malades.* — Les neuro-chirurgiens américains reçoivent leurs malades, pour la plus grande partie, directement des médecins praticiens. Il est vrai que ceux-ci, surtout ceux qui sortent des grandes écoles, sont particulièrement bien dressés à dépister ces lésions dès le début de leurs manifestations cliniques. Qu'on me permette une impression personnelle. Avant de partir pour les U. S. A. j'avais gardé de mes études médicales l'impression que les tumeurs cérébrales étaient sinon exceptionnelles, tout au moins quelque chose de peu fréquent. Cette impression je ne suis pas seul à l'avoir eue puisqu'elle m'a été confirmée, depuis que je suis rentré en France, par beaucoup de mes amis qu'ils aient fait leurs études à Strasbourg, à Lyon, à Paris ou ailleurs.

Je ne fus que d'autant plus surpris d'assister aux Etats-Unis à des cours où l'on enseignait aux étudiants que le cerveau était avec l'utérus, l'estomac et le sein, l'organe le plus fréquemment atteint d'affections tumorales.

Je ne sais si les tumeurs cérébrales sont vraiment plus fréquentes aux Etats-Unis qu'en Europe. C'est possible puisque bien d'autres maladies changent d'aspect suivant que l'on se trouve de ce côté ou de l'autre de l'Atlantique. Mais je dois dire que j'ai été vivement impressionné d'avoir vu, plusieurs fois dans le service neuro-chirurgical de l'hôpital où je travaillais, des malades que leurs médecins traitants avaient envoyés en pensant à la possibilité d'une tumeur cérébrale parce qu'à côté de vagues céphalées et de vomissements très rares leurs clients présentaient une stase papillaire au début. Cette stase papillaire, on apprend aux étudiants en Amérique à la reconnaître. A toute occasion, on leur répète la nécessité de pratiquer chaque fois un examen du fond de l'œil dès qu'un malade présente de près ou de loin une symptomatologie rappelant celle d'une hypertension intracranienne, de sorte qu'en présence de faits du genre de ceux auxquels je viens de faire allusion, on arrive à se demander si en Europe de pareils malades n'auraient pas continué encore pendant de longs mois à être traités par des comprimés d'aspirine ou si, envoyés à un hôpital ils n'auraient pas quitté celui-ci avec une cicatrice d'appendicectomie, plutôt que de s'en retourner chez eux guéris d'une tumeur cérébrale énucléable.

Quoi qu'il en soit, il me semble que tout observateur objectif est obligé de reconnaître que les tumeurs cérébrales sont opérées d'une façon bien plus précoce en Amérique qu'en Europe. Cette précocité de l'intervention, qui est faite à un moment où la compression n'a pas encore fait de dommages irréparables, explique à notre sens en grande partie la supériorité des résultats opératoires.

Je ne suis pas qualifié pour discuter de l'examen neurologique lui-même et pour apprécier les divergences d'opinion qui peuvent exister sur la valeur localisatrice de l'un ou de l'autre signes. Il ne semble pas, d'ailleurs, qu'il y ait de bien grosses différences entre leur façon de faire et la nôtre, d'autant plus que c'est en France que la majorité des neuro-chirurgiens américains sont venus compléter leur instruction neurologique.

Il est nécessaire, par contre, d'insister quelque peu sur les procédés physiques employés dans le diagnostic des tumeurs cérébrales.

La *radiographie* est régulièrement faite dans chaque cas de tumeur soupçonnée. Elle permet parfois à elle seule de confirmer un diagnostic hésitant. Sa valeur est particulièrement grande dans les tumeurs de l'hypophyse et les tumeurs suprasellaires. Elle rend des services également dans les gliomes calcifiés, dont van Desel a rapporté d'assez nombreux

(1) Cité d'après le rapport annuel du professeur Cushing dans *Peter Bent Brigham Hospital*, XIIIe rapport annuel, 1926.

(2) N. M. Dott et P. Bailey. Hypophysial Adenomata, *Brit. Journ. of surg.*, 1925, vol. XIII, n° 50, p. 314-366.

exemples (1). En même temps, elle permet souvent d'évaluer l'importance de l'hypertension intra-cranienne par le degré d'usure des os du crâne.

Mais ce sont surtout l'*aéro-ventriculographie* et *les injections intraventriculaires de substance colorantes* qui méritent une mention spéciale; les deux méthodes ont été mises au point par Dandy, de Baltimore.

La ventriculographie : sous anesthésie locale, un trou est foré juste au-dessus de la ligne occipitale supérieure; on incise la dure-mère un temps spécial pour s'assurer que la ponction ventriculaire ne lèsera point un vaisseau arachnoïdien, ensuite la corne postérieure est ponctionnée à l'aide d'une aiguille ventriculaire. Une seringue avec robinet à deux voies évacue une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien; qui est instantanément remplacé par de l'air, le volume d'air injecté équivalant environ à 2/3 du volume de liquide soustrait.

Dandy recommande de toujours trépaner de suite des deux côtés afin de pouvoir injecter secondairement le second ventricule, si la première radiographie montre que les deux ventricules ne communiquent pas et que le trou de Monroe est bouché. L'orifice de trépanation peut reservir si ultérieurement une ponction ventriculaire s'avérait nécessaire dans un but thérapeutique.

Aussitôt après l'injection des radiographies sont prises, une antérieure, une postérieure, une droite et une gauche. Le pouls et la respiration doivent être surveillés durant ces manœuvres.

Si les premières radiographies sont insuffisantes, on peut les répéter sans nouvelles injections le soir même de l'opération. Chaque fois que l'opération ne suivra pas aussitôt la ventriculographie, on aura avantage, afin d'éviter des accidents désagréables, d'évacuer l'air le soir même par une nouvelle ponction ventriculaire.

Les quatre radiographies prises permettent d'évaluer la perméabilité du trou de Monroe, la configuration générale et l'état de distension des ventricules, leurs irrégularités de contours. Les ventricules sont-ils uniformément élargis sans irrégularités des contours, l'obstacle siégera très certainement dans la loge postérieure. Le gliome d'une hémisphère, au contraire, aplatira le ventricule correspondant.

L'aéro-ventriculographie de Dandy paraît être un moyen d'exploration sans grand danger, bien qu'il ne soit cependant pas anodin. Je tiens du chef de clinique de Dandy que celui-ci aurait eu 3 morts sur 1.500 cas; Dandy a également perdu un malade opéré en Autriche, dans la clinique de von Eiselsberg et qui est mort d'une hémorragie due à la lésion d'un vaisseau arachnoïdien par l'aiguille de ponction. On peut observer aussi des céphalées, des hyperthermies, des alertes bulbaires. L'évacuation de l'air dès que l'examen radiologique est terminé, permet de diminuer la fréquence de ces accidents.

L'injection de liquides colorés dans les ventricules se fait par la même technique. Au début, Dandy usait le bleu de méthylène; actuellement, il se sert d'indigo-carmin. De technique plus simple, puisque la méthode ne nécessite pas le transport du malade dans la salle de radiologie, l'injection de liquides colorés offre, toutefois, de l'aveu de Dandy lui-même l'inconvénient d'être plus irritante pour le cerveau que l'air.

Dans quels cas convient-il d'avoir recours à la ventriculographie?

La méthode, nous l'avons vu, n'est pas inoffensive mais, elle n'expose pas à des dangers très considérables. Aussi, si dans certaines cliniques américaines, son emploi semble se généraliser au point qu'elle est indistinctement appliquée à presque tous les cas de tumeurs cérébrales, est-ce là une exagération dans laquelle il faut se garder de tomber. A la clinique du professeur Cushing, son emploi est limité aux cas où l'examen clinique seul ne permet pas d'arriver à un diagnostic sûr, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe que des symptômes d'hypertension intra-cranienne, sans symptômes de localisation, de sorte que sans ce mode auxiliaire, le chirurgien ne saurait où trépaner.

Dans ces conditions. la ventriculographie peut être utile. C'est ainsi que chez Dandy, j'ai vu une malade présentant un syndrome d'hypertension qui pouvait être dû tout aussi bien à une tumeur du cervelet que du lobe frontal. Où trépaner? Dandy pratiqua un double forage sus-occipital, injecta dans le ventricule de l'indigo-carmen qui teinta aussitôt le liquide du ventricule gauche. Sur cette seule donnée, il fit une décompression cérébelleuse qui lui permit d'enlever un kyste du cervelet sans cela indiagnosticable.

Pas plus qu'au niveau d'aucun autre organe, la radiographie du cerveau, même complétée par des injections d'air, ne saurait donc remplacer l'examen clinique; elle ne sera jamais qu'un adjuvant, mais comme telle elle peut rendre de très grands services.

Avec tous ces moyens auxiliaires, le diagnostic positif d'une tumeur cérébrale peut, selon Cushing, être fait dans plus de 90 p. 100 des cas. Une localisation juste peut être obtenue dans 75 p. 100 des cas selon Cushing et dans 50 p. 100 selon Dandy. De Martel n'en indique que 40 p. 100.

Le diagnostic une fois posé, et l'indication opératoire reconnue, le neuro-chirurgien américain procède à l'intervention; ceci nous amènera à le considérer dans son rôle de chirurgien.

*
* *

Le neuro-chirurgien en tant que « chirurgien ». — Au point de vue de la technique chirurgicale générale, il y a peu de différence d'avec les méthodes utilisées en Europe. Signalons tout de même :

L'*anesthésie* : l'emploi de l'anesthésie locale commence à se généraliser; Cushing l'utilise dans un grand pourcentage de cas. L'anesthésie rectale est également très en faveur au service de Cushing. La narcose à l'éther compte de nombreux partisans.

La position du malade sur la table : Je n'ai vu employer que la position couchée. Des supports spéciaux permettent de fixer la tête en bonne position et ménagent en même temps une place suffisante

(1) VAN DESEL, Loc. cit.

pour permettre à l'anesthésiste d'observer le malade et de faire au besoin une anesthésie générale.

La position assise avec tête fléchie vers le bas, qui pourtant facilite grandement les interventions sur le cervelet ainsi que l'ont montré M. de Martel et notre maître, le professeur Leriche, n'est pas employée aux Etats-Unis.

Une *hémostase* parfaite est plus importante encore dans la chirurgie cérébrale que dans toute autre. Malheureusement, dès que la dure-mère est ouverte, l'emploi des procédés ordinaires d'hémostase devient rapidement impossible. On se sert alors de petits fragments de coton, de petits bouts de muscle appliqués sur la surface qui saigne ou d'une irrigation au sérum chaud aussitôt réaspiré par un aspirateur électrique. Les différentes méthodes sont bien connues.

Mais deux moyens d'hémostase s'avèrent comme particulièrement utiles :

1° *L'emploi de petites agrafes métalliques* qui ferment le vaisseau et restent à demeure (Cushing).

2° *L'usage du couteau électrique* qui jusqu'ici n'est employé que dans le service de Cushing. C'est l'application de l'électrocoagulation à l'hémostase du tissu cérébral. Cushing s'en montre très satisfait et semble croire que l'introduction du couteau électrique est une des acquisitions des plus importantes que la neuro-chirurgie ait faites au cours de ces dernières années.

Le désir de réduire au minimum la perte de sang a fait que le professeur Cushing, qui, comme tous les élèves de Halsted, attribue à l'hémorragie le rôle principal dans le choc opératoire, a réglé très méticuleusement également l'ouverture et la fermeture du crâne. Cushing leur accorde autant d'attention qu'au temps cérébral lui-même. Ceci ne va pas sans une perte de temps appréciable : quatre à cinq heures sont une durée très moyenne pour une opération de tumeur cérébrale au Peter Bent Brigham Hospital et souvent ce temps est dépassé. La fermeture à elle seule y compte pour plus d'une heure.

Cushing la réalise très méthodiquement, plan par plan. Il suture séparément le périoste et très soigneusement l'aponévrose épicranienne en plusieurs plans par des points très rapprochés qui assurent l'hémostase.

Est-il indispensable de toujours procéder aussi lentement, ou le chirurgien peut-il au moment de la fermeture et de l'ouverture du crâne gagner du temps en adoptant une méthode plus rapide?

Nous croyons que c'est parfaitement possible, car à voir opérer Dandy et Cushing nous n'avons pas eu l'impression que les malades de Dandy qui procède par la voie rapide soient plus choqués en fin d'opération que ceux de Cushing opérés par la méthode lente.

Quoi qu'il en soit de l'ouverture et de la fermeture du crâne, nul doute ne peut subsister que le temps cérébral lui-même doive procéder avec une très grande lenteur et que là une très grande douceur et une hémostase parfaite soient indispensables.

Durant toute l'opération la tension artérielle est enregistrée de cinq minutes en cinq minutes. C'est là une excellente précaution qui permet souvent d'arrêter l'opération avant qu'un choc fatal ne se soit produit.

La trépanation. — La plupart des chirurgiens américains sont revenus au trépan à main de Doyen; Cushing, lui, se sert d'un trépan électrique.

Pour les tumeurs des hémisphères on fait de grands volets qui, en fin d'opération, sont diminués à leur base. Pour l'abord des tumeurs de la loge cérébelleuse on emploie la méthode de Cushing, l'incision en arbalète avec trépanation bilatérale et définitive de l'écaille de l'occipital. Le rebord postérieur du trou occipital est toujours enlevé et souvent l'arc postérieur de l'atlas est lui aussi réséqué.

L'hémorragie osseuse est arrêtée avec de la cire de Horsley. En cas de forte hypertension, il faut, dès l'ouverture du crâne, faire une ponction ventriculaire.

S'il s'agit d'une tumeur du cervelet, cette ponction est pratiquée par un trou spécialement foré au-dessus de la ligne occipitale supérieure.

Lorsque l'on fait une simple décompressive il faut toujours ouvrir la dure-mère. Pour les tumeurs hémisphériques la seule trépanation décompressive employée est la sous-temporale de Cushing.

Faut-il faire l'extirpation de tumeurs cérébrales systématiquement en un ou en deux temps?

L'opération en un temps est presque universellement adoptée à l'heure actuelle en Amérique. On ne recourt à l'intervention en deux temps que lorsqu'un état général trop grave contre-indique une intervention longue ou lorsqu'un état de choc commande d'interrompre.

Au sujet de l'ablation des tumeurs extracérébrales de la convexité du cerveau je n'ai rien à rapporter. Par contre, je dois dire quelques mots :

1° Des gliomes;
2° Des tumeurs ponto-cérébelleuses;
3° Des adénomes de l'hypophyse.

Les gliomes. — Beaucoup de cas de gliomes infiltrants sont inopérables, mais dans beaucoup d'autres, surtout parmi les gliomes kystiques, l'intervention est parfaitement réalisable. Cushing dispose à l'heure actuelle d'une série de 512 cas de gliomes cérébraux vérifiés à l'opération. L'opération consiste le plus souvent en une évacuation du contenu qui est remplacé par du sérum, puis à travers l'écorce le kyste est ouvert; les nodules tumoraux faisant saillie sont enlevés et la paroi du kyste badigeonnée à plusieurs reprises avec du liquide de Zenker laissé au contact durant cinq minutes. A la suite de ce traitement le kyste subit une sorte de ratatinement qui durcit la membrane qui, souvent, peut ensuite être enlevée.

Les résultats obtenus par cette méthode sont intéressants. En 1923, Martin (1), analysant 95 kystes gliomateux du cerveau opérés dans le service du professeur Cushing, trouva que :

25-32	p. 100	survécurent plus de		3 ans,
18-23	p. 100	—	—	5 ans,
13-16	p. 100	—	—	6 ans,
5- 6,7	p. 100	—	—	10 ans.

(1) P. MARTIN. Le traitement des gliomes cavitaires de l'encéphale, *Arch. franco-belges de chir.*, 1923, p. 807-847.

Ainsi que le fait remarquer Martin, avec beaucoup d'à propos, ces résultats ne sont pas inférieurs à ceux de la plupart des autres tumeurs malignes, des cancers du sein, par exemple.

Dans les tumeurs de l'*angle ponto-cérébelleux*, Cushing et ses élèves se bornent également à l'incision de la capsule et à l'extirpation à la curette tranchante de toutes les masses tumorales que l'on peut atteindre. Cette ablation incomplète des tumeurs donne néanmoins des survies très appréciables, puisque certains malades de Cushing ont survécu plus de dix ans après l'opération.

Dans les *adénomes de l'hypophyse* la méthode de choix est la méthode transphénoïdale. Elle n'est applicable qu'aux adénomes intrasellaires; ceux qui ont envahi et détruit la selle turcique, les tumeurs supracellaires et les tumeurs développées aux dépens de la poche de Rathke doivent être abordées par la voie transfrontale que Cushing a réglée il y a de nombreuses années déjà.

La statistique du service de Cushing donne :

Mortalité opératoire pour les transphénoïdales, sur 177 opérations, 8,6 p. 100.

Mortalité opératoire pour les transfrontales, sur 19 opérations, 5,2 p. 100 (1).

Malgré la plus grande bénignité des opérations transfrontales, Cushing préfère la voie trans-sphénoïdale chaque fois qu'elle est possible, parce qu'elle procure un plus grand soulagement au malade.

En résumé, pour toutes les tumeurs difficiles à atteindre, soit en raison de leur siège intracérébral ou à la base du crâne, on préconise encore des interventions partielles qui, en se plaçant au point de vue de la pathologie générale, doivent à priori apparaître comme étant très illogiques, puisqu'elles laissent en place la coque prolifère de la tumeur, source de récidives certaines.

Mais la malignité relative de la plupart des tumeurs cérébrales, qui fait qu'elles ne poussent que très lentement, justifie la résection partielle fragmentaire qui, d'autre part, a permis de réduire considérablement la mortalité et qui, en faisant cesser les symptômes de compression, s'avère en général comme utile et efficace. Les statistiques de Cushing parlent très en faveur de cette méthode.

Il ne faut pas hésiter d'ailleurs à réintervenir ultérieurement quand, quelques années après la première opération, de nouveaux symptômes d'hypertension apparaissent, et Cushing possède un grand nombre d'observations de malades qui, au prix de résections partielles successives d'une tumeur cérébrale, ont chaque fois eu des périodes d'amélioration très considérables; il est vrai que ces derniers ont toujours une mortalité plus élevée que les opérations premières, mais il ne saurait y avoir de doute que très souvent, au prix d'interventions successives, on arrive à maintenir les cas de tumeurs du cerveau pendant des années dans un état de santé satisfaisant.

Que le traitement d'une tumeur par des résections partielles itératives ne devrait pas être le but d'une thérapeutique rationnelle, n'a pas échappé aux neuro-chirurgiens d'Amérique, et, en ce qui concerne les tumeurs de l'encéphale, bien des auteurs ont essayé d'arriver à des techniques permettant des interventions plus radicales.

Pour les tumeurs ponto-cérébelleuses, Dandy (1) a décrit, il y a quelques années, un procédé permettant, après énucléation des masses temporales à la Cushing, l'extirpation de la poche et, de ce fait, la guérison radicale du malade.

Tout récemment enfin, Dandy a fait avec succès quelques ablations de lobes frontaux avec les tumeurs qu'ils renfermaient.

J'aurai fini avec le traitement des tumeurs cérébrales après avoir ajouté quelques mots sur le traitement radiothérapique. Les résultats de la clinique de Cushing montrent :

Peu de résultats dans les méningiomes, les tumeurs de l'acoustique et celles qui prennent naissance aux dépens d'une poche de Rathke. Excellents résultats dans les adénomes hypophysaires. Résultats très variables dans les gliomes (2).

* * *

Mais l'élaboration du diagnostic neurologique et la thérapeutique chirurgicale n'épuisent pas l'activité des neuro-chirurgiens d'Amérique. De fait, il serait étonnant que des hommes disposant d'un pareil matériel clinique n'aient pas songé à l'utiliser dans le but d'approfondir nos connaissances sur les maladies qu'ils sont appeler à traiter.

Jusqu'à ces dernières années, l'anatomie pathologique des tumeurs cérébrales était restée quelque peu chaotique et par exemple le terme vague de « gliome » s'appliquait à des tumeurs de nature bien différente.

Pour pouvoir utilement interpréter le nombreux matériel mis à leur disposition, les neuro-chirurgiens d'Amérique avaient besoin de pathologistes au courant des techniques des méthodes délicates de la neurocytologie. Avec leur sens pratique très développé, ils n'ont pas hésité à faire faire à plusieurs de leurs jeunes neuro-chirurgiens des stages prolongés à Madrid, où, au contact de Ramon y Cajal et de son admirable école, ceux-ci ont eu l'occasion de s'initier à ces techniques délicates. C'est ainsi que Percival Bailey, de Boston, et Penfield, de New-York, ont passé un certain temps en Espagne.

A son retour, Bailey entreprit d'étudier, à l'aide de ces nouvelles méthodes, le groupe des gliomes du cerveau; bientôt, il vit que ces tumeurs sont de nature très différentes.

Alors qu'en Europe, les gliomes sont très souvent encore considérés comme formant un groupe unique dans lesquels pourtant le professeur Masson distingue les variétés suivantes :

(1) Dott et Bailey. Loc. cit.

(1) W. E. Dandy. An operation for the total removal of cerebello-pontile (acoustic) tumors, *Surg., Gyn. and Obst.*, août 1925, vol. XLI, p. 129-148.

(2) P. V. Bailey. The results of Rœntgentherapy in brain tumors, *Amer. Journ of Rœntgen. and Radium.*, 1925, vol. XIII, n° 1, p. 48 53.

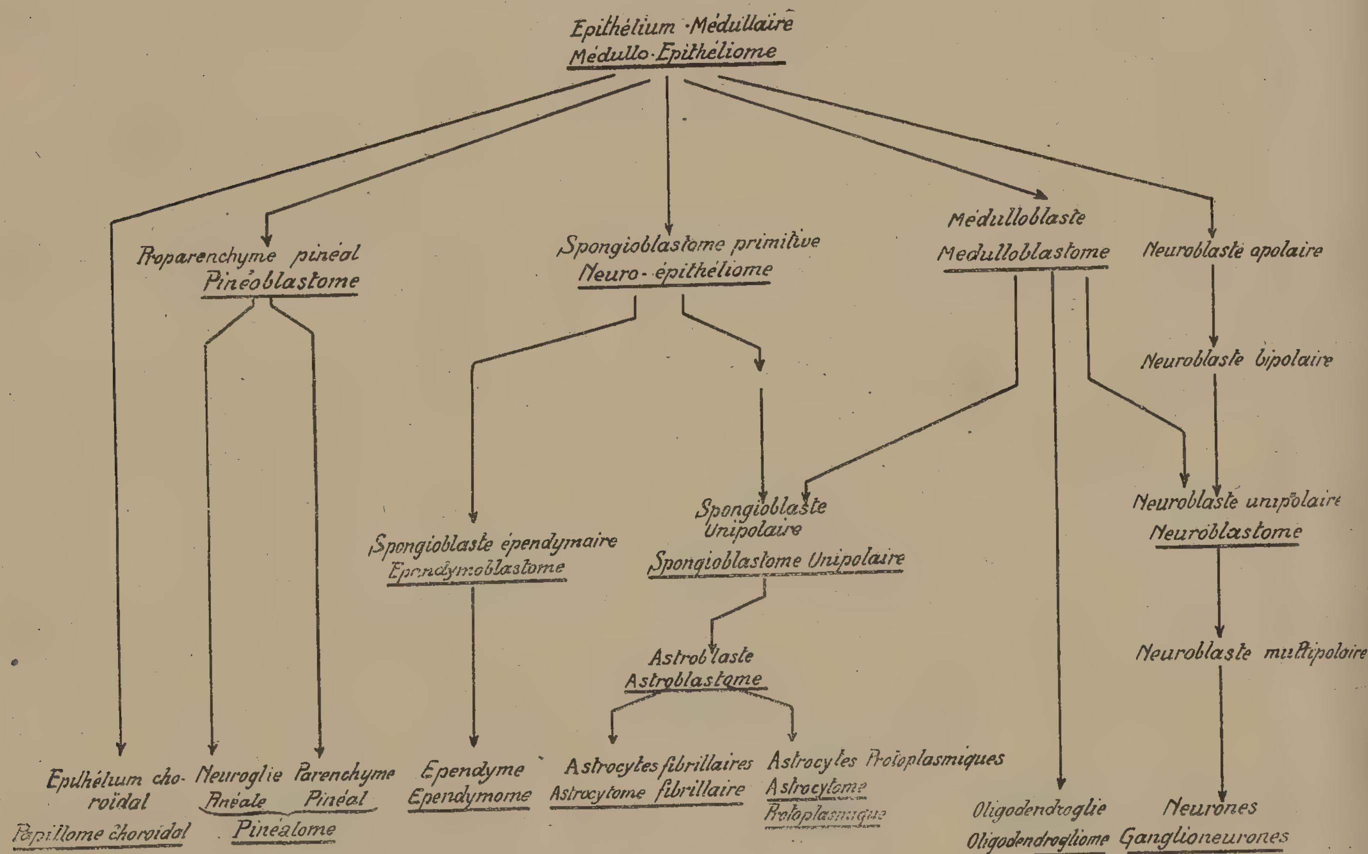
Gliomes purs (gliomes à petites cellules),
— à grandes cellules étoilées.
Glio-ependymomes,
Giogangliomes,
Gliomes atypiques,

Cushing et Bailey établirent qu'il y a autant de formes différentes de tumeurs cérébrales qu'il y a dans le cerveau de cellules de nature différente.

Le tableau ci-joint illustre cette classification (1).

Sur 414 cas de gliomes, 254 purent être classés

CLASSIFICATION DES GLIOMES CÉRÉBRAUX SELON BAILEY-CUSHING



en 1925, et en 1927, sur 566, 378 purent être identifiés.

Parmi ces tumeurs, il y a :

Neuro-épithéliomes........	1 cas
Médulloblastomes..........	55 cas
Pinéalomes................	8 cas
Ependymomes...............	16 cas
Spongioblastome multiforme.	117 cas
— unipolaire..	12 cas
Astroblastome.............	20 cas
Astrocytome...............	136 cas
Oligodendrogliome.........	12 cas
Ganglioneurome............	1 cas

Ce qui fait l'individualité de chacun de ces groupes ce sont : leurs caractères histologiques et leurs sièges macroscopiques, leur évolution différente d'une forme à l'autre et enfin leur pronostic variant d'une espèce à l'autre.

C'est ainsi que donnent une période de survie moyenne de :

1° Les médulloblastomes.......	15 mois	
2° Spongioblastome multiforme.	12 —	
3° Pinéalomes.................	18 —	
4° Ependymomes................	18 —	et plus
5° Astroblastome..............	28 —	
6° Spongioblastome unipolaire..	46 —	
7° Oligondendrogliome.........	65 —	
8° Astrocytome................	76 —	

On voit que la bénignité d'un gliome n'est pas la même dans tous les cas. Ce sont les formes les moins différenciées qui ont les pronostics les plus sombres.

Je n'ai pas le temps de m'arrêter davantage à ces études si intéressantes et je ne citerai qu'en passant les études de Bailey et Dott sur l'adénome hypophysaire, qui leur ont montré que le syndrome de Froelich correspond toujours à un adénome chromophobe tandis que l'acromégalie est due à un adénome chromophile de la glande pituitaire.

D'un tout autre côte, Penfield poursuit avec del Rio Hortega des recherches très intéressantes sur la cicatrisation cérébrale et il s'est engagé dans une discussion sur l'origine des tumeurs de l'acoustique, des tumeurs de Recklinghausen et de la neurofibromatose en général.

Au point de vue physiologique aussi, des recherches importantes sont faites. Je ne puis que citer les recherches de Cushing sur la circulation du liquide céphalo-rachidien et sur le rôle de l hypophyse dans l'organisme. J'ai pu voir à Boston la première reproduction expérimentale d'une acroméga-

(1) X. Cushing et P. Bailey. *Tumors of the glioma group.* Un volume de 171 pages chez Lippincot, Philadelphie.

P Bailey. Further remark s concerning tumors of the glioma group, *Bull. of the John hopkins Hospital,* juin 1927, vol. XL, n° 6, p. 354-389.

lie, que Putnam a réussi à provoquer sur un chien en le traitant durant un an par des injections journalières intrapéritonéales d'un extrait hypophysaire obtenu d'une certaine façon.

Je n'ai eu en vue, jusqu'ici, que les tumeurs cérébrales; ce sont elles, en effet, qui sous l'influence de Cushing ont principalement retenu l'attention. Il s'en faut que les autres parties de la neuro-chirurgie aient été négligées.

La névralgie faciale : Je n'en dirai que quelques mots. La plupart des chirurgiens américains en sont venus, comme de Martel et mon maître, M. Leriche, en France, à une incision longitudinale à 1 centimètre cube en avant du tragus. Cushing, qui n'en opère qu'un nombre limité par an, est resté fidèle à une incision ovalaire.

J'en arrive à la chirurgie de la *moelle*.

Trois noms prédominent : Stookey, Elsberg et Mixter.

Le lipodiagnostic est très utilisé par les uns, fortement critiqué par les autres qui reprochent au lipiodol moins des accidents survenus, que de provoquer un afflux leucocytaire dans le liquide céphalorachidien, afflux qu'ils considèrent comme éminemment dangereux.

Elsberg s'en sert lorsque la localisation est autrement impossible.

Le nombre de tumeurs médullaires opérées en U. S. A. dépasse de beaucoup celui d'Europe. On en jugera si je dis qu'Elsberg jusqu'en septembre 1927 avait enlevé en tout *: 179 tumeurs extradurales* sans parler des tumeurs intradurales, extra ou intramédullaires (1).

Au point de vue technique je n'ai rien à dire si ce n'est que, pas plus que pour le cervelet, je n'ai vu employer pour la moelle la position assise. Je crois que c'est un tort : l'hémorragie est certainement plus considérable en position couchée qu'en position assise.

Chirurgie des nerfs périphériques. — Je n'ai pas grand'chose à dire au sujet de la chirurgie des nerfs périphériques. Je ne puis faire qu'une allusion aux nombreuses anastomoses spino-faciales, hypoglosso-faciales et autres anastomoses qui se font aux Etats-Unis. Frazier de Philadelphie surtout excelle dans cette chirurgie, dans laquelle il s'est fait une juste renommée. Mais si elle est peut-être pratiquée plus fréquemment qu'en Europe, les méthodes utilisées ne diffèrent guère d'un continent à l'autre.

Au point de vue des régénérations nerveuses, Dean Lewis, de Baltimore, continue ses recherches commencées il y a longtemps déjà. Il ne semble pas que jusqu'ici il soit arrivé à des résultats qui changent en quoi que ce soit les conclusions auxquelles en France on est arrivé à la fin de la guerre sous l'influence des travaux de Nageotte, et de ses collaborateurs.

Dans la *chirurgie du sympathique*, nous avons en France une forte avance. De nombreuses sympathectomies ont été faites aux Etats-Unis; mais j'ai pu me rendre compte, qu'en général, les indications opératoires étaient mal posées, et si L. Davis et Kanavel d'une part, Adson et Rowntree d'autre part ont apporté d'importantes contributions à la technique des opérations sympathiques; si Cutler et Brown et Coffey ont entrepris d'intéressantes recherches sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine; il n'en est pas moins vrai que la plupart des chirurgiens américains n'a pas fait preuve de beaucoup de discernement dans le choix des malades soumis à des opérations sympathiques. Que de temps, que de travail perdu pour aboutir finalement à la conclusion que les sympathectomies ne pouvaient améliorer la circulation sanguine dans les cas d'artérite oblitérante! Pourtant en 1922 déjà au Congrès de l'association américaine de chirurgie, M. Leriche avait insisté sur l'inefficacité des opérations sympathiques dans la maladie de Buerger et les artérites oblitérantes en général.

***

En résumé, il faut avouer, je crois, pour être franc, qu'en ce qui concerne particulièrement la chirurgie des tumeurs du système nerveux central, de grands progrès ont été réalisés aux Etats-Unis, progrès qui en majeure partie sont encore inconnus chez nous.

Le nombre si considérable de tumeurs encéphaliques qui sont opérées chaque année aux U. S. A., comparé au nombre relativement faible de ces cas opérés en Europe, donne l'impression, difficile à prouver, que, dans le vieux continent bien des cas doivent passer inaperçus, et que nous avons un fort retard à rattraper sur ce sujet.

Pour remédier à cet état de choses, est-il nécessaire d'en venir à ce qui existe en Amérique et de créer une spécialité neuro-chirurgicale? Je ne le crois pas.

En Amérique, l'Association neurologiste-chirurgien fut une nécessité imposée par l'état d'abandon dans lequel la neurologie se trouvait, il y a quelques années encore, dans ce pays. Les chirurgiens, non secondés par des neurologistes compétents, furent obligés de poser eux-mêmes leurs diagnostics et leurs indications opératoires. En France, pays où la neurologie a toujours brillé d'un si vif éclat, ceci ne sera pas nécessaire, à condition qu'il s'établisse entre neurologistes et chirurgiens une collaboration plus étroite que par le passé.

Au point de vue chirurgical, les méthodes utilisées dans la thérapeutique chirurgicale des tumeurs encéphaliques ne se distinguent pas assez de celles qui sont employées en chirurgie générale pour que chaque chirurgien au courant de son métier et qui veut se donner la peine d'apprendre les méthodes et d'opérer avec douceur et une hémostase parfaite, ne puisse prétendre à obtenir des résultats tout aussi brillants que ceux de Cushing et de Dandy.

Au point de vue neurologique, peut-être faudrait il que les neurologistes, dont beaucoup ne s'intéressent encore uniquement qu'à la séméiologie,

(1) Ch. A. Elsberg. Extradural Spinal. Tumors. Primary, Secondary, Metastatic, *Surg., Gyn. and Obst.*, t. XVLI, n° 1, p. 1-20, janv. 1928.

orientent davantage leur esprit vers la thérapeutique, afin de prendre l'habitude de faire opérer leurs malades aussitôt que la tumeur est diagnostiquée. Il faudrait enfin que tous les médecins se convainquent que la chirurgie n'est plus impuissante en face des tumeurs du système nerveux central et que celles-ci méritent d'autant plus des tentatives de guérison radicale qu'elles sont toutes relativement bénignes et n'acquièrent leur malignité que du fait de leur siège, qu'à priori donc, la thérapeutique chirurgicale des tumeurs nerveuses devrait donner bien plus de satisfactions que celle des cancers du sein ou de l'estomac, par exemple, dont la haute malignité rend les résultats opératoires aléatoires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1928)

M. D'ARSONVAL, président, annonce à la Société l'élection à l'Académie de médecine, de son secrétaire général, M. JOLLY et dit combien l'Académie a été bien inspirée en appelant à elle cet éminent savant dont les travaux font autorité en histologie (1).

De l'emploi des antivirus Besrekda en otologie. — M. WONSOWSKI. En se basant sur 21 observations d'otite moyenne suppurée, aiguë et chronique, dont 9 compliquées de mastoïdite, l'auteur arrive à conclure que, malgré ce nombre limité de cas, on ne peut guère s'empêcher d'envisager le traitement des otites moyennes, surtout aiguës, par application d'antivirus, comme fort encourageant.

A propos de la toxine diphtérique. — M. O. NOUREDDINE. A l'aide de chlorure d'or, on peut produire dans le bouillon contenant le poison diphtérique une série de colorations y compris une teinte plus ou moins verdâtre, qui dépendent dans une certaine mesure de pH du mélange toxine chlorure d'or. Dans les conditions de nos essais, l'apparition de cette teinte (verte ou autre) n'offre aucune relation avec le pouvoir toxique. Elle est également sans rapport aucun avec le phénomène de floculation dans les mélanges toxine-antitoxine diphtérique qui, comme Ramon l'a montré, permet de se rendre compte *in vitro* du degré de nocivité atteint par une toxine et aussi, ce qui est plus important encore, d'apprécier facilement et avec le maximum de précision possible, la valeur intrinsèque de l'antigène diphtérique, toxine ou antitoxine.

Contribution expérimentale à l'étude de l'intoxication mixte dans la fièvre typhoïde. Association du bacille typhique et du bacille perfringens. — MM. WEINBERG et ALEXA. Récemment, Weinberg (seul ou avec M. Thibault) a attiré l'attention sur les cas de fièvre typhoïde aggravés par l'intoxication secondaire causée par les microbes anaérobies et en particulier par le *B. perfringens*.

Ces faits ont incité MM. Weinberg et Alexa à étudier expérimentalement les effets de l'association du *B. typhique* et du *B. perfringens*. Leurs recherches ont été pratiquées *in vitro* et *in vivo*. Lorsqu'on ensemence un mélange de ces deux microbes dans l'eau de condensation d'une gélose inclinée, on constate qu'ils y poussent tous les deux et que le *B. perfringens* pousse également derrière la gélose inclinée qu'il arrive, en produisant beaucoup de gaz, à décoller de la paroi du tube.

Pour obtenir une culture abondante de ces deux microbes en bouillon glucosé ordinaire, non régénéré par l'ébullition, il faut ensemencer III gouttes de bacille typhique pour 1 goutte de B. perfringens. Si l'on ensemence seulement 1 goutte de chaque microbe, la prédominance du B. perfringens est très nette; elle est due à ce fait que le B. perfringens se développe en bouillon beaucoup plus rapidement que le B. typhique. En tout cas, la symbiose de ces deux types est très nette.

Les expériences pratiquées *in vivo* ont montré que les cobayes périssent rapidement de la gangrène gazeuse, lorsqu'ils sont injectés avec une petite dose de B. typhique mélangés à une quantité infime (1/50e-1/100e) de culture de B. perfringens.

D'autre part, l'injection dans la veine du cobaye d'un mélange des doses, inoffensives par elles-mêmes, de deux toxines, provoque très souvent la mort de l'animal.

Toutes ces expériences pratiquées aussi bien avec les cultures qu'avec les toxines montrent très nettement que non seulement le B. typhique et le *B. perfringens* se favorisent, mais qu'il existe une véritable synergie des toxines sécrétées par ces deux microbes qui aggrave considérablement l'action nocive de chacune d'elle.

Ainsi, les faits expérimentaux viennent à l'appui des faits cliniques : dans la fièvre typhoïde le pronostic est fréquemment aggravé, car très souvent, à l'intoxication typhique s'ajoute une intoxication due au B. perfringens.

Développement très rapide des agglutinines chez les lapins hyperimmunisés avec des corps microbiens. — Mlle HOWARD. On sait que les anticorps apparaissent d'autant plus rapidement dans le sérum des animaux en immunisation, que cette immunisation est plus avancée. Mlle Howard a observé un nouveau fait très intéressant, à savoir, que le maximum d'agglutinines est souvent élaboré déjà au bout de vingt-quatre heures après la dernière injection, et cela chez les lapins préparés avec des microbes microbiens injectés par la voie veineuse. Cette constatation est très importante non seulement au point de vue théorique, mais aussi au point pratique, car elle permettra de saigner rapidement les animaux arrivés au terme de leur immunisation.

Mécanisme de l'urémie. — M. OZORIO DE ALMEIDA étudie le mécanisme à l'aide de l'anastomose urétéro-jugulaire. L'urémie se manifeste nettement chez le chien dans ces conditions et peut être interrompue en interrompant l'anastomose. L'auteur fit alors l'analyse des urines provenant de la fistule urétérale interrompue. Le traitement de celles-ci par le tanin et le charbon animal, qui réduit les urines à une simple solution de sels d'urée, donne un liquide qui réinjecté, déclanche les mêmes accidents toxiques que l'urémie. Ce fait prouve que ce sont les sels des urines qui sont les véritables corps toxiques et que la véritable cause de l'urémie est le déséquilibre des sels des humeurs de l'organisme.

Inhibition de l'ovulation par le corps jaune. — M. P. GLEY, en injectant à des rats la substance congestivante du corps jaune isolée par Gley et Champy a constaté que le cycle ortial, déterminé par la folliculine disparaît. La desquamation du vagin ne se produit plus chez la rate. L'importance de ce fait physiologique est grande, car il démontre le mécanisme physiologique de l'arrêt du cycle ortial pendant la grossesse.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 1er mars. — Jury : MM. Brindeau, président; Lecène, Chevassu et Lequeux. — M. BUREAU. L'action de l'hypophyse sur la délivrance. — M. BERTRAND. Contribution à l'étude des lipomes rétro-péritonéaux.

Vendredi 2 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président; Lemierre, Ombrédanne et Lemaître. — M. DIGONNET. Etude sur les blennorragies.

(1) V. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 14, 18 février 1928.

NOTES POUR L'INTERNAT

TARSALGIE DES ADOLESCENTS

DEFINITION

Affection caractérisée par :

Un affaissement de la voûte plantaire et une déviation du pied en valgus s'accompagnant de douleurs très vives.

On lui a donné également les noms de :

Crampe du pied;

Impotence du long péronier latéral;

Pied plat valgus statique.

ÉTIOLOGIE

Elle apparaît de onze à dix-sept ans, parfois plus tôt.

Les principaux facteurs étiologiques sont :

D'une part :

La *croissance rapide* ;

L'augmentation rapide du poids du corps.

D'autre part :

La forme de la chaussure (sans talons);

La profession (station debout prolongée).

PATHOGÉNIE

La lésion initiale est un effondrement statique de la voûte dû à la surcharge et à la faiblesse du long péronier latéral.

Les articulations du pied distendues deviennent douloureuses.

La contracture musculaire apparaît bientôt.

Enfin, les déformations osseuses apparaissent au cours de la croissance (loi de Delpech).

Les lésions sont presque toujours *bilatérales*, mais plus marquées d'un côté.

ÉTUDE CLINIQUE

L'affection évolue schématiquement en trois périodes.

Première période. — *Pied souple.*

Signes fonctionnels. — Le malade accuse des *douleurs apparaissant le soir* et disparaissant par le repos, de siège mal précisé, dans tout le pied.

Signes physiques. — Marche normale.

Debout : Léger aplatissement de la voûte.

Saillie de la malléole interne.

Couché : Déformation *réductible à la main.*

Pied souple.

A la pression : *douleur vive* sur l'interligne astragalo-scaphoïdien.

Deuxième période. — *Contractures.*

Signes fonctionnels. — Douleurs *continues*, très vives le soir, irradient à tout le membre inférieur (genou et hanche).

Signes physiques. — 1. *La déformation a augmenté* :

Bosses internes volumineuses, formées par le scaphoïde, l'astragale et la malléole interne.

Calcanéum basculé sur son flanc interne.

Déviation de l'axe longitudinal du pied en dehors.

Avant-pied étalé.

La prise d'une *empreinte plantaire* montre le degré d'effondrement de la voûte. La déformation est souvent plus marquée d'un côté.

2. Elle est *fixée par des contractures* :

Disparition du ballottement du pied sur la jambe (signe de Gosselin).

Contracture des extenseurs des orteils visible et du long péronier latéral (signe de Duchenne de Boulogne).

Toutes ces *contractures cèdent sous anesthésie générale* ou après quinze jours de repos. L'*irréductibilité est relative.*

3. Les *points douloureux* sont multiples, au niveau de tous les ligaments du tarse.

Troisième période. — *Déformations osseuses. Pied plat invétéré.*

Signes physiques. — Les poussées d'arthrite, les subluxations, les déformations osseuses entraînent une *irréductibilité absolue*, même sous anesthésie générale. La déformation est permanente.

Signes fonctionnels. — Le pied est très douloureux pendant les poussées d'arthrite. Il finit *par s'ankyloser* et les douleurs cessent vers l'âge de vingt ans. Mais certains pieds ne s'ankylosent jamais complètement et restent très douloureux.

Des durillons et des bourses séreuses apparaissent le long du bord interne du pied.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE. — *La grande majorité des pieds plats ne dépasse pas la première ou la deuxième période.*

DIAGNOSTIC

En général très facile. On a parfois à discuter :

1. **La tumeur blanche médio-tarsienne.**

Elle est unilatérale.

Il y a de l'empâtement du cou-de-pied.

Dans les cas douteux, l'évolution trancherait le diagnostic.

2. **L'arthrite gonococcique du pied.**

Les douleurs sont plus vives et continues.

Il y a un empâtement diffus du pied et non un affaissement.

3. **Le pied plat paralytique.**

4. **Les pieds plats congénitaux.**

D'autres diagnostics peuvent être soulevés quand les douleurs irradiées prédominent.

TRAITEMENT

Première période. — *Semelle de Le Fort* et gymnastique.

Deuxième période. — Anesthésie générale ou repos de quinze jours, puis botte plâtrée en hypercorrection quinze jours, enfin semelle.

Troisième période. — Il faut recourir à la *tarsectomie cunéiforme plantaire interne.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Tube duodénal. Ses applications au diagnostic et à la thérapeutique, par Max EINHORN, professeur de médecine au Postgraduate medical School de New-York, médecin de Lenox Hill Hospital. Ouvrage traduit d'après la deuxième édition revue et augmentée par le docteur Gustave MONOD, membre du Collège royal des médecins de Londres, médecin consultant à Vichy. Un volume de 136 pages, avec 126 figures, 29 planches en noir et une planche double en couleurs. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Questions actuelles de syphiligraphie, suivies d'un index bibliographique de 3.400 travaux de syphiligraphie parus en 1925 et 1926 en français, allemand, anglais, italien, espagnol, etc. (2ᵉ série), par le docteur Clément SIMON. Un vol. in-8 de 178 pages avec figures. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Legrand.

Le Rôle du calcium en biologie et en thérapeutique, par Georges BOINOT, docteur en pharmacie. Préface de M. R. Douris, professeur à l'Université de Nancy. — Prix : 20 fr. — Expansion scientifique française, rue du Cherche-Midi, 23, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ
VINCENT

N° 18. — SAMEDI 3 MARS 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 3 MARS 1928. — N° 18.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve théorique anonyme.* — Séance du 27 février. — Questions données : Série A. « Les bronchectasies. » — Série B. « Endocardite infectieuse maligne à forme prolongée. »

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 27 février.— MM. Chabrut, 8; Huet, 10; Talheimer, 8.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — Jury : MM. Quilly, Bouvet, Didsbury, Lacronique, Fargin-Fayolle, Gandy et Cadenat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Nancy, en date du 16 décembre 1927, tendant à la transformation du titre de la charge de cours de Clinique chirurgicale élémentaire en celui de clinique complémentaire de gynécologie et celui de la charge de Cours théorique de neurologie en celui de clinique complémentaire de neurologie.

M. A. Binet, agrégé libre, est chargé du cours de Clinique gynécologique.

M. L. Cornil, agrégé, est chargé du cours de Clinique neurologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Charles Mattei vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire de thérapeutique en remplacement de M. le professeur François Arnaud, nommé professeur honoraire.

M. Mattei, ancien élève de notre très regretté ami le professeur Oddo, a été souvent le brillant collaborateur de la *Gazette des hôpitaux*. On lui doit de remarquables travaux sur les glandes à sécrétion interne, sur l'amibiase, l'émétine, le tartre stibié dans les hémoptysies, les médicaments hypotenteurs, etc. Il est aussi le secrétaire général de la *Revue médicale de France et des Colonies.*

— TOURS. — M. Etienne, professeur suppléant, est chargé du cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Pitard, décédé.

M. Roncin est délégué dans les fonctions de professeur suppléant d'histoire naturelle.

M. Bigeard est chargé des travaux pratiques de chimie.

M. Letellier, professeur suppléant, est chargé du cours de physique, en remplacement de M. Ruthon, décédé.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a ouvert mercredi sa première session annuelle, sous la présidence de M. Fallières, ministre du Travail.

Après la réélection du bureau, composé de MM. le sénateur Dron, président; Barthélemy et Lépine, vice-présidents; Rondel, secrétaire général, l'assemblée a discuté le rapport général de M. Verdet-Kléber et les rapports particuliers de MM. le docteur Paul Boudin et Gaugery sur le versement d'honoraires médicaux pour les malades admis au titre de payants dans les hôpitaux publics.

La session s'est terminée par la discussion du statut du personnel des établissements hospitaliers et du rôle des bureaux d'assistance dans la répression des abus en matière d'assistance obligatoire.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Louis Mangin (du Muséum) a été élu vice-président, président de droit pour 1929, en remplacement de M. Henneguy, décédé.

MONUMENT DU PROFESSEUR GILBERT. — C'est samedi 3 mars que sera inauguré à l'Hôtel-Dieu, à 3 h., le monument élevé à la mémoire du professeur Gilbert par ses élèves, ses collègues, ses amis.

Le monument, œuvre de l'artiste bien connu M. Pru-

d'homme, sera remis à M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique par M. le professeur Carnot.

La cérémonie sera présidée par M. Charléty, recteur de l'Université de Paris.

Des discours seront prononcés par MM. Carnot, Lion, Pierre Teissier, Béclère, Roger, Mourier, Charléty.

La réplique de ce monument sera édifiée à Buzancy, dans les Ardennes, pays natal de Gilbert, au mois de mai.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UMFIA. — L'assemblée générale extraordinaire de l'UMFIA vient de voter à l'unanimité l'*entrée de l'Italie, de la Roumanie, de la Suisse romande et du Canada français*. Ainsi, à la grande satisfaction de tous, l'Union médicale latine est constituée.

Le dévouement des animateurs de l'UMFIA, Dartigues, Bandelac de Pariente, Gaullieur L'Hardy, Cayla, Molinéry, Berry, est récompensé. Ils ont réalisé une grande et belle œuvre de fraternité latine.

TOMBOLA DE BIENFAISANCE DU IXe SALON DES MÉDECINS. — Faire qu'un plaisir puisse, à l'occasion, devenir un peu de joie pour certains déshérités du sort est l'idée qui est venue à l'organisateur du Salon des médecins, le docteur Paul Rabier, d'accord avec le Comité de la Société de Secours mutuels des femmes et enfants de médecins, dont le président est M. le docteur Siredey, de l'Académie de médecine. Qui dit tombola dit, bien entendu, lots. Or, ici, point de lots banals ou quelconques, tous, en effet, seront constitués par des œuvres d'exposants habituels du Salon des médecins. Donner ainsi un tableau, une sculpture, une gravure pour aider à soulager une infortune de la famille médicale, n'est-ce pas, par ce fait même, en doubler la valeur. Des billets, au prix de 5 fr. chaque, ont donc été émis qui sont en vente : à l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène ; chez M. le docteur Watelet, secrétaire général de la F. E. M., 21, rue Violet.

De plus, ces billets seront vendus par les dames patronesses de l'œuvre à la soirée et au IIe bal de la médecine française, le 24 mars prochain, au ministère de l'Intérieur, et enfin pendant la durée du IXe Salon des médecins, du 22 avril au dimanche 29 inclus, jour où cette tombola y sera tirée, à 4 h. de l'après-midi, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain.

CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert en vue de nommer un médecin spécialisé en tuberculose, pour l'une des circonscriptions du Pas-de-Calais comprenant les bassins miniers de Lens et Bruay.

Les candidats doivent être français, âgés de moins de cinquante ans et avoir fait de la tuberculose une étude spéciale.

Le traitement de début est fixé à 30.000 fr., susceptible d'augmentation de 2.000 fr. tous les deux ans, jusqu'à 40.000 fr. Ils devront s'engager à ne pas faire de clientèle pendant une période de cinq ans dans le département. Toutefois, après entente avec le Syndicat médical, ils pourront être appelés en consultation par les médecins de la région. Les frais de déplacement seront de 10.000 fr. par an.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris-6e, où devront être envoyés les dossiers des candidats.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnold Vallette (de Genève) ; Karl Petren, professeur de clinique médicale à l'Université de Lund (Suède) ; Odin (de Paris) ; D. Jose Palao Gomez de Yecla (Espagne) ; D. José Albasanz Penas (de Madrid).

CHRONIQUE

ACTA MEDICA LATINA (1)

Parmi les vœux formulés à la 1re Réunion de la Presse médicale latine, à Paris, en 1927, figurait une proposition de nos confrères Danielopolu et Etchegoïn concernant la création d'une Revue réservée aux travaux latins. Grâce à l'activité et au dévouement du secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, notre ami le docteur Pierra, le premier numéro d'*Acta medica latina* vient de paraître.

Il contient des articles originaux, une revue analytique des principales publications latines et un précieux répertoire bibliographique de toutes les publications latines.

Le Comité de direction comprend des noms illustres : MM. les professeurs Cortezo (de Madrid), Henri Roger (de Paris), Sanarelli (de Rome), Loeper (de Paris), Vittorio Ascoli (de Rome), Austregesilo (de Rio de Janeiro), Brouha (de Liége), Jean Cantacuzène (de Bucarest), René Cruchet (de Bordeaux), Danielopolu (de Bucarest), Ferranini (de Naples), Horno Alcorta (de Saragosse), Lopez Silvero (de la Havane), Léopold Mayer (de Bruxelles).

Le Comité de rédaction réunit MM. René Beckers (de Bruxelles), Bejarano (de Bogota), Coca (de Madrid), Coelho (de Porto), Cosasesco (de Bucarest), Dartigues (de Paris), Etchegoïn (de Buenos-Aires), Kohly (de la Havane), Ribeyro (de Lima), Rodrigues-Lima (de Rio de Janeiro), Rondopoulos (d'Athènes), Henri Tecon (de Lausanne) et Verney (de Rome).

Le directeur-rédacteur en chef est M. Pierra (de Paris). Notre confrère a su dès ce premier numéro donner une impression de maîtrise qui fait bien augurer du succès final. Très cordialement nous le félicitons d'avoir mené à bien, par ses propres moyens, cette difficile réalisation qui constituera le plus heureux des traits d'union entre les savants de la latinité.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 5 mars. — Jury : MM. Ménétrier, président; Loeper, Harvier et Alajouanine. — M. Eymeri. Actions caustiques en stomatologie. — M. Allain. Le mal de Flaubert.

Jeudi 8 mars. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Binet et Philibert. — M. Gayet. Le fonctionnement endocrinien du pancréas. — M. Calmels. Rôle du streptococcus dans les pleuro-pneumopathies.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Duval, Lecène, Henry, Coquot, Moussu et Robin. — M. Lamouroux. Sur l'ascaridiose du chien et du chat. — M. Charlent. Torsion du gros intestin chez le cheval. — M. Noël. Traitement du javart cartilagineux. — M. Berkoff. Etude sur les arthrites du pied chez l'espèce bovine.

(1) *Acta medica latina*, publication mensuelle. Rédaction : docteur L.-M. Pierra; l'hiver, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe); l'été, 14, rue des Thermes, Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône). Administration : 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (VIe). Abonnements : France et Belgique, 50 fr. français; autres pays, 60 fr. français; le fascicule, 5 fr.

REVUE GÉNÉRALE

LES CLASSIFICATIONS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. Charle TOINON,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef adjoint de clinique médicale thérapeutique
à l'Ecole de médecine de Marseille.

Les essais de classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire sont nombreux et variés. Et cette abondance de travaux provient du polymorphisme de la maladie.

Ses aspects cliniques si divers résultent non seulement des caractères particuliers de la maladie aux différents stades de son évolution mais encore des différences essentielles qui séparent les nombreuses catégories de malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Depuis le rapport du professeur Bard (de Lyon) au Congrès de médecine de Montpellier (1898), l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire a fait l'objet de nombreux travaux, aussi bien français qu'étrangers.

Les conceptions allemandes sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire ont fait l'objet d'un article de Giraud et Sédad (de Leysin) dans la *Revue de la tuberculose* de 1924 (n° 1).

Iagnov, dans la même Revue, l'année suivante, publie une contribution critique à la classification de la tuberculose pulmonaire.

En 1925 encore, le professeur Léon Bernard réédite son ouvrage sur la *Tuberculose pulmonaire* et nous expose sa conception des formes cliniques de la maladie, et Jaquerod étudie les *Processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire.*

En décembre 1926, à l'occasion du centenaire de la Société anatomique de Paris, le professeur M. Letulle présente les conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire et le professeur de Meyenburg en étudie l'anatomie pathologique et expose surtout la conception des auteurs de langue allemande.

En 1927 enfin, le professeur Bard apporte quelques modifications et explications complémentaires à sa classification initiale de 1898-1901 dans les numéros du 20 janvier et 5 février du *Journal de médecine de Lyon*, dans un article publié dans le numéro du 20 janvier du journal *Clinique et laboratoire*, et enfin dans un volume édité par Maloine sur *Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.*

Enfin tout récemment, dans les *Annales de médecine* de mai 1927, MM. Léon Bernard, M. Lelong et Mlle G. Renard apportent un *Essai pathogénique sur les localisations de la tuberculose pulmonaire chronique.*

De nombreux travaux sur les classifications de la tuberculose pulmonaire ou sur l'évolution de la maladie sont proposés durant ces mêmes années.

Nous citerons parmi les principaux : en Allemagne celui de Turban, adopté par la Conférence internationale de Berlin en 1902 et longtemps en vigueur dans les sanatoria allemands; ceux de Kuss, Sternberg, Aschoff, Nicol et Ulrici, Neumann; en France, celui de Pissavy (1921) (*Formes cliniques de la tuberculose du poumon et de la plèvre*, Doin 1921), ceux de Burnand (Sur le pronostic et l'évolution des diverses formes anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire, *Revue de la tub.*, 1922, p. 450-484); Rist (Congrès de la tub., Strasbourg, 1923), Guinard (*Avenir éloigné de la tub. pulmonaire*, Paris, Maloine, 1922, 214 p.), Dumarest (statistiques d'Hauteville), Piéry, Potez (Les classifications françaises et allemandes des formes de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. La notion de tramite bacillaire, *Th. de Paris*, Legrand, 1925), J. Denis Le Sève (*La guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses*, Paris, Jouve, 1926).

C'est en nous inspirant de ces travaux que nous allons essayer d'exposer, dans une revue d'ensemble, les diverses classifications des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Et tout d'abord voyons sur quelles bases on peut bâtir ces classifications.

L'étude des diverses réactions humorales suivant la phase de la maladie, l'anatomie pathologique avec les diverses lésions spécifiques ou non réalisées par le bacille de Koch, les différents aspects radiologiques qu'affectent ces lésions, leurs manifestations cliniques enfin peuvent servir de cadre à autant de classifications.

Nous pourrons donc envisager :

Des classifications anatomo-pathologiques;
— radiologiques;
— anatomo-cliniques.

Un bref aperçu de la conception actuelle de la tuberculose et de son évolution générale nous paraît utile avant d'aborder notre sujet.

Nous commencerons donc par lui.

Nous étudierons ensuite les diverses classifications proposées.

Nous terminerons par quelques remarques sur la valeur respective de ces classifications et sur leur importance au point de vue pratique.

Évolution générale de la tuberculose. — D'après les idées actuellement admises la première infection bacillaire ou primo-infection survient chez l'enfant. Cette primo-infection relève exclusivement de contagion (1).

Le jeune enfant triomphe souvent de cette attaque par le bacille de Koch. Les traces de la lutte sont marquées par la présence :

1. D'un chancre d'inoculation pulmonaire;
2. D'une adénopathie trachéo-bronchique similaire.

Ce chancre se cicatrise, il s'enveloppe d'une coque fibreuse, mais les bacilles de Koch qu'il renferme dans son sein continuent à végéter, ils ne sont pas tués. Il n'y a donc que guérison apparente.

(1) Les cas de transmission héréditaire de la maladie sont considérés en effet comme rarissimes, et pratiquement négligeables, malgré les récents travaux sur les formes filtrables du bacille tuberculeux.

Si la contamination est massive, on assiste au contraire à la généralisation des lésions ou granulie.

Dans le premier cas cette présence des bacilles de Koch vivants crée pour l'organisme un état d'immunité vaccinale.

Qu'une surinfection survienne à l'âge adulte, par contagion exogène nouvelle ou réveil des lésions anciennes endogènes, le terrain est alors modifié par la première atteinte. On dit qu'il est en état d'*allergie*, ce qui se manifeste par un mélange curieux de plus grande résistance aux bacilles de Koch, mais aussi de plus grande sensibilité à leurs toxines.

Grâce à cet état d'allergie le nouvel apport microbien est tout de suite localisé en son point d'entrée. Le poumon étant le plus souvent en cause il s'y produit un véritable phénomène de Koch. Le résultat en est une destruction du parenchyme pulmonaire : c'est la fonte caséeuse avec élimination des bacilles de Koch par le caséum.

Ces formes de réinfections correspondent non seulement à la tuberculose pulmonaire cavitaire mais aux tuberculoses osseuses, articulaires et aux différentes tuberculoses viscérales.

Sur ces données, Ranke, en Allemagne, a distingué trois étapes dans l'évolution générale de la tuberculose, chacune d'elles étant caractérisée par une variété de lésion et un état humoral particulier.

1° **Phase de primo-infection.** — Avec la formation du complexe primaire (foyer pulmonaire et foyer ganglionnaire) et l'apparition de la sensibilité de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch. Biologiquement cette sensibilité est mise en évidence par la cuti-réaction à la tuberculine. Cette réaction persiste indéfiniment. Elle indique que tout individu contaminé dans sa jeunesse demeure bacillisé durant toute sa vie. Elle traduit cet état humoral spécial, l'allergie, mélange paradoxal d'immunisation et de sensibilisation.

2° **Phase d'hypersensibilité et de généralisation du complexe primaire.** — Par voie sanguine, de nouveaux foyers vont s'allumer dans les divers organes : poumons, ganglions, os et articulations, peau, œil.

L'injection de tuberculine provoque des réactions locales et focales très marquées mais ne s'accompagne d'aucune réaction générale.

Cette phase s'observe dans l'enfance et l'adolescence.

3° **Phase d'immunité relative et de localisation des lésions.** — C'est la phase de la tuberculose localisée avec comme type la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte.

Contrairement à la phase précédente les bacilles de Koch sont incapables de créer de nouveaux foyers évolutifs dans les différents organes, à cause de l'immunité relative de l'organisme.

Mais par contre on constate une hypersensibilité générale avec troubles généraux marqués.

Cette conception de Ranke ne diffère pas beaucoup de celle formulée par MM. Léon Bernard, M. Lelong et Mlle G. Renard dans leur essai pathogénique sur les localisations de la tuberculose pulmonaire chronique (*Ann. méd.*, mai 1927). Toutefois ces auteurs accordent une place beaucoup plus importante aux images radiologiques caractéristiques de ces différentes phases.

Classifications anatomo-pathologiques. — Ranke ne propose en somme aucune classification pratique pour le clinicien. Les trois étapes qu'il indique intéressent surtout le biologiste et l'on peut même critiquer le rôle prépondérant qu'il accorde aux réactions humorales aux dépens d'un autre facteur de la plus haute importance : la contagion.

Aschoff et ses élèves envisagent la question d'un point de vue tout différent et abandonnent le problème de l'immunité pour celui de l'anatomie pathologique.

Les travaux allemands. — CLASSIFICATION D'ASCHOFF. — Prenant comme point de départ l'évolution initiale du tubercule, Aschoff divise les lésions tuberculeuses du poumon en deux grands groupes :

1° La *tuberculose productive*, caractérisée par la formation d'un tissu de granulation avec nombreux follicules tuberculeux spécifiques et réactions conjonctives marquées;

2° La *tuberculose exsudative*, comportant l'apparition dans les alvéoles pulmonaires d'un exsudat fibrino-leucocytaire avec tendance à la nécrose caséifiante des éléments exsudés et du tissu alvéolaire.

Ces deux processus histo-pathogéniques peuvent être respectivement assimilés à la tuberculose folliculaire et à la tuberculose pneumonique des auteurs français.

Nous allons les retrouver dans les formes aiguës et chroniques de la tuberculose pulmonaire.

Les lésions ressortissent à deux types fondamentaux :

Le foyer acino-nodulaire;

Le foyer de broncho-pneumonie caséeuse.

1° FOYER ACINO-NODULAIRE (FORME PRODUCTIVE). — Il est caractérisé :

Par sa topographie, l'unité territoriale étant l'acinus;

Par son histologie, ce foyer étant formé de tissu tuberculeux productif qui se développe à l'intérieur de l'acinus;

Par son aspect macroscopique, ce foyer apparaissant sous forme de petites masses grisâtres, rondes ou ovales, à bords nettement limités;

Par son évolution qui se fait vers la sclérose;

Par son pronostic, moins sombre que celui du foyer de broncho-pneumonie caséeuse.

2° FOYER DE BRONCHO-PNEUMONIE CASÉEUSE (FORME EXSUDATIVE). — Il est caractérisé :

Par sa topographie, l'unité territoriale étant le lobule pulmonaire, et non plus l'acinus.

Par son histologie, les lésions n'appartenant plus au type productif mais exudatif.

Par son aspect macroscopique, ce foyer apparaissant sous formes de masses volumineuses, jaunâtres de contours flous, en tache de bougie.

Par son évolution qui est aiguë, rapidement destructive et se fait rarement vers la sclérose.

Par son pronostic, grave.

3° Formes mixtes, entre ces deux types de lésions.

D'après Aschoff, les investigations anatomo-pathologiques permettront de grouper en trois formes anatomiques principales les diverses manifestations de la tuberculose pulmonaire.

1. *La forme miliaire*, à point de départ interstitiel, avec prolifération par voie hématogène.

2. *La forme des nodosités conglomérées*, à point de départ dans le parenchyme pulmonaire. Les nodules peuvent se localiser :

Sur l'acinus pulmonaire : foyer acino-nodulaire;

Sur les bronchioles : bronchites caséeuses;

Autour des bronchioles et sur l'acinus : foyer de broncho-pneumonie caséeuse (phtisie ulcéro-caverneuse aiguë).

3. *La forme confluente*, avec divers aspects :

Forme cirrhotique (tuberculose cirrhotique lobaire);

Forme caverneuse (phtisie chronique caverneuse);

Forme pneumonique lobaire (pneumonie lobaire caséeuse).

Cette classification purement anatomique d'Aschoff n'est d'aucun secours pour le clinicien. Aussi, l'auteur s'efforce-t-il d'y ajouter quelques notions d'ordre plus pratique.

C'est ainsi, dit-il, que les investigations *étiologiques* révéleront l'une des cinq périodes de l'infection tuberculeuse :

1. Infection latente — c'est la période primaire de latence ou la période d'incubation elle-même.

2. Infection effective — c'est la période effective de la maladie.

3. Infection rétrograde — c'est la période de latence secondaire.

4. Réinfection endogène — c'est le processus des périodes récidivantes.

5. Réinfection exogène — coïncidant avec une période grippale aiguë.

Quant aux investigations *cliniques*, elles permettent de préciser la phase d'évolution des lésions et leur localisation.

A partir de la phase d'infection primaire, les lésions doivent évoluer à travers trois autres phases :

1. La phase de phtisie initiale, avec lésions circonscrites nodulaires localisées aux sommets.

2. La phase de diffusion caractérisée par des lésions nodulaires disséminées et même par la formation de cavernes.

3. La phase d'ulcération caractérisée par des lésions ulcéreuses disséminées dans tout le poumon.

Il faut avouer que malgré les tentatives d'Aschoff pour rendre sa classification utilisable, celle-ci reste du domaine de l'anatomie pathologique pure.

Nous verrons plus loin les efforts faits par les élèves d'Aschoff pour concilier davantage le laboratoire et la clinique.

Les travaux français. — Travaux de Letulle. — Dans son ouvrage d'*Anatomie pathologique de la tuberculose pleuro-pulmonaire* (Maloine, 1916), beaucoup plus récemment, dans son rapport à la Société anatomique de Paris sur les Conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire (16 décembre 1926), le professeur Letulle expose les diverses manifestations anatomo-pathologiques de la maladie.

On connaît les travaux remarquables de *Laennec* sur les granulations miliaires et les tubercules miliaires.

La *granulation miliaire* est formée de *follicules giganto-cellulaires caractéristiques*. Elle subit vite la dégénérescence caséeuse. Par contre, la formation d'une zone lympho-épithélioïde n'est pas constante.

A côté du nodule, la cavité alvéolaire reste béante : le foyer est donc ouvert et les bacilles de Koch peuvent se déverser alentour.

Pauvres en bacilles, les granulations s'encerclent d'un anneau cicatriciel, vasculo-collagène, s'enkystent, s'infiltrent de sels calcaires et de charbon si la guérison survient. Dans ce follicule, canaux aériens et alvéoles n'ont eu qu'un rôle passif, à moins que le bacille de Kock n'allume des réactions broncho-alvéolaires qui se ramollissent rapidement et que Laennec disait ne pas pouvoir distinguer des tubercules miliaires.

Le *tubercule miliaire* de Laennec est entièrement différent du nodule folliculaire. C'est un *îlot de broncho-alvéolite bacillaire non folliculaire.* Il présente à son centre une bronchiole obstruée par du caséum *où manquent d'habitude les cellules géantes*.

Sérosité, fibrine, cellules fixes ou diapédésées subissent rapidement la caséification.

Ces nodules peuvent se rejoindre jusqu'à former des lobulites.

Cette lobulite tuberculeuse, lésion primaire, a été bien étudiée par Jaquerod dans un article paru dans les *Annales de médecine*, en janvier 1926 (t. XIX, n° 1).

Ou bien ces nodules peuvent s'enkyster. Mais la paroi collagène laisse souvent filtrer les bacilles de Koch. Si bien que dans certains cas on rencontre dans cette gangue des follicules giganto-cellulaires, dans d'autres cas la gangue est envahie par de nouveaux foyers caséogènes dont la présence justifie les poussées évolutives.

Ces amas caséeux situés à l'intérieur des cavités aériennes peuvent se scléroser et la tuberculose devient fermée. Mais d'ordinaire, ils fondent et donnent naissance à des cavernules et à des embolies qui ensemencent le reste du parenchyme pulmonaire.

Telles sont les principales caractéristiques histologiques de la granulation tuberculeuse et du tubercule miliaire isolés par Bayle et Laennec, étudiés de nouveau par Letulle et Bezançon (*Presse méd.*, 23 sept. 1922).

Les travaux de ces dernières années ont mis en relief toute l'importance de la *pneumonie tuberculeuse* dans l'évolution de la maladie.

C'est elle qui domine l'étude anatomique, et Letulle a bien montré que *la pneumonie tuberculeuse est en réalité une broncho-pneumonie caséeuse pseudo-lobaire.*

Macroscopiquement, la tuberculose broncho-pneumonique peut se présenter sous trois aspects :

1. Broncho-pneumonie à noyaux disséminés.

Cliniquement, ce type évolue avec des accidents suraiguës paraissant parfois primitifs mais le plus souvent associés à une lésion ancienne du poumon.

2. Broncho-pneumonie lobulaire par îlots conglomérés.

Le type clinique en est la phtisie galopante.

3. Pneumonie caséeuse lobaire ou diffuse.

Ici les lésions massives atteignent parfois un poumon entier. Elles présentent l'aspect de l'infiltration jaune. C'est le type rencontré chez l'enfant atteint d'adénopathie trachéo-bronchique ou chez l'adulte peu résistant.

Histologiquement, la pneumonie tuberculeuse peut affecter l'un des types suivants :

1. La broncho-pneumonie bacillaire. Formée de multiples foyers dont le centre est une cavité bronchiolique ou alvéolaire distendue par du caséum.

Nodulaire au début, l'îlot, par extension ascendante et descendante, finit par prendre une forme lobulaire.

Ces lobulites tendent à s'enkyster par une sclérose collagène comme dans la tuberculose chronique. Mais les processus de sclérose sont rapidement débordés, si bien que la marche extensive se fait rapidement vers le ramollissement et l'ulcération cavitaire.

2. La pneumonie fibrineuse aiguë tuberculeuse. Souvent des plages plus ou moins étendues d'alvéolite fibrineuse entourent un nodule péribronchique.

La pneumonie tuberculeuse se différencie cependant de la pneumonie pneumococcique par certains signes : exsudat cellulaire moins riche, fibrine plus lamelliforme, plus adhérente, lésions précoces de la paroi consistant en altération du squelette élastique, nécrose des parois vasculaires, mauvaise colorabilité des bacilles de Kock.

Au point de vue évolutif, trois éventualités sont possibles :

a. L'organisation conjonctivo-cicatricielle.

b. La caséification, plus fréquente.

c. La formation de géodes de liquéfaction qui entourent les blocs caséeux encore denses et appellent les polynucléaires, d'où fonte suppurative.

3. La splénisation pulmonaire bacillaire.

Elle est fréquente et intimement liée à l'évolution des masses caséifiées. Elle est caractérisée par l'abondance des alvéolites séreuses et l'invariabilité des autres lésions : alvéolite catarrhale et alvéolite macrophagique.

L'évolution est variable :

1° Régression, qui fait comprendre la rétrocession des poussées évolutives.

2° Nécrose avec macules d'infiltration jaune pouvant se transformer en infiltration grise.

3° Infiltration gélatiniforme qui tend vers la caséification rapide.

En somme, on le voit, évolution redoutable puisque le plus souvent vers la nécrose.

Dans une vue d'ensemble, on peut dire que « ces broncho-pneumonies sont constituées par un nodule caséeux entouré de foyers d'hépatisation fibrineuse ou de splénisation; l'un et l'autre peuvent tantôt régresser, tantôt évoluer vers la caséification, tantôt aboutir à une nécrose d'emblée qui favorisera la suppuration. » (René Huguenin.)

On connaît la double tendance des lésions tuberculeuses, vers la caséification d'une part, vers l'organisation fibreuse d'autre part.

Aussi, à côté de ces formes caséeuses, Letulle étudie-t-il les formes fibreuses et notamment les *scléroses broncho-pulmonaires* de la tuberculose.

Microscopiquement, on a établi deux groupes de scléroses :

1. Les scléroses insulaires, frappant une partie d'un ou de plusieurs lobes.

2. La sclérose lobaire, que l'on découvre parfois chez un tuberculeux cavitaire mais qui est fort discutable, car l'examen microscopique montre qu'elle est plus souvent séquelle d'une pneumonie que de tuberculose et qu'elle est beaucoup plus fonction du spirochète de la syphilis que du bacille de Kock.

Dans tous les cas, il s'agit d'ailleurs avant tout de sclérose-caséose et non de sclérose pure.

Histologiquement, ces scléroses peuvent être :

1. Mutilantes;

2. Systématiques, soit extra-lobulaires (sclérose pleurogène de Brouardel), soit intra-lobulaires (élément fondamental de la pneumonie ardoisée).

Nous reviendrons plus loin, dans une vue d'ensemble sur l'importance de ces travaux anatomo-pathologiques.

Classifications anatomo-cliniques. — Si elles ont un intérêt didactique incontestable, les classifications purement anatomiques ne sont guère utilisables par le praticien.

Aussi les phtisiologues se sont-ils attachés à remanier ces classifications par des données cliniques, radiologiques et bactériologiques susceptibles de les rendre commodes pour le clinicien.

Les travaux allemands. — I. CLASSIFICATION DE NICOL. — Nicol ajoute au tableau d'Aschoff quatre séries d'éléments qui permettent une classification clinique et une appréciation pronostique.

Ce sont :

1° La présence ou l'absence de cavernes;

2° L'étendue des lésions.

Il faut signaler à ce sujet que Nicol remplace la division anatomique du poumon en lobes supérieur, moyen et inférieur par une division clinique en champs supérieur, moyen et inférieur dont il fixe les limites;

3° La recherche des bacilles de Kock dans les crachats;

4° L'état de réaction du malade, c'est-à-dire le groupe des signes généraux, physiques et fonctionnels qui permet de conclure à l'évolution ou la non-évolution des lésions.

D'après la pathogénie, Nicol divise les tuberculoses pulmonaires en deux classes : tuberculoses bronchogènes et tuberculoses hématogènes.

I. *Les tuberculoses bronchogènes.* — Elles sont en général localisées et correspondent à la tuberculose pulmonaire chronique.

Au point de vue de l'évolution du tubercule, elles comprennent toutes les variétés productives et quelques variétés exsudatives.

1° *Parmi les formes productives*, on distinguera :

La forme *acino-nodulaire*, et suivant l'importance du tissu fibreux :

La forme *nodo-cirrhotique*;

La forme *cirrho-nodulaire*;

La forme *cirrhotique*.

2° *Parmi les formes exsudatives*, on distinguera :

La forme *broncho-pneumonique caséeuse lobulaire*.

La forme *broncho-pneumonique caséeuse lobaire*, c'est-à-dire la pneumonie caséeuse classique.

Nicol ajoute, comme nous l'avons dit plus haut, les quatre considérations suivantes :

1° *Présence ou absence de cavernes*;

2° *Etendue et localisation des lésions* (champs pulmonaires supérieur, moyen, inférieur);

3° Recherche des bacilles : *présence ou absence de bacilles de Koch* dans les crachats, c'est-à-dire tuberculose ouverte ou fermée;

4° *Etat de réaction du malade :*

Forme latente;

— avec tendance à la latence;

— stationnaire;

— évolutive.

II. *Les tuberculoses hématogènes*. — Elles sont généralisées et correspondent à la tuberculose miliaire.

Elles comprennent toutes les variétés de la tuberculose miliaire tant productive qu'exsudative.

Enfin, à côté des formes interstitielles elles groupent des formes intra-acineuses par excrétion.

Ces variétés peuvent étonner le phtisiologue français. Il est habitué en effet à ranger la tuberculose miliaire dans les tuberculoses interstitielles, avec comme substratum anatomique le follicule tuberculeux, c'est-à-dire une forme productive. Il peut donc être dérouté par les dénominations de tuberculose miliaire intra-acineuse et de tuberculose miliaire exsudative.

Voici en effet le schéma de Nicol.

1° *Parmi les formes interstitielles*, il distingue :

La *forme productive pure* qui répond à la tuberculose miliaire généralisée décrite par Letulle.

La *forme productive et exsudative*. Ici la lésion initiale productive se complique de lésions exsudatives pouvant intéresser alvéoles ou cloisons interalvéolaires.

2° *Parmi les formes intra-acineuses par excrétion*, il distingue :

La *forme acineuse productive;*

La *forme acineuse exsudative*.

D'après Nicol — et c'est l'originalité de la conception allemande — la dissémination hématogène n'est pas seulement capable de créer des lésions interstitielles.

Par pénétration, par excrétion (d'après la traduction littérale) du bacille de Koch à l'intérieur des alvéoles, elles peut créer des lésions intra-acineuses à type productif ou exsudatif.

II. Classification d'Ulrici. — Dans son travail intitulé : *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* (Bd 51 et 52), Ulrici propose une classification qui se rapproche des conceptions françaises, et surtout, comme nous le verrons, de celles de Bard.

Ulrici fait intervenir de nouveaux éléments d'appréciation :

Fièvre;

Abondance, histologie et bactériologie des crachats;

Examen radiologique.

Il envisage trois formes principales :

1° *Forme acino-nodulaire*. — C'est une forme chronique à évolution lente, qui peut aboutir soit à la caséification soit surtout à la sclérose.

La température est en général peu élevée. Les crachats contiennent de nombreux bacilles de Koch.

Les signes d'auscultation diminuent de haut en bas.

Les complications laryngées et intestinales sont assez fréquentes.

2° *Forme cirrhotique*. — L'évolution en est très lente.

La fièvre est souvent absente.

Les bacilles de Koch sont rares ou absents dans les crachats.

L'auscultation révèle surtout des modifications de la respiration.

Cette forme est souvent une découverte radiologique.

3° *Forme pneumonique*. — L'évolution en est toujours rapide. Les signes d'intoxication sont en général très marqués.

L'auscultation révèle de nombreux bruits adventices.

III. Classification de Franckel-Albrecht. — Dans ses deux ouvrages, *Beiträge fur Klinik der Tuberculose* (1906) et *Beiträge fur pathologische Anatomie* (1906), Franckel-Albrecht isole trois formes principales qui sont exactement celles d'Ulrici.

IV. Classification de Spengler. — Cet auteur expose ses théories dans son volume *Die Diagnose der Lungentuberculose* (Davos, 1900).

Il considère la *fièvre* comme un bon signe de différenciation, et parle de tuberculose active ou inactive selon l'importance de la fièvre.

Un second facteur entre en jeu, c'est la *présence ou l'absence de bacilles de Koch*.

Selon qu'il y a ou non fièvre et bacilles de Koch, la tuberculose peut être considérée comme ouverte et active ou fermée et inactive.

Ces formules de Spengler sont trop vagues. D'autre part elles sont parfois inexactes. C'est ainsi que la fièvre ne traduit pas toujours un processus en pleine évolution et que les bacilles de Koch peuvent être absents dans les tuberculoses incipientes, intermittents dans les formes chroniques.

V. Classification de Turban. — Elle est exposée dans les deux ouvrages suivants :

Beiträge zur Kentniss der Lungentuberculose (Wiesbaden, 1899);

Tuberculose Arbeiten, Davos, 1909.

Turban tient compte surtout de l'*étendue des lésions*.

Sa classification, adoptée par la Conférence internationale de Berlin en 1902 et longtemps utilisée

dans les sanatoria allemands, n'est qu'une modification de la division ancienne en trois degrés.

Mais elle associe le degré d'extension des lésions à la qualité des lésions anatomiques.

C'est ainsi que Turban divise la tuberculose pulmonaire en trois phases selon que sont pris un *demi-lobe*, un *lobe* ou *plusieurs lobes*.

Cette classification topographique ne tenant aucun compte des variétés évolutives n'est donc pas plus précise.

VI. Classification de Gerhardt. — Il en est exactement de même de celle de Gerhardt, adoptée par l'Office sanitaire impérial allemand.

Elle ne tient compte que de l'étendue et de la profondeur des lésions pulmonaires.

VII. Classification de Küss. — Elle réalise un progrès car elle tient compte non seulement de l'étendue des lésions mais encore de leur *curabilité* et de leur tendance évolutive.

VIII. Classification de Sternberg (de Pétrograd). — Cet auteur, dans son livre : *Zur Klassification der Lungentuberculose. Zeitschrift fur Tuberkulose*, 1923, considère que l'évolution clinique ne dépend pas seulement de l'étendue des lésions mais des réactions de l'organisme. A côté du rôle de l'agresseur et de ses conséquences il fait intervenir le rôle du *terrain* et divise les tuberculoses en formes *compensées*, *subcompensées* ou *décompensées*.

Il ne s'agit pas là à proprement parler de formes cliniques mais du simple exposé des phases successives de la maladie chez les mêmes sujets.

IX. Classification de Backmeister (*Lehrbuch der Lungenkrankheiten*). — Cette classification est basée sur des données anatomo-pathologiques, topographiques et cliniques.

L'auteur s'appuie sur les trois aspects du poumon tuberculeux (cirrhotique, pneumonique, fibreux) et les localise topographiquement par lobes.

D'après l'évolution clinique, il distingue trois aspects : *latent*, *stationnaire* ou *progressif*.

On peut reprocher à cette classification son rigorisme trop absolu. En effet, toute tuberculose pulmonaire doit être ou *latente et fibreuse* ou *progressive et pneumonique*. Entre ces deux éventualités se placent des étapes intermédiaires qui ne sont pas groupées d'une façon satisfaisantes.

X. Classification de Neumann (*Wien. kl. Wochenschrift*, 1920).

Cette classification s'appuie sur le schéma de Bard que nous exposerons plus loin, sur les données anatomo-pathologiques d'Aschoff et sur les notions de latence et progression établies par Backmeister.

L'auteur propose les formes suivantes :

I. Formes aigues. — 1. *Tuberculose fibreuse dense.* — On rencontre surtout cette forme chez les malades atteints de tuberculose localisée, rénale ou articulaire notamment.

Les signes cliniques sont bilatéraux mais discrets.

La fièvre n'apparaît que tardivement ainsi que les bacilles de Koch dans les crachats.

2. *Tuberculose fibro-caséeuse incipiente.* — Les signes physiques sont généralement bronchiques.

Les bacilles de Koch sont rares.

L'évolution est de longue durée.

3. *Tuberculose abortive ou forme tuberculosoïde de Braüning.* — L'auscultation ne révèle que des modifications dans le timbre et le rythme de la respiration, aux sommets des poumons.

Il n'y a ni fièvre ni bacilles de Koch dans les crachats.

Cette forme peut aboutir à des variétés plus graves.

a. Pneumonique : cette variété correspond alors à la tuberculose congestive de Bard.

b. Hémoptoïque, d'autant plus sombre que la fièvre est plus élevée et les bacilles de Koch plus nombreux.

II. Formes chroniques. — 1. *Tuberculose cavitaire ulcéreuse.* — Elle est caractérisée par la formation de cavernes avec signes cavitaires étendus et mauvais état général.

Elle se termine souvent par une granulie généralisée.

2. *Tuberculose cavitaire stationnaire.* — Les malades ont souvent l'aspect de bronchitiques chroniques, car les signes cavitaires font défaut.

Mais l'étiologie tuberculeuse est signée par la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

L'évolution miliaire, après hémoptysies, est encore ici à craindre.

3. *Tuberculose miliaire discrète.* — Elle peut constituer le stade prémonitoire d'une tuberculose fibreuse dense.

La classification de Neumann prête à bien des critiques. Non seulement elle est imprécise mais encore elle n'envisage guère que les formes chroniques de la maladie.

Les travaux français. — I. Travaux de Laennec. — On sait avec quelle perfection lésions et symptômes ont été étudiés par Laënnec dans son traité de l'auscultation médiate en 1819.

Après avoir établi la spécificité et l'unicité des diverses tuberculoses qu'il sépare des autres affections du poumon, il affirme l'identité de nature des tubercules miliaires, des foyers d'infiltration gélatiniforme, grise ou jaune, et des tubercules crus dont la fonte aboutit à la formation de la caverne.

Il divise l'évolution de la phtisie chronique en trois étapes :

Phtisis incipiens ou phase d'*infiltration* des sommets,

Phtisis confirmata ou phase de *ramollissement*,

Phtisis desperata ou phase de *cavernisation* avec formation de spélonques dont il a donné une description qui reste un modèle d'observation.

Nous verrons plus loin l'évolution des idées au sujet de cette division de la maladie en trois périodes ou degrés.

Quoi qu'il en soit, son œuvre a été et reste considérable.

II. Travaux de Grancher. — Ils sont exposés dans son ouvrage sur les *Maladies de l'appareil*

respiratoire, Tuberculose et auscultation (Paris, Doin, 1890).

Grancher ajoute une étape clinique à la classification de Laennec.

Il distingue dans la tuberculose pulmonaire chronique une période de début, précédant la phase d'infiltration et qu'il croit caractérisée anatomiquement par la conglomération et la germination des tubercules.

Cliniquement, cette phase n'est révélée que par des modifications apicales du timbre et du rythme respiratoires. Ce sont les *anomalies du murmure vésiculaire.*

Leur constatation clinique est exacte, mais leur interprétation anatomique et pathogénique ne l'est pas. Grancher les donne, en effet, comme traduction d'une tuberculose au début. Les travaux plus récents ont fait justice de cette conception, en montrant que ces anomalies de la respiration traduisent en réalité dans la majorité des cas la *cicatrice laissée par la primo-infection* qui remonte à la première ou deuxième enfance et qui s'est éteinte.

III. Classification de Bard. — Cette classification que le professeur Bard a exposée au Congrès de médecine de Montpellier, est un travail d'une importance capitale pour la nomenclature des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Après une réimpression faite à Genève chez Kundig en 1901 et rapidement épuisée, le professeur Bard a donné de sa classification modifiée une nouvelle rédaction dans les numéros du 20 janvier et du 5 février 1927 du *Journal de médecine de Lyon* et dans une monographie parue chez Maloine en 1927.

C'est cette classification, revue et augmentée, que nous allons exposer.

Le siège anatomique et la distribution topographique des lésions, leur évolution en sont les bases essentielles.

Le professeur Bard établit cinq groupes de formes cliniques :

I. *Les formes parenchymateuses*, localisées ou extensives, caractérisées par l'atteinte des lobules pulmonaires.

II. *Les formes interstitielles*, où les tubercules amenés par voie hématogène ou lymphatique se localisent dans les espaces connectifs péri-lobulaires ou péri-alvéolaires et se généralisent aux deux poumons en un semis presque uniforme.

III. *Les formes bronchiques.*

IV. *Les formes post-pleurétiques.*

V. *Les formes d'attente à localisation indéterminée*, qui s'apparentent avec la tuberculose pulmonaire sans que leur localisation anatomique puisse être précisée.

I. **Formes parenchymateuses.** — Ce sont les plus communes, les plus nombreuses. Au point de vue évolutif, il faut distinguer : la forme abortive, les formes progressives.

A. *La forme abortive.* — C'est à elle que s'appliquent la plupart des signes que Grancher attribuait aux lésions de début : submatité, obscurité, rudesse respiratoire.

Les hémoptysies y sont fréquentes, mais apyrétiques et d'un pronostic favorable.

B. *Les formes progressives.* — Elles doivent être divisées en trois groupes : formes caséeuses, fibro-caséeuses et fibreuses.

1. *Formes caséeuses.* — Avec trois subdivisions :

a. *Forme caséeuse lobaire*, qui correspond à la pneumonie tuberculeuse classique bien connue.

b. *Forme caséeuse extensive*, qui correspond à la phtisie galopante avec une évolution fatale en quelques mois.

c. *Forme caséeuse ganglio-pulmonaire.*— On doit sa connaissance à la radiologie et à l'évolution particulière de la tuberculose dans les troupes noires (travaux de Borrel).

Le diagnostic en est difficile car les signes d'auscultation sont tardifs et la présence de bacilles de Koch rare.

Son pronostic et son évolution sont ceux de la forme caséeuse extensive.

2. *Formes fibro-caséeuses.* — Elles constituent la grande majorité des tuberculoses. Il faut distinguer :

Les formes congestives;
La forme localisée ou lobite;
Les formes extensives;
Les formes cavitaires localisées;
La forme ulcéro-fibreuse cachectisante.

a. *Forme caséo-fibreuse congestive simple.* — Forme aiguë ou subaiguë susceptible de résolution rapide et durable, bien qu'exposée à des rechutes.

La prédominance des signes fluxionnaires sur les lésions destructives explique le pronostic favorable, malgré les apparences.

La spléno-pneumonie de Grancher en est le prototype.

b. *Forme caséo-fibreuse congestive à poussées successives.* — Forme progressive à évolution chronique curable, mais après de nombreuses incertitudes.

c. *Forme fibro-caséeuse localisée.* — Particulièrement bien décrite par Léon Bernard et Beythoux (*Revue de la tub.*, 1923 et *Th. de Paris*, 1924), puis par Sergent sous le nom de *lobite supérieure.*

Le caractère essentiel est la limitation précise et nette du foyer tant au point de vue clinique que radiologique.

d. *Forme extensive à type caséo-fibreux* avec prédominance de la tendance fibreuse.

e. *Forme extensive à type fibro-caséeux* avec prédominance de la tendance caséeuse.

f. *Forme cavitaire localisée ulcéreuse.* — Les cavernes s'accroissent sans l'intervention de poussées tuberculeuses nouvelles à leur périphérie, sans doute par infections secondaires de surface qui entretiennent la fièvre et créent la cachexie.

g. *Forme cavitaire localisée stationnaire.* — Les cavernes sont sèches, à parois fibreuses lisses, sans sécrétion purulente (géodes de Cruveilhier).

L'état général reste peu altéré.

h. *Forme ulcéro-fibreuse cachectisante.* — Elle est rare, survient chez des malades âgés, avec prédominance de lésions scléreuses.

Mais la suppuration des cavernules entretient une cachexie marquée qui conduit peu à peu à la mort.

3. *Formes fibreuses.* — La tuberculose fibreuse a fait l'objet de la thèse de doctorat du professeur Bard et de celle plus récente de Maurice Pellorce (*Th. de Lyon*, 1925).

Le professeur Bard y distingue quatre variétés :

a. *Forme fibreuse localisée.* — Elle constitue une inflammation chronique dans laquelle le processus actif n'est pas définitivement éteint, ce qui la différencie des lésions cicatricielles, stables et définitives.

Le diagnostic est très difficile à faire avec les formes abortives.

b. *Forme fibreuse par sclérose dense.* — Matité, rudesse ou souffles, bronchophonie, absence de râles (sauf quelques râles bronchiques, rares) constituent la symptomatologie.

Le retentissement sur le cœur droit est plus ou moins accusé.

L'aggravation survient surtout par poussées granuliques.

c. *Forme fibreuse par sclérose diffuse avec emphysème.* — Obscurité, prolongation des temps respiratoires, présence de ronchus bronchiques, dyspnée, bronchorrhée, asthme symptomatique sont les signes dominants.

L'atteinte du cœur droit domine, rapidement, la scène.

d. *Pneumonie hyperplasique fibreuse tuberculeuse.* — La pneumonie hyperplasique ordinaire est une pneumonie lobaire franche passée à l'état chronique.

L'étiologie tuberculeuse imprime ici une évolution relativement rapide semblable à celle d'une pneumonie lobaire ou d'une congestion pulmonaire sclérosante qui ne s'est pas résolue.

Cette forme survient surtout au cours de tuberculoses fibreuses anciennes.

II. **Formes interstitielles ou granuliques.** — On doit distinguer quatre formes cliniques de granulies :

a. *Granulie généralisée.* — Elle n'appartient pas à proprement parler à la tuberculose pulmonaire.

La typho-bacillose de Landouzy doit en être rapprochée.

b. *Granulie suppurée.* — Exceptionnelle.

Le tableau clinique est celui d'une tuberculose aiguë qui reste longtemps sans signes stéthoscopiques et dont la caractéristique se trouve dans le type fébrile à grandes oscillations, d'allure pyohémique.

c. *Granulie migratrice.* — Les lésions pulmonaires sont plus ou moins latentes et soupçonnées seulement à cause de : fièvre, amaigrissement, faiblesse générale, dyspnée.

Mais bientôt apparaissent des poussées tuberculeuses sur divers organes : péritonite, péricardite, arthrite, pleurésie, méningite corticale localisée, épididymite, ou plus rarement myocardite, hépatite, néphrite.

Toutes ces poussées se résolvent complètement au bout de trois à quatre semaines, mais leur répétition entraîne la mort en quelques mois.

d. *Granulie discrète.* — La plus importante.

Elle a fait l'objet de la thèse de Pallard (Genève, 1901). Elle survient presque exclusivement chez les tuberculeux fibreux avec sclérose dense.

Les signes d'auscultation sont absents, le début insidieux, l'état général peu touché.

On constate de petites hémoptysies et surtout de la fièvre.

Le repos, les badigeonnages de gaïacol amènent la rémission.

III. **Formes bronchiques.** — a. *Bronchite capillaire tuberculeuse.* — C'est la plus rare de ces formes. On y rattache la granulie suraiguë asphyxique.

b. *Broncho-pneumonie tuberculeuse.* — Elle est caractérisée par sa bilatéralité, l'abondance et surtout l'uniformité des râles.

Les signes d'auscultation sont ceux d'une bronchopneumonie subaiguë, grippale ou morbilleuse, mais il y a des bacilles de Koch dans les crachats.

C'est une forme grave qui évolue en quelques semaines ou en quelques mois.

c. *Bronchite chronique tuberculeuse superficielle.* — La lésion est limitée à la muqueuse. Elle est associée à de l'emphysème et se traduit par de l'obscurité respiratoire, une respiration humée, des crachats rares, une toux quinteuse.

d. *Bronchite chronique tuberculeuse profonde.* — La lésion intéresse non seulement la muqueuse, mais les parois mêmes de la bronche et peut même s'accompagner de péribronchite et de dilatations bronchiques.

La respiration est encore plus obscure, mais la toux est plus grasse et les crachats plus épais.

L'autonomie de ces deux formes de bronchites chroniques tuberculeuses a été acceptée par Dumarest et Marotte dans leur article de la *Revue de la tuberculose* (3e série, p. 123) et dans la thèse de Marotte (Lyon, 1919).

IV. **Formes post-pleurétiques.** — Ce groupe est moins net que les trois autres. On peut y distinguer :

a. *Cortico-pleurite à répétition.* — Bien étudiée par Piéry en 1910. Elle fait partie du groupe des corticopleurites décrites et isolées par Bezançon et de Jong, Sergent et ses élèves.

Sa symptomatologie est bien connue.

b et c. *Pneumonie pleurogène fibreuse et fibrocaséeuse.* — Les lésions pulmonaires siègent dans les couches corticales du poumon. Elles sont peu progressives mais très étalées.

Les caractéristiques sont : l'uniformité des râles sur une grande hauteur, leur superficialité, la conservation d'une amplitude presque normale du murmure vésiculaire, les signes de symphyse pleurale, l'intégrité habituelle du côté opposé.

La forme fibreuse, plus dense, plus rétractile, peut aller jusqu'au fibro-thorax (Vincenti).

La forme fibro-caséeuse est plus sujette aux poussées congestives, ce qui amène des erreurs de pronostic.

d. *Formes à lésions pulmonaires autonomes.* — Il s'agit de lésions progressives localisées au sommet,



Agence de Paris : 14, rue de Bretagne.

depuis la sclérose jusqu'aux cavernes. Il s'agit donc de cas disparates qui n'ont comme lien commun que la symphyse pleurale de la base.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1928)

Influence de la minéralisation sur la pression osmotique des protéines du sang. — MM. Léon BLUM, P. GRABAR et Joseph WEILL.

Diurèse et pression osmotique des albumines. — MM. L. AMBARD et F. SCHMID.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1928)

Un test automatique pour la sensibilité de la peau. — M. J. SAIDMAN.

Technique et résultats du traitement de l'angine de poitrine par la radiothérapie. — MM. BARRIEU et NEMOURS-AUGUSTE exposent leur technique, les heureux résultats obtenus dans sept cas traités, et ils concluent que tous les syndromes angineux relèvent de la radiothérapie, il en est de même de certaines arythmies extrasystoliques, les sensations douloureuses cardiaques, les palpitations, le syndrome de cœur instable et la tachycardie paroxystique.

L'insuffisance cardiaque ne constitue pas une contre-indication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1928)

La gastro-pyloro-duodéno-entérostomie. — MM. DELBET et DE VADDER présentent une opération nouvelle pratiquée dix-huit fois avec succès chez des malades atteints de troubles de l'évacuation duodénale.

Ils rappellent la fréquence de cette affection, les troubles digestifs qui la caractérisent. Ils insistent sur l'amaigrissement rapide et ses rapports avec les troubles pancréatiques. Ils signalent l'importance des lésions infectieuses à distance, et en particulier de l'appendicite dans la genèse des périduodénites.

La duodéno-jéjunostomie était la seule opération employée dans les cas de sténose par la corde mésentérique. Or, les résultats ne sont pas constamment bons. Cette constatation a nécessité la recherche de la cause des échecs. Elles sont multiples :

1° La situation de la troisième portion du duodénum oblige lorsqu'elle est sus-mésocolique, à faire une duodéno-jéjunostomie transmésocolique qui fonctionne moins bien ;

2° Les malades ont très souvent un spasme pylorique avec trouble de l'évacuation gastrique visible à la radio ;

3° Constatation de brides cordiformes qui sténosent la première ou deuxième portion duodénale.

Ce sont ces notions qui ont conduit à pratiquer la gastro-pyloro-duodéno-entérostomie antérieure præ-colique. Cette opération consiste en une large anastomose entre estomac, duodénum, d'une part, et première anse jéjunale, d'autre part. Après un premier surjet séro-séreux, on incise le duodénum, le pylore, l'estomac. Une bouche analogue est pratiquée sur le jéjunum. On termine l'anastomose classiquement.

L'anastomose est præ-colique, parce que transmésocolique elle fonctionnerait moins bien ; et antérieure car elle doit aller loin sur le duodénum. Elle fonctionne d'autant mieux qu'elle s'étend plus loin sur le duodénum, elle peut déborder largement sur la deuxième portion.

Les résultats fonctionnels et radiologiques sont parfaits. Il n'y a pas de mortalité ; tous les malades sont guéris. Les suites opératoires sont remarquablement simples. Cette intervention a permis de réséquer très facilement un ulcère du duodénum.

Sa facilité, sa bénignité permettent dès maintenant d'étendre ses indications opératoires.

L'organisation des services publics d'hygiène. — Rapport de M. MARCHOUX. La commission chargée d'examiner les vœux soumis précédemment à l'Académie par M. Strauss formule aujourd'hui, par l'intermédiaire de son rapporteur, un certain nombre de vœux nouveaux sur lesquels l'Académie aura à se prononcer. Ils ont trait au renforcement des services d'hygiène et au rétablissement du ministère de l'Hygiène.

Malades physiologiques. — Suivant M. Paul FERRIER, la fonction dévolue à ce qu'on nomme actuellement « réserve alcaline » de maintenir l'alcalinité du sang, devrait avoir pour heureuse conséquence la suppression de toute raréfaction osseuse. Celle-ci se montre au contraire très fréquente.

Loin de préexister aux « acides éventuels » qu'ils devraient neutraliser, les sels de la réserve alcaline résultent de l'introduction dans le sang de ces acides qui satisfont leurs affinités aux dépens du phosphate de chaux du squelette. La réserve alcaline représente donc le processus même de l'ostéomalacie.

Les bilans où se rencontre la réserve alcaline sont édifiés d'après des sujets que leur alimentation rend phosphaturiques et qui sont des malades physiologiques, candidats à l'ostéomalacie. La valeur du régime des bilans doit avoir pour critérium la vacuité de l'estomac avant chaque repas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1928)

Eventration diaphragmatique et phrénicectomie pour tuberculose pulmonaire. — M. BARD à propos de la communication de M. Caussade, fait une distinction entre la phrénicectomie pour tuberculose pulmonaire et les cas d'éventrations diaphragmatiques. Il n'y a pour l'auteur aucune analogie à établir.

A propos de trois cas de maladie exostosante dite « exostoses ostéogéniques multiples ». — MM. André LÉRI, R. J. WEISSENBACH et J.-A. LIÈVRE presentent trois cas de cette affection et montrent qu'il s'agit d'une dystrophie osseuse, très spéciale caractérisée par un ensemble complexe de lésions. Les exostoses ne sont qu'un des signes de la maladie ; ce ne sont d'ailleurs point des productions irrégulières et asystématisées ; elles affectent pour chaque os une forme et une localisation fixes.

Un cas d'éventration diaphragmatique droite. — MM. FATON et LUCY insistent sur cette forme exceptionnelle à propos d'un cas.

Les conflits thérapeutiques dans le traitement de la syphilis. — M. MILIAN insiste sur la réaction de Herxheimer et à propos des courbes thermiques qu'il présente, il explique la fièvre comme le témoin de stimulation du germe par la médication.

Endocardite infectieuse primitive à pneumocoques terminée par la guérison. — MM. Ch. LAUBRY et COFFIN présentent l'observation d'une malade de cinquante-six ans qui, à l'occasion d'un état grippal, fit brusquement, au milieu de symptômes généraux graves, une fièvre à grandes oscillations, une endocardite mitrale. L'évolution s'en poursuivit pendant

cinq mois avec des péripéties diverses, grandes oscillations thermiques, fièvre continue, anémie sévère, et enfin poussée phlébitique qui marqua le début de la convalescence. Les hémocultures donnèrent, dans les premières semaines, du pneumocoque, à une phase tardive un paratyphique B.

Les auteurs insistent sur la rareté des observations des endocardites à pneumocoques primitives guéries.

Endocardite végétante apparue plus de deux ans après une pneumonie. Méningite suppurée à pneumocoques. Embolies. — MM. Arnold NETTER et Marius SALANIER. Mort après six mois : présence à peu près exclusive de streptocoques dans les végétations; ces streptocoques dérivent, sans doute, des pneumocoques (mutation).

Les auteurs ne croient pas qu'il se soit agi d'une infection surajoutée. Ils pensent que les streptocoques proviennent de la transformation des pneumocoques et que leur observation apportent un argument précieux à une thèse défendue dès 1910 par Edward Rosenow et qui a été soutenue, plus récemment en Allemagne par Erich Wolff (en 1923) et par Mongon Roth (en 1925); en Angleterre, par Arkwright et Griffit; aux Etats-Unis, par Reiman : celle de la transformation possible du pneumocoque en streptocoque et réciproquement.

Les auteurs pensent d'ailleurs, donner la preuve que les modifications étaient déjà intervenues cinq mois avant le décès. Les pneumocoques dans le pus de la méningite étaient plus rares, moins viables que dans le pus de méningites à pneumocoques habituelles; ils étaient aussi moins virulents comme en fait foi la guérison rapide, alors que ces méningites sont presque toujours mortelles.

Fièvre ondulante d'origine bovine. — MM. LEDOUX, ARCHER et CLERC (de Besançon) communiquent une observation de fièvre ondulante présentant les caractères cliniques de la fièvre de Malte et dont l'origine bovine paraît certaine. Le malade a été contaminé par des vaches atteintes d'avortement épizootique. Son sérum agglutinait à 1/2000 le bacille de Bang et le mélitensis. Mais ni par les caractères cliniques, ni par les recherches biologiques, il n'a été possible de préciser s'il s'agissait d'une septicémie à bacille de Bang ou à mélitensis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES EMPLOIS RÉSERVÉS MÉDICAUX AUX MÉDECINS MUTILÉS ET RÉFORMÉS

Comme suite au premier vœu présenté par « l'Association des médecins de l'avant » aux Etats généraux de la France meurtrie et qui avait été voté par le Congrès, demandant qu'il fût réservé aux médecins mutilés et réformés de guerre une proportion importante des emplois médicaux créés ou à créer dans les ministères, services publics et grandes administrations, nous avions fait de pressantes démarches auprès de M. le ministre des Pensions pour qu'une mention spéciale fût insérée en faveur des emplois médicaux dans le projet du gouvernement en instance sur les emplois réservés que rapporte M. Chollet, député du Loiret; M. Thoumyre, député de la Seine-Inférieure, s'était spontanément offert à présenter notre demande sous la forme d'un amendement au projet en question.

Dans une dernière conversation, le 25 février 1928, avec M. Lorain, chef de cabinet de M. le ministre des Pensions, le bureau de l'Association des médecins de l'avant a cru devoir accepter, dans un but de haute solidarité envers les autres

catégories de mutilés et réformés de guerre, de ne pas déposer en séance un amendement qui pourrait retarder le vote du projet que l'on voudrait voir passer sans débat à la tribune de la Chambre. Mais il a reçu l'assurance solennelle que l'amendement Thoumyre, en faveur des emplois réservés médicaux, sera soumis immédiatement pour avis à M. le ministre des Pensions, et que notre vœu sera examiné avec la plus grande attention et avec le désir de donner aux médecins mutilés et réformés la satisfaction légitime qu'ils demandent.

En effet, à l'heure où notamment de nombreux postes de médecins inspecteurs des écoles vont être créés pour l'inspection des écoles réorganisées, il importe de faire reconnaître le principe des revendications des médecins mutilés que « l'Association des médecins de l'avant » a posé depuis 1921 dans une série d'articles parus notamment dans le *Fanion médical*. Les médecins ont été mobilisés en tant que médecins; mutilés et réformés de guerre, ils ont droit à des emplois réservés; il est juste que les emplois qui leur seront attribués soient des emplois *médicaux*.

M. le ministre des Pensions, par la voix de son distingué chef de cabinet, M. Lorain, nous a promis de soutenir les droits des médecins mutilés et réformés aux emplois réservés médicaux. Nous devons le remercier de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et nous pouvons donner à nos camarades médecins réformés l'espoir qu'ils obtiendront justice à très brève échéance.

Ici encore est démontré l'adage éternel que l'union fait la force, même pour les médecins de l'avant.

Le secrétaire général de l'Association des médecins de l'avant,

Dr R. DE MÉDEVIELLE.

LIVRES NOUVEAUX

Les cancers et la physico-chimie (1), par A. KOTZAREFF et Roger FISCHER.

Pour A. Kotzareff et R. Fischer, les facteurs déterminants de toute division cellulaire seraient les mêmes dans les divisions normales et typiques que dans les divisions cancéreuses ou atypiques; seuls, l'intensité et le degré d'action de ces facteurs seraient différents. Ils considèrent aussi qu'il existe des facteurs internes et des facteurs externes aux cellules, et ces derniers ne faisant que déclancher les tendances internes, et n'ayant par conséquent aucune action spécifique, ils admettent qu'il ne peut être question d'une spécificité d'étiologie des cancers.

Pour eux, les causes déterminantes de la cancérisation peuvent être d'ordre chimique, physique et biologique, aucune d'elles n'étant spécifique ou, prise seule, susceptible de produire un cancer. Ils estiment, par contre, que le mode d'action de ces causes est unique, qu'il est d'ordre photo-électrochimique et qu'il modifie l'état électrocolloïdal de la cellule et du milieu dans lequel elle baigne.

D'après ce qui précède, la cancérisation serait une localisation de cette modification physico-chimique avec retentissement général sous forme d'un déséquilibre électro-colloïdal général, et la thérapeutique des cancers devrait toujours comprendre un traitement local et un traitement général. Après de longues expériences, les auteurs ont choisi pour ce dernier l'émanation du Radium dont ils chargent des liquides colloïdaux, inoffensifs pour l'organisme qui les reçoit par injections intraveineuses. Ils ont remarqué que l'action des liquides, chargés d'émanation, était d'ordre physico-chimique, qu'il y avait fixation élective sur les cellules cancéreuses, ce qui leur a permis d'obtenir dans certaines conditions, sur plaques sensibles, des images de tumeurs, procédé auquel ils ont donné le nom de *Curiegraphie*.

Ce livre de 336 pages avec 83 figures, est divisé en 12 chapitres d'inégale importance dont les principaux sont :

Les cancers au point de vue expérimental (physio-pathologie de la cancérisation, technique détaillée de la cancérisation expérimentale, influence du système nerveux, greffes de cancers, culture des tissus normaux et cancéreux).

Les propriétés générales et spéciales de la cellule normale et de la cellule cancéreuse (biologie cellulaire, membranes cellulaires, division cellulaire).

Le cancer et le milieu humoral (malignité des cancers, immunité et cancer).

La fixation élective : curiegraphie, organoradiumgraphie, autoradiumgraphie; la prophylaxie des cancers (bases physiques et chimiques de la thérapeutique des cancers par les radiations et par les corps radioactifs, action biologique de l'émanation du radium *in vivo* et *in vitro*).

La curiethérapie interne des cancers par injections locales et intraveineuses, la théorie du mode d'action des rayons X, du radium et des injections radioactives.

Parmi les autres chapitres, notons encore :

L'historique et les théories pathogéniques des cancers, la classification des tumeurs.

Le cancer au point de vue clinique.

Les cancers au point de vue social.

La bibliographie (comprenant plus de 688 fiches).

Par ce court exposé, il est facile de se rendre compte que ce livre de biologie moderne s'adresse non seulement aux cancérologues, mais aussi aux hommes de science, aux biologistes, aux médecins praticiens, aux étudiants, enfin, à tous ceux qui, avides de connaître des conceptions nouvelles et parfois hardies, désirent s'initier à l'un des plus grands problèmes actuels de la pathologie.

(1) Un volume in-8 de VIII-336 pages avec 83 figures. — Prix : 50 fr. net. — Paris, Vigot frères.

Appendicites, colites et périviscérites (2), par M. DUPUY DE FRENELLE.

Le livre de M. Dupuy de Frenelle est divisé en quatre parties.

Dans la première sont décrites les différentes formes de l'appendicite chronique et les différents moyens de préciser le diagnostic par la recherche du cordon appendiculaire et par le contrôle des rayons X. L'auteur insiste sur l'utilité de placer le sujet en position déclive, sur une table d'examen, pour effectuer la recherche du cordon appendiculaire douloureux.

Dans la deuxième partie sont décrites les différentes affections satellites (colites, périviscérites, cholécystites, épiploïtes, tuberculose) qui contribuent à imprimer sa personnalité à chacun des masques classiques de l'appendicite chronique.

Dans la troisième partie sont décrites les séquelles de l'appendicite chronique qui évoluent pendant le cours des années qui suivent l'opération et qui sont dues parfois à la méconnaissance, pendant l'appendicectomie, des lésions discrètes de voisinage qui étaient greffées sur cette affection.

Dans la quatrième partie l'auteur décrit les différentes formes de traitement chirurgical qui correspondent aux différentes formes des lésions satellites de l'appendicite : ablation des voiles et des adhérences, redressement des coudures intestinales par la cæcopexie et par la colopexie transverse. Ce livre est réparti en de nombreux chapitres courts et bien illustrés. L'essentiel de chaque chapitre est imprimé en un caractère typographique spécial, ce qui facilite beaucoup la lecture.

L. G.

(1) Un vol. gr. in-8 de 356 pages, avec 65 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 février. — MM. Reinhold, 5; Gueullette, 9; Aurousseau, 10; Welti, 9.

Séance du 1er mars. — MM. Gaume, 8; R. Bernard, 9; Brouet, 8; Soupault, 10.

— Concours de stomatologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Quilly, Cadenat, qui acceptent; Izard, Didsbury, Lacronique, Fargin-Fayolle, Herscher, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Internat en pharmacie. — Jury : MM. François, Bridel, Béhal, Goris et Fourneau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Création de trois chaires d'hydrologie.* — Il est créé, dans chacune des facultés de médecine des universités de Paris, Lyon et Montpellier, une chaire magistrale d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.

Sont nommés titulaires de ces chaires :

Paris. — M. Maurice Villaret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Lyon. — M. Piéry, agrégé libre à la Faculté de médecine de Lyon.

Montpellier. — M. Gaston Giraud, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Bordeaux. — Sont déclarés vacants les emplois d'agrégé ci-dessous désignés près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux :

Médecine, 1; ophtalmologie, 1; dermatologie et syphiligraphie, 1.

— Lille. — Un emploi d'agrégé de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille (anatomie) est déclaré vacant.

— Lyon. — Un emploi d'agrégé de médecine est déclaré vacant à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

MÉDAILLE DU PROFESSEUR TRUC (DE MONTPELLIER). — A l'occasion de sa retraite universitaire, les élèves et les amis du professeur Truc ont décidé, comme nous l'avons déjà annoncé, de lui offrir sa médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy.

Les souscriptions sont reçues par M. le docteur Velter, trésorier du Comité, 38, avenue du Président-Wilson, Paris, c/c n° 1146-21.

Un exemplaire de la médaille sera remis à tous les souscripteurs de 100 fr.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 3 mars publie un *décret relevant le taux de la vacation journalière à allouer aux médecins civils agréés comme médecins chefs des centres d'appareillage :*

« Les médecins civils chargés des fonctions de médecin chef de centre d'appareillage sont rétribués sous forme de vacation journalière.

Les taux de ces vacations sont fixés comme suit : 1° taux, 40 fr.; 2° taux, 45 fr.; 3° taux, 50 fr.; 4° taux, 55 fr.; 5° taux, 60 fr.

Ces taux correspondent à une journée de travail effectif avec un maximum de 30 vacations par mois et sans que le montant annuel des vacations puisse dépasser 20.000 fr.

Les taux sont fixés par arrêté ministériel suivant l'importance du centre d'appareillage, compte tenu de l'ancienneté et de la manière de servir des intéressés et sans que la dépense

totale pour l'ensemble des médecins, y compris l'indemnité prévue ë l'article 4, puisse dépasser le dépense qui résulterait de l'application du salaire moyen,

Il pourra être attribué au médecin chef du centre d'appareillage de Paris, dans les conditions fixés par l'article 3, une indemnité journalière supplémentaire de fonction et de responsabilité s'ajoutant à chacune des vacations effectuées et dont le montant maximum sera de 12 fr.

Aucun avantage accessoire de quelque nature que ce soit ne peut être attribué aux médecins chefs des centres d'appareillage que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel.* »

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée à M. le docteur Guyonnet (de Saint-Etienne-de-Saint-Geoir).

LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU SÉNAT. — Le 1er mars, la plus grande partie de la séance du Sénat a été consacrée à la discussion des interpellations sur la santé publique. Elles se terminèrent par un ordre du jour de confiance, invitant le gouvernement à « préparer et proposer un programme d'ensemble des mesures susceptibles de combattre efficacement les maux sociaux ».

M. PAUL STRAUSS, s'appuyant sur une statistique de la Société des Nations, a montré que la France occupe le dernier rang pour l'excédent des naissances sur les décès. La mortalité depuis 1913 a baissé en France de 1,53 p. 100, alors qu'elle a baissé de 11,6 p. 100 en Angleterre et de 21 p. 100 en Allemagne. M. Strauss indique que nous péchons surtout par ignorance des causes de décès, il demande, comme il l'a déjà fait à l'Académie, que la déclaration des maladies contagieuses soit enfin faite avec rigueur, et il réclame la revision de la loi de 1902 sur la santé publique.

Après lui, MM. Louis Martin, Chauveau, Fernand Merlin apportèrent à leur tour des arguments pour le renforcement de la protection de la santé publique. M. André Fallières, ministre du Travail, se montra d'accord avec les interpellateurs sur les maux à vaincre et les méthodes à employer.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. BEZANÇON.) — Jusqu'au 16 mars, fin des leçons sur l'asthme, par M. F. Bezançon; vendredi 9 mars : Traitement de l'asthme, par M. F. Bezançon.

Du 19 au 30 mars, six conférences sur quelques problèmes actuels de nutrition, par M. Mathieu-Pierre Weil, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux :

Lundi 19 mars : Le problème du diabète; mercredi 21 mars : Le traitement du diabète; vendredi 23 mars : Les états d'acidose; lundi 26 mars : La pléthore; mercredi 28 mars : Le problème de la goutte; vendredi 30 mars : La déficience rénale.

IIIe CONGRÈS POLONAIS DE STOMATOLOGIE. — Ce Congrès aura lieu à Cracovie en mai 1928 à l'occasion du 25e anniversaire de la création de la chaire de stomatologie et de l'Institut de stomatologie.

Le secrétaire général est le professeur Cieszynski, à Lwow, Ul Zielona, L5A, Pologne.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — Notre excellent confrère, *Bruxelles médical*, publie le numéro spécial consacré aux Journées médicales de 1927.

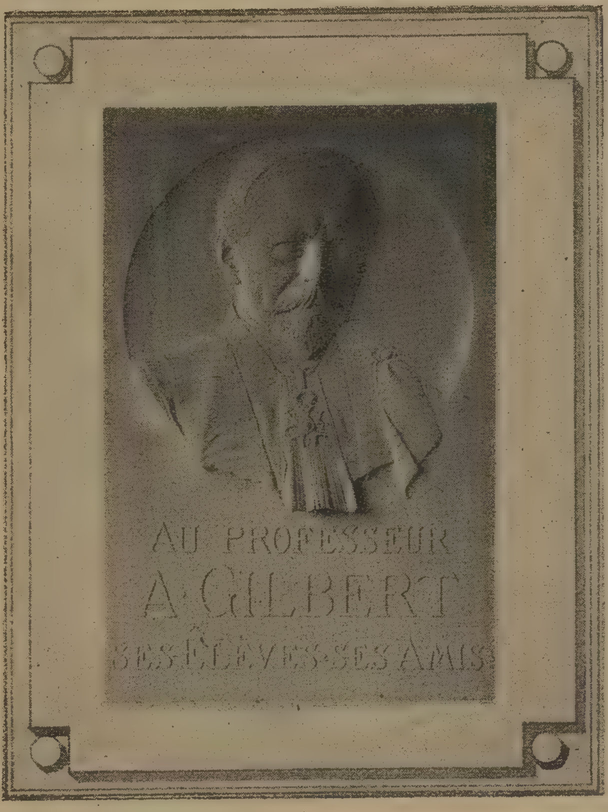
Ce numéro, admirablement composé et luxueusement édité, est le reflet des belles Journées vécues l'an dernier auprès de nos chers confrères belges. Il forme la préface la plus heureuse aux Journées de 1928.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MONUMENT GILBERT A L'HÔTEL-DIEU

Samedi a été inauguré à l'Hôtel-Dieu le monument élevé à la mémoire du professeur Gilbert par « ses élèves et ses amis ». L'inauguration a été précédée par une réunion dans l'amphithéâtre Trousseau, trop petit pour contenir la foule des amis de Gilbert. M. le recteur Charléty, présidait, assisté de M. le doyen Roger et de M. Mourier, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Des discours furent prononcés par le professeur Carnot, successeur de Gilbert dans la chaire de clinique médicale, par M. Lion, le professeur Pierre Teissier, le doyen Roger et M. Béclère, président de l'Académie de médecine.



Le médaillon de Gilbert, par M. PRUDHOMME.

Puis on se rendit dans la galerie du premier étage devant le beau médaillon de Gilbert dû à l'éminent statuaire Prudhomme, et dont nous pouvons donner la reproduction grâce à l'amabilité de M. Georges Baillière.

La remise du monument fut faite à M. Mourier qui retraça à son tour l'œuvre du maître disparu. F. L. S.

ACCIDENTS ASPHYXIQUES NERVEUX ET GRAVES

CONSÉCUTIFS A UN PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

DANS UN CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE BILATÉRALE

Par MM. G. CAUSSADE et ANDRÉ TARDIEU.

Le dogme de l'unilatéralité des lésions tuberculeuses des poumons dans la pratique du pneumothorax thérapeutique n'a plus force de loi. D'ailleurs la tuberculose pulmonaire unilatérale existe-t-elle certainement? Dans la pratique phtisiologique courante, nombreux sont les cas dans lesquels l'opération de Forlanini est faite malgré des bacilloses bilatérales. Et n'enregistre-t-on pas des succès parfois éclatants dans de telles circonstances? Faut-il rappeler, d'autre part, qu'une laryngite tuberculeuse s'améliore et parfois même guérit sous l'influence du pneumothorax effectué en vue d'une tuberculose pulmonaire reconnue unilatérale?

Encouragés par ces exemples, nous avons décidé de traiter par un pneumothorax artificiel une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale. Les lésions étendues prédominaient à droite, creusées d'une caverne apicale diagnostiquée par l'auscultation et la radioscopie. Bien que l'insufflation ait été pratiquée du côté le plus lésé (à droite), avec toutes les précautions d'usage, qu'elle fût de 450 centimètres cubes, que le gaz insufflé fût de l'oxygène, et que son écoulement dans la plèvre fût lent, exécuté en pression négative, nous avons assisté à des accidents asphyxiques et nerveux de la plus haute gravité que, fort heureusement mais non sans peine, nous avons pu complètement conjurer. Notons aussi qu'après leur disparition se manifesta une amélioration assez appréciable et persistante des signes fonctionnels et généraux.

Voici la relation de ce cas :

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, tuberculeuse avérée depuis au moins un an. L'expectoration est abondante, purulente, bacillifère. La fièvre oscille autour de 39 degrés, avec rémission matinale assez marquée. Sueurs profuses, amaigrissement notable, anorexie. A l'entrée dans notre service de l'Hôtel-Dieu, les premiers jours de février 1926, par la percussion et l'auscultation, nous nous rendons compte que les lésions prédominent à droite où les deux tiers supérieurs sont infiltrés. Une caverne assez volumineuse est diagnostiquée sous la clavicule (diagnostic radioscopique confirmatif). A gauche, l'infiltration, moins étendue, occupe plus spécialement le tiers supérieur du poumon. A la radioscopie les deux sommets sont gris, marbrés, et à droite, outre la caverne déjà signalée, nous voyons les plages pulmonaires tachetées (aspect classique de nids d'abeilles et de mie de pain).

Vu la gravité de la situation, ayant constaté pendant plusieurs jours la progression rapide des lésions, nous nous décidons à instituer un pneumothorax thérapeutique qui doit viser le poumon droit le plus atteint.

Aucun organe autre que le poumon n'est lésé : pas d'albuminurie, cœur normal n'ayant nullement à l'écran l'aspect en goutte si communément observé chez les tuberculeux chroniques; pas d'obésité; pouls fréquent (90-100) en rapport avec la fièvre (39°, 39°5). La pression sanguine s'élève à Mx : 18, Mn : 7. Le foie et la rate sont de volume normal; pas d'ictère, pas d'œdème des téguments, pas de cyanose, pas d'ascite, pas le moindre épanchement pleural ni à gauche, ni à droite.

Le 15 février 1926, à neuf heures et demie, le matin, nous préparons l'insufflation. Le sujet est incliné sur le côté gauche, soulevé par deux oreillers. Le septième espace intercostal où doit être enfoncé le trocart est lavé d'abord à l'alcool, puis à la teinture d'iode diluée. Au point même où doit pénétrer l'instrument, est faite une injection sous-cutanée et intramusculaire (muscles intercostaux) d'un centimètre cube de la solution suivante :

Morphine (chlorhydrate de)........ 1 centigr.
Solution de novocaïne au centième. 1 cc.

C'est la formule dont nous nous servons habituellement. Elle n'a jamais occasionné le moindre incident. D'ailleurs, comme on le verra, aucun des phénomènes observés par la suite ne peut lui être imputé. Après trois minutes d'attente, la ponction est pratiquée avec le trocart de Kuss (l'appareil de Kuss que nous utilisons ordinairement nous a servi pour la présente insufflation). Le trocart ayant traversé les muscles intercostaux, nous substituons l'aiguille mousse à la pointe. Cette manœuvre s'exécute sans difficulté. La pénétration dans la cavité pleurale est aussitôt réalisée. La pression intrapleurale est au début de — 2 — 26. L'oxygène pénètre aisément. Son écoulement s'effectue même après 100 centimètres cubes d'insufflation, toujours en pression négative. Il en est ainsi jusqu'à 450 centimètres cubes. A cette dose la pression intrapleurale s'élève à + 2 — 12. A 300 centimètres cubes elle est de 0 — 18. C'est donc progressivement et d'une manière très lente que l'insufflation a été exécutée. L'opération a duré exactement un quart d'heure. Et, pendant tout ce temps, ne survient aucune douleur, aucune suffocation, pas la moindre dyspnée, ni la plus légère teinte cyanique. Le sujet était si peu gêné qu'il parlait avec les élèves qui nous entouraient.

Mais à la fin de l'insufflation, nous notons une légère cyanose de la face. Le pouls ainsi que les battements cardiaques sont précipités. Dix minutes après éclatent de vives douleurs sous le sein droit (côté de l'insufflation) et dans la partie gauche du cou. La douleur est comparable à un véritable déchirement. Le sujet pousse des cris. La douleur rapidement devient atroce, intolérable. En même temps le pouls se révèle petit, filiforme, rapide. Une injection de 1 centigramme de spartéine est aussitôt pratiquée. Un calme relatif succède à cette crise. Il n'est que de courte durée. Au bout de quelques minutes, en effet, surviennent des nausées. Les mains et la face se cyanosent; la coloration bleuâtre et même noirâtre est plus prononcée à la face. Ensuite, progressivement, les pieds, les jambes et les cuisses prennent à leur tour une teinte violette et se refroidissent. La respiration est précipitée, très superficielle. La dyspnée est intense. Notre malade, en proie à des accès de suffocation, insensiblement perd la notion du monde extérieur (elle ne comprend plus les demandes que nous lui adressons).

Puis la respiration devient lente et difficile. Et pendant deux minutes, à chaque inspiration, le cou et la partie supérieure du thorax sont secoués par des mouvements saccadés, se succédant irrégulièrement, les derniers étant plus forts et plus espacés que les premiers. Pas de sanglots. La respiration n'est pas singultueuse. Les réflexes cornéens sont abolis. Nous n'observons pas de convulsions oculaires. Les pupilles sont ponctiformes. Le pouls est rapide, filiforme, parfois imperceptible. La sensibilité générale est abolie. La perte de connaissance est absolue. Une sueur froide et visqueuse recouvre tout le corps et la face. Pas de relâchement des sphincters : aucune perte d'urine ni de matières fécales.

La première idée qui s'est présentée à notre esprit fut que nous avions provoqué une perforation pulmonaire. En raison de l'intensité des accidents et de la succession des phénomènes, nous étions, à priori, autorisés à adopter cette opi-

nion; mais dès l'apparition du collapsus nous avions soustrait plus de 300 centimètres cubes de l'oxygène insufflé. Et, à la suite de tentatives réitérées, exécutées après avoir vidé la cavité pleurale, aucun gaz nouveau ne put être soustrait, toute aspiration restant négative. La cavité pleurale était purgée d'oxygène et l'air ne l'infiltrait pas. D'ailleurs, la percussion n'indiquait aucun tympanisme. La matité était perçue dans toute la hauteur du thorax droit (côté insufflé). Des râles humides et nombreux s'entendaient là où nous les percevions avant l'insufflation. Bien plus, une radioscopie faite ultérieurement, quand tous les accidents furent définitivement conjurés, nous montra que réellement la cavité pleurale ne contenait pas d'air. A la fin du mois suivant, aucun épanchement ne s'était produit. Ainsi toute idée de perforation doit être rejetée. Ajoutons, pour éliminer plus sûrement cette complication, que les accidents ne se sont pas bornés à la cyanose, à des secousses convulsives du cou et de la partie supérieure du thorax. Il y eut d'autres phenomènes qui, s'ils ont été déclenchés par un choc pleural, sont d'ordre encéphalique, sans correlation avec l'asphyxie et l'anoxhémie, puisqu'ils ont existé parfois sans cyanose concomitante. En tout cas, le collapsus cardiaque était évident.

L'état que nous venons de décrire dure environ une heure, pendant laquelle non seulement fut soustrait l'oxygène insufflé, mais aussi fut mise en œuvre, d'une manière continue et énergique, la respiration artificielle. Nous avons fait des injections sous-cutanées d'adrénaline (nous avons même pensé un moment à les faire intracardiaques), d'éther camphrée, de spartéine et de caféine. Nous avons eu recours aussi à l'oxygénothérapie par les voies respiratoires, sous pression; ce procédé étant le plus efficace puisqu'il débite un volume d'oxygène bien supérieur à celui que fournit la voie sous-cutanée.

Pendant toute une heure de lutte angoissante l'état reste stationnaire; mais la pression sanguine, prise avec l'appareil de Pachon, n'est pas aussi basse qu'on pourrait le croire. Elle se chiffre à Mx : 10 et Mn : 4. Les oscillations, quoique faibles, sont de deux à trois divisions.

Il nous faut noter incidemment que l'oxygène intrapleural fut soustrait en plusieurs temps. A chaque soustraction, la respiration tendait à reprendre son rythme normal; mais le collapsus et les signes encéphaliques reparaissaient aussitôt.

Une heure s'écoule en lutte vaine. Dans la demi-heure qui suit, les mains sont agitées de tremblements horizontaux plus accentués aux deux pouces. Puis soudainement, avec deux ou trois fortes inspirations, le pouls se relève. Il est relativement plus fort et plus ample, moins fréquent. Notre sujet esquisse quelques mouvements des bras. La respiration est plus profonde et plus large. Et, sans que le coma ait cessé, des vomissements bilieux, abondants, survenant en fusées, sans aucun effort, souillent les draps. Cette amélioration, très relative, est éphémère.

Nouvelle lutte pendant encore une demi-heure, conduite avec les mêmes médications, et les mêmes moyens. Ce temps écoulé, la cyanose s'atténue dans de notables proportions. Par instants, le pouls assez bien frappé, est moins fréquent, la respiration plus ample. Quelques mouvements volontaires sont esquissés aux membres supérieurs. Le coma persiste cependant que la cyanose va s'effaçant.

Mais, ce n'est qu'une demi-heure plus tard, alors que la cyanose a totalement disparu, que le pouls et les battements cardiaques redeviennent à peu près réguliers et que le sujet reprend conscience de ce qui se passe dans son entourage. A partir de ce moment on peut affirmer que la vie est sauve. Mais nous observons encore quelques phénomènes dignes d'intérêt : étant en pleine conscience d'elle-même, notre tuberculeuse regarde fixement la personne qui l'interpelle mais ne la voit pas; elle ne distingue pas sa mère venue en toute hâte auprès d'elle, tout en reconnaissant parfaitement sa voix. Cette cécité dure environ une heure. Elle ne disparaît que progressivement.

Deux heures et demie après le début des premiers accidents, le pouls et les battements cardiaques, quoique réguliers, ne sont plus défaillants que par intermittence. A la troisième heure, voici de nouveaux vomissements, mais moins abondants et moins bilieux. Pendant leur durée et après leur cessation, c'est-à-dire pendant plusieurs heures, les battements cardiaques et le pouls, toujours très instables, conservent quelques caractères de faiblesse et de défaillance. La spartéine a bientôt raison de ces troubles vasculaires.

Toute l'après-midi, la soif est ardente et rien ne peut l'étancher. Les vomissements ont cessé.

La nuit est relativement calme. Des rêves mal caractérisés provoquent de temps en temps le réveil. Le lendemain matin, le cœur et le pouls battent normalement.

Dans la suite, durant plusieurs semaines, nous avons assisté aux phénomènes suivants : 1° la température qui oscillait entre 39 et 39°5, avant la tentative du pneumothorax, s'abaisse à 38 et 38°5; 2° l'expectoration toujours bacillifère et abondante est diminuée de moitié; 3° la respiration se fait normalement sans dyspnée; 4° le pouls bat entre 70 et 75; 5° et, bien que pendant plusieurs jours des douleurs assez sourdes aient persisté sous le sein droit et dans la région sternale (rappel des douleurs du début des accidents), tous signes permettant de soupçonner l'atteinte de la plèvre, l'aspect radiologique du poumon droit est le même que celui que nous avions constaté avant l'insufflation. Nous ne trouvons aucun refoulement du médiastin, aucune trace de liquide ou de gaz dans la plèvre. Au bout de deux mois notre sujet quitte l'Hôtel-Dieu et des renseignements parvenus trois mois plus tard nous apprennent son entrée dans un sanatorium.

En analysant de près ces accidents, que devons-nous penser? Voici une femme de vingt et un ans, atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale certainement diagnostiquée. Les lésions prédominent à droite. C'est le poumon droit que nous insufflons. Nous nous trouvons dans les conditions habituelles de la pratique du pneumothorax bilatéral successif. Le champ de l'hématose est évidemment réduit. Remarquons toutefois que chez notre patiente les deux tiers inférieurs du poumon non insufflé (le gauche), ne sont pas infiltrés de tuberculose et qu'il reste encore à droite de larges bandes de poumon perméables à l'air, dans l'interstice des lésions. Si l'on se rappelle que de nombreux phtisiques privés de la presque totalité de leur champ d'hématose ne se cyanosent pas et, quoique dyspnéiques, ne sont ni bleus, ni asphyxiques; si l'on tient compte encore des expériences de L. Bernard, Le Play et Mantoux qui nous apprennent qu'un sixième de la capacité respiratoire suffit à assurer l'hématose, à l'état de repos, l'on peut admettre, avec F. Dumarest et Ch. Murard (1) qu'il peut y avoir insuffisance respiratoire et accidents anoxhémiques, sans que se produise une cyanose aussi intense que celle que nous avons observée. Faut-il, avec ces mêmes auteurs, invoquer l'anoxhémie tardive? Rappelons que notre tuberculeuse n'a manifesté de phénomènes asphyxiques et cyaniques que dix minutes après l'insufflation faite lentement, en un quart d'heure. Le cœur, par conséquent, ne pouvait être incriminé.

Si, dans quelques cas, certains auteurs ont pu invoquer le reflux d'un volume suffisant de sang

(1) F. DUMAREST et Ch. MURARD. *La Pratique du pneumothorax thérapeutique*, 2e édition, p. 111, Paris 1923, Masson.

vers le poumon opposé et le cœur, cette unique cause ne peut être acceptée dans notre observation. Elle n'expliquerait pas à elle seule et la persistance de l'asphyxie malgré la soustraction de l'oxygène, et la gravité des phénomènes d'ordre encéphalique, l'amaurose, notamment, qui a été signalée, d'ailleurs, au cours d'accidents nerveux non asphyxiques du pneumothorax.

Notre patiente, la crise terminée, a été réexaminée minutieusement du point de vue cardiaque. Elle est indemne de toute atteinte endocarditique, d'hypertrophie ou de dilatation des ventricules ou oreillettes, d'hypoplasie cardio-vasculaire ou d'hypotension artérielle. L'abaissement de la tension constaté au cours des accidents a été transitoire.

Bref, il n'est pas plausible d'accuser seulement la réduction du champ de l'hématose. Le tableau de la crise qui comporte, outre l'asphyxie, le coma, des secousses convulsives, des vomissements en fusée et l'amaurose, n'entre pas dans le seul cadre de l'anoxhémie.

Dans ces conditions, admettons que le collapsus cardiaque indéniable et la réduction du champ de l'hématose ne tiennent qu'en partie la cyanose sous leur dépendance. Il nous faut revenir aux autres théories qui ont actuellement cours et faire intervenir soit : *a.* le choc pleural, conditionné par des lésions chroniques des plèvres et, particulièrement, des filets pleuraux [Leuret et Caussimon (1)], ou des phénomènes d'hémoclasie (Cordier) ; soit : *b.* l'embolie gazeuse. Cette dernière pathogénie serait, pour notre exemple personnel, assez satisfaisante, en raison de la douleur atroce, intolérable, ressentie à la suite de l'insufflation, et des accidents qui ont succédé à cette douleur. Insistons cependant sur ce fait que les phénomènes encéphaliques n'ont pas toujours exactement coïncidé, dans leur éclosion ou leur intensité, avec l'asphyxie. Celle-ci ayant à peu près disparu, l'amaurose fit son apparition. Si bien qu'en énumérant les divers accidents relevés, dans leur ordre chronologique, il est en quelque sorte possible de suivre la marche de l'embolus gazeux supposé. Dumarest et Murard (*loc. cit.*, p. 73) invoquent volontiers ce mécanisme. Mais, si Saugmann, cité par A. Perret (2), Brauer et Weber, s'appuyant sur leurs expériences et leurs constatations anatomiques, donnent à cette théorie toute leur autorité, Cordier [de Lyon (3)] la combat avec des résultats expérimentaux également probants.

A notre avis, l'embolie gazeuse qui explique certains cas cliniques bien analysés, ne peut être, dans notre observation, définitivement rejetée. L'embolie gazeuse permet d'interpréter mieux que toute autre théorie, les phénomènes sur lesquels A. Perret (*loc, cit.*, p. 48) a plus spécialement attiré l'attention : ambliopie, amaurose et même hémianopsie. Dans notre cas, l'amaurose fut passagère (une heure). Dans un grand nombre d'observations, elle figure plus durable : un jour et demi (Dumarest) et même deux jours [Verdina (1)]. La note mise au bas de la page 48 de la thèse précitée et qui a trait aux lésions du fond d'œil constatées à l'ophtalmoscope, d'un réel intérêt, plaident sérieusement en faveur de la théorie de l'embolie gazeuse.

En dernière analyse, nous pensons que les accidents que nous avons observés ne peuvent avoir une interprétation univoque. Il nous faut admettre une certaine réduction du champ de l'hématose, le collapsus cardiaque aboutissant à l'anoxhémie avec asphyxie et le choc pleural qui a pu déclencher les troubles cardio-vasculaires d'abord, et, ensuite, les phénomènes cérébraux. A ce terme « choc pleural », on peut à la rigueur substituer celui « d'embolie gazeuse à point de départ pleural » (rupture d'adhérence).

Dans un travail très récent (mort inopinée au cours d'un pneumothorax artificiel bilatéral simultané, jusque-là parfaitement toléré, *Lyon médical*, n° 47, 20 nov. 1927), MM. Ch. Roubier et Bosonnet rapportent les accidents survenus chez une jeune fille de vingt ans, atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale, traitée depuis un an par le pneumothorax bilatéral simultané. Dans ce cas, la restriction du champ de l'hématose était plus considérable que dans le nôtre. Les accidents survenus tardivement, plusieurs heures après une insufflation bien tolérée, se caractérisaient par la simple gêne respiratoire, bientôt suivie d'asphyxie avec cyanose des extrémités et faiblesse du pouls. Le diagnostic clinique de perforation fut porté, que ne confirma pas l'examen nécropsique minutieux (insufflation pratiquée sous l'eau). Et les auteurs pensent qu'il s'agissait peut-être d'accidents cardiaques réflexes à point de départ pleural, de compression des oreillettes ou des vaisseaux de la base par l'épanchement gazeux. L'analogie est frappante de ces accidents avec ceux qui ont été signalés depuis longtemps au cours de certaines pleurésies avec épanchement, d'abord bien tolérées, puis s'accompagnant brusquement de phénomènes asphyxiques rapidement mortels, dont l'autopsie ne fournit aucune explication plausible,

(1) LEURET et CAUSSIMON. Syndrome spasmodique musculaire au cours du pneumothorax artificiel, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 fév. 1926.

(2) Antoine PERRET. A propos de trois observations d'accidents nerveux d'origine pleurale. Contribution à l'étude des accidents nerveux au cours des ponctions exploratrices et du pneumothorax artificiel, *Th. de Paris*, 1926, p. 60 à 66.

(3) CORDIER. Phénomènes de choc en pathologie pleurale, *Journ. de méd. de Lyon*, 1922, p. 633.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Coprologie clinique. Exploration, séméiologie et diagnostic coprologique, par J. CAMBIÈS, médecin consultant à Châtel-Guyon, et J.-M. ROSELL, spécialiste des maladies de la nutrition à Barcelone. In-8 de 250 pages avec 71 figures et 6 planches en couleur. Préface du docteur Bensaude, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

Les Chercheurs d'âmes. Grand roman d'aventures métapsychiques, par Jean RATEAU-LANDEVILLE. Un volume. — Prix : 12 fr. — Paris, Le François.

(1) VERDINA. Embolia gazzosa nel corso di un riformimento di pneumotorace terapeutico, *Riforma med.*, 1924, n° 35, p. 820.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1928)

Tuberculose et éventration diaphragmatique. — MM. G. CAUSSADE et FATOU, en réponse à une question de M. le professeur Bard, font connaître que sur dix cas d'éventration diaphragmatique qu'ils ont étudiés cliniquement et radiologiquement (et dont quatre ont été autopsiés), ils ont trouvé cinq sujets atteints de tuberculose pulmonaire, soit une proportion de 50 p. 100.

Les réactions fébriles consécutives aux injections intraveineuses. — M. FLANDIN apporte de nombreux exemples de réactions fébriles à 39 ou 40 degrés à la suite des injections intraveineuses les plus diverses. Ces réactions fébriles épisodiques ne paraissent avoir aucun caractère spécifique et être liés simplement à un déséquilibre sanguin momentané. On peut se demander si la fréquence avec laquelle M. Milian a observé des réactions fébriles ne tient pas à ce qu'il a conservé la pratique des injections de novarsenobenzol très dilué et si l'eau distillée n'est pas en cause plus que l'agent thérapeutique.

La guérison ou mieux les rémissions dans les endocardites. — M. Maurice RENAUD considère l'observation de M. Netter comme une expression schématique de l'évolution des endocardites telle qu'il s'est efforcé de la dégager dans ses mémoires de 1925.

Inflammation thrombosante à durée indéfinie et à poussées irrégulières, l'endocardite n'entraîne pas elle-même aucune gêne fonctionnelle.

Aussi, dans les cas tels que celui que signale M. Laubry et dont l'auteur a lui-même publié des exemples, lui paraît-il plus sage de parler de rémission que de guérison.

Traitement de certains états migraineux par le tartrate d'ergotamine. — M. Arnault TZANCK. Les résultats obtenus par cette médication sont des plus intéressants. Des migraines vraies avec vomissements, anorexie absolue, ont pu être arrêtées comme expérimentalement par l'ingestion ou même l'injection sous-cutanée de tartrate d'ergotamine.

Un cas de grandes hémoptysies non tuberculeuses d'origine hémogénique. Splénectomie. Guérison. — MM. P. EMILE-WEILL et R. GRÉGOIRE rapportent un cas de grandes hémoptysies qui se reproduisirent pendant six mois par crises et qui s'accompagnaient de taux, d'expectoration purulente, de fièvre et d'amaigrissement; aussi furent-elles longtemps considérées comme étant de nature tuberculeuse. L'absence de signes pulmonaires importants à l'auscultation et à la radioscopie et celle de bacilles de Koch obligèrent à orienter autrement le diagnostic.

Ce cas pose le problème de la thérapeutique des grandes hémoptysies non tuberculeuses. Le diagnostic, facile ici grâce à la coexistence d'autres hémorragies et à la présence d'antécédents hémorragiques personnels et héréditaires, est délicat en leur absence et n'est faisable que par les examens hématologiques.

Un cas d'hypoglycémie spontanée chronique avec accidents nerveux graves. — MM. Guy LAROCHE, LELOURDY et BUSSIÈRE. Ce fait montre qu'il existe chez des sujets présentant différents troubles, tels que faim subite, angoisse, crise nerveuse, une hypoglycémie spontanée entraînant la nécessité d'une alimentation répétée.

Amélioration rapide d'une polynévrite par une nouvelle technique d'ionisation médullaire. — M. BOURGUIGNON emploie l'ion iode. Une électrode négative bifurquée, imbibée d'iodure de potassium à 1 p. 100, est placée sur les deux yeux fermés, l'électrode positive, mouillée d'eau pure est placée sur l'interstice sacro-vertébral. L'intensité est de 6 à 10 milliampères. La durée des séances de trente minutes. Il procède par périodes de traitement coupées de repos.

Œdèmes angio-neurotiques pseudo-inflammatoires. L'inflammation vaso-trophique. — MM. E. MAY et G. DREYFUS-SÉE. Des œdèmes subaigus d'allure inflammatoire, mais d'origine vaso-motrice et non infectieuse, peuvent revêtir des aspects cliniques variés, simulant une lymphangite des membres inférieurs, un rhumatisme articulaire aigu, une inflammation chirurgicale aiguë. Ils montrent que l'aspect inflammatoire des téguments n'est pas toujours de nature infectieuse et peut résulter d'un simple trouble vaso-moteur.

Sur un cas de pneumothorax traité par pleurotomie. — MM. Maurice RENAUD et MIGET ont eu l'occasion de traiter par l'ouverture de la plèvre un pneumothorax suffocant survenu spontanément au cours d'une tuberculose à marche rapide.

La pression dans la plèvre était fortement positive.

Il est intéressant de signaler l'heureuse influence de la pleurotomie sur les conséquences du pneumothorax lui-même. Il n'y a pas de raison, en pareil cas, pour hésiter à y recourir.

L'épreuve de Mac Clure et Aldrich pendant la période d'incubation des états infectieux. — MM. RICALDONI et PLÉ (de Montevideo) rapportent d'intéressantes recherches sur l'épreuve de Mac Clure et Aldrich, c'est-à-dire l'injection intradermique d'eau salée entraînant une papule ou boule qui se résorbe d'autant plus vite que l'hydrophilie des tissus est augmentée, notamment au cours du choc peptonique. Ils ont pu provoquer des états infectieux chez l'homme par pyrothérapie, à l'aide d'un virus fourni par le professeur Brumpt (treponema hispanicum) et ils ont suivi chez les malades l'évolution de la fièvre en même temps que celle de la papule saline. Ces recherches préliminaires seraient utiles à répéter dans des circonstances similaires.

État de mal épileptique jacksonien chez un ancien traumatisé du crâne guéri rapidement après la provocation d'un abcès de fixation. — M. RICALDONI rapporte l'observation d'un malade atteint d'épilepsie jacksonienne à crises fréquentes, chez lequel un abcès de fixation, provoqué à la suite de l'échec de toutes les autres thérapeutiques, a amené la cessation brusque et définitive des crises.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1928)

Mastite carcinomateuse et radiothérapie. — M. HARTMANN, à propos de la récente observation de M. Robert MONOD montre, d'après un cas personnel, la possibilité d'enrayer la lymphangite diffuse envahissante dans les mastites carcinomateuses, par la radiothérapie suivie de l'exérèse chirurgicale.

Accidents de la rachi-anesthésie. — M. LECÈNE fait un rapport sur deux observations de M. FIÉVEZ (de Malo-les-Bains) qui, au cours d'accidents syncopaux graves après rachi-anesthésie, a pu faire cesser ces accidents par simple inhalation de nitrite d'amyle.

Contusion de l'abdomen avec perforation intestinale. — M. DESCARPENTRIES (de Roubaix) [rapport de M. LECÈNE] a observé chez un homme tamponné par une automobile une contracture réflexe de l'abdomen apparue douze heures après l'accident; défense musculaire des plus nettes avec submatité et dissociation du pouls et de la température; à l'opération on trouve deux perforations de l'iléon qui sont suturées; drai-

nage; mort sept jours après; péritonite due à une perforation secondaire par plaque de sphacèle.

M. Lecène insiste une fois de plus sur l'importance de la contracture dans les contusions abdominales.

Résultats éloignés des résections partielles dans l'ulcère de la petite courbure. — M. Leclerc (de Dijon) [rapport de M. Lecène] envoie neuf observations; quatre cas de résection locale partielle de la petite courbure suivis de résultats déplorables et cinq cas avec résection et gastro-entérostomie avec des résultats bien supérieurs.

M. Alglave n'a jamais fait que la gastro-entérostomie dans ces cas et s'en trouve bien.

Pour M. Hartmann, la stase gastrique est une cause de récidive d'ulcère, et il semble préférable d'associer à la résection la gastro-entérostomie.

A propos des greffes osseuses. — M. Schwartz revient sur cette question et insiste à nouveau sur la nécessité de l'immobilité absolue de la prothèse osseuse, sur la mauvaise qualité des greffes par os mort et sur l'intérêt des greffes par pièces de caoutchouc armé. Le choix du matériel de prothèse est très important, et il est indispensable pour le chirurgien de collaborer avec un radiologiste mécanicien.

A propos du cancer de la langue. — M. Moure apporte les résultats de 42 cas opérés par lui. Il insiste sur la gravité des opérations mettant en communication la cavité buccale et le tissu cellulaire du cou. D'après son expérience, il préfère (dans les cas du début) l'exérèse chirurgicale : temps lingual d'abord, et curage ganglionnaire du cou dix à quinze jours après. Il réserve aux cas avancés le traitement par le radium et insiste sur ses inconvénients.

MM. Schwartz et Cunéo rappellent le rôle de Poirier dans cette question; c'est lui qui, le premier, a insisté sur l'utilité du curage bilatéral du cou.

Résultats de 50 ostéosynthèses. — M. Patel (de Lyon) apporte les résultats de 50 ostéosynthèses pratiquées par lui, de 1924 à 1926, pour fractures spiroïdes du tibia.

Tumeur épiploïque. — M. Chevrier a enlevé une volumineuse tumeur de l'épiploon dont l'origine réelle reste inconnue.

A propos de l'ulcéro-cancer. — Pour M. Hartmann, la dégénérescence néoplasique de l'ulcère est beaucoup plus rare qu'on ne le pensait autrefois.

M. Hartmann n'a jamais vu encore d'estomac biloculaire avec dégénérescence cancéreuse.

MM. Cunéo et Duval sont d'avis eux aussi que l'on a beaucoup exagéré la fréquence de la dégénérescence des ulcères.

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1928)

Artérites oblitérantes. — M. Hartmann (après la communication de M. Leriche) estime qu'en faisant porter la sympathectomie sur le tronc commun des fémorales, on aurait des résultats meilleurs qu'en l'exécutant au niveau de la partie moyenne du membre. Il a obtenu ainsi deux guérisons.

Fractures des apophyses transverses. — M. Lance fait un rapport sur un travail de M. Guillemin (de Nancy) qui, chez un homme de trente-neuf ans, après une chute, a observé des fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires; ces lésions, moins rares qu'on ne le croyait autrefois, fréquentes surtout chez les ouvriers mineurs, dues à un choc direct en général, guérissent bien par le massage et la physiothérapie. Il persiste souvent des douleurs lombaires après le traitement.

Calcul vésical chez un enfant. — M. Lecerf (de Damas) [rapport de M. Mathieu] a enlevé par cystostomie un gros calcul chez un enfant de dix-huit mois; la vessie est laissée ouverte; fermeture secondaire après application d'une sonde urétrale.

M. Legueu insiste sur la difficulté de la mise en place d'une sonde à demeure chez un petit enfant; il recommande pour ces cas la taille intrapéritonéale mais extraabdominale qui lui semble d'une sécurité absolue; les opérés peuvent se lever le jour même de l'intervention.

M. Fontoynont rappelle la fréquence de ces calculs à Madagascar.

A propos de la myomectomie. — M. Chifoliau, sur une quarantaine de cas, a observé quatre grossesses. C'est selon lui une excellente opération que la myomectomie, facile et sans dangers, mais il faut que les annexes soient en bon état et il faut savoir qu'il peut y avoir des récidives.

Suites éloignées des urétéro-pyélo-néostomies. — M. Bazy revient sur les suites et la valeur thérapeutique des urétéro-anastomoses; il rappelle deux observations et montre un rein enlevé vingt-trois ans après une de ces opérations pratiquée par lui pour hydronéphrose intermittente.

M. Legueu n'est pas disposé à revenir à ces opérations basées selon lui sur une conception fausse de l'hydronéphrose.

M. Chevassu voudrait, pour conclure aux bienfaits de cette opération, un examen histologique pratiqué au niveau de l'anastomose même faite par M. Bazy.

Fissures du ménisque. — M. Dujarier fait un rapport sur un travail de M. Braine qui, dans deux cas de fissurations longitudinales du ménisque interne du genou, a guéri ses malades par l'extirpation totale du ménisque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1928)

Synergie des anticorps du sérum antigangréneux polyvalent. Avantages de l'emploi préventif de ce sérum au lieu du sérum antiperfringens seul chez les malades ayant à subir une laparotomie ou une intervention chirurgicale sur les organes génito-urinaires. — MM. Weinberg et Barotte. Au cours de recherches qui datent déjà de la guerre, Weinberg a montré que, s'il est possible de préparer sur le même cheval un sérum actif à la fois contre plusieurs toxines, il est de beaucoup préférable, pour obtenir un sérum polyvalent, de mélanger les sérums monovalents à titre antitoxique très élevé.

Ayant observé que l'action conjuguée des différents anticorps d'un même sérum monovalent augmente, quelquefois de façon considérable, l'efficacité de chacun d'eux, Weinberg et Barotte se sont demandé si cette synergie existait également pour le sérum polyvalent antigangréneux. Ce dernier renferme deux parties de sérum antiperfringens pour une partie de chacun des quatre autres sérums monovalents (antiV. septique, antiœdematiens, antihistolytique, antisporogenes). On pouvait donc s'attendre à ce que le sérum polyvalent soit trois fois moins actif vis-à-vis d'une culture de B. perfringens et six fois moins actif vis-à-vis des autres anaérobies.

En réalité, il n'en est rien. L'étude expérimentale comparative de ces sérums montre que le pouvoir antiinfectieux du sérum polyvalent vis-à-vis d'une culture de B. perfringens est à peu près du même titre que celui du sérum antiperfringens monovalent non dilué et qu'en même temps son action est aussi nettement renforcée, bien qu'à un degré beaucoup moindre vis-à-vis du V. septique, et légèrement vis-à-vis du B. œdematiens.

Les complications infectieuses secondaires, que l'on observe au cours d'un grand nombre de maladies et après les opérations sont souvent causées par les microbes anaérobies, et en

particulier par le B. perfringens, hôte obligé de la flore intestinale. Il était donc logique de traiter préventivement par le sérum antiperfringens les malades ayant à subir une intervention chirurgicale sur l'abdomen, sur le rectum ou sur l'anus. Les recherches de Weinberg et Barotte montrent qu'il y a intérêt à remplacer, dans ces cas, le sérum antiperfringens par le sérum polyvalent qui protège presqu'aussi efficacement contre l'infection à B. perfringens que le sérum monovalent correspondant et présente le grand avantage d'être à la fois actif vis-à-vis des autres anaérobies.

Existe-t-il dans le sang diabétique une substance à action hyperglycémiante ? — M. E. Hédon. Un extrait retiré d'une grande quantité de plasma sanguin d'un chien dépancréaté diabétique, selon la technique indiquée par Loewi pour la préparation de la substance qu'il nomme « glycémine », fut injecté sous la peau d'un petit chien diabétique. On n'observa chez ce dernier aucune augmentation de l'hyperglycémie et de la glycosurie. La présence dans le sang diabétique d'une substance spécifique à action hyperglycémiante reste encore, de l'avis de l'auteur, problématique.

Bactéries symbiotes et mitochondries. — M. Milowidoff a trouvé un procédé qui permet de différencier, dans les mêmes cellules des légumineuses, bactéries symbiotes et mitochondries. Ce procédé, d'ailleurs complexe, colore les mitochondries en rouge, les bactéries symbiotes en bleu. Au moment de la karyokinèse, ces bactéries se disposent entre les deux pôles, tandis que les mitochondries se groupent autour d'eux.

M. Weinberg. Y a-t-il des preuves qu'il s'agit vraiment de bactéries? Les a-t-on cultivées ?

M. Guillermond. C'est, en effet, un desideratum logique que nous nous efforcerons de réaliser.

Action de la thyroïdectomie sur l'hydrophilie tissulaire. — MM. J. Bernarbeig et M. Sendrail ont étudié les variations de l'épreuve de l'intradermoréaction au sérum physiologique (test d'Aldrich et Mac Clure) pendant le développement du myxœdème expérimental.

Ils ont constaté que le temps de résorption du liquide injecté s'accélère, parallèlement aux progrès du déficit endocrinien, mesuré par des déterminations du métabolisme respiratoire. Ces données qui semblent témoigner d'une élévation de l'hydrophilie tissulaire chez les organismes éthyroïdés, fortifient l'hypothèse d'une action des hormones thyroïdiennes sur le métabolisme de l'eau, et contribuent à justifier l'emploi de la thyroopothérapie au cours des syndromes hydropigènes.

A propos des variations du quotient respiratoire après ingestion de glucose chez les cancéreux. — MM. E. Joltrain, T. Révécz et R. Wolff. Le quotient respiratoire, mesuré deux heures après l'ingestion de glucose, atteint chez les sujets cancéreux des valeurs nettement inférieures à celles qu'on observe chez le sujet normal.

— Société de biologie de Lyon (séance du 20 février 1928) :

Durée de la période antéallergique à la tuberculine chez les cobayes injectés de filtrats tuberculeux. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt avaient montré antérieurement que chez un cobaye infecté par le virus tuberculeux filtrant, l'allergie à la tuberculine apparaît à des dates variables, pouvant aller de vingt à cinquante-huit jours. D'autre part, la période allergique varie entre quatre-vingt-dix et dix-huit jours et nécessite une tuberculine diluée à 1/20 pour obtenir une intradermo-réaction positive.

Leurs expériences actuelles établissent que certaines souches de virus filtrant retiré de cultures homogènes en bouillon de S. Arloing ou de cultures en voile humaines, ainsi que le filtrat d'ascite tuberculeuse font apparaître l'allergie six à sept mois après l'infection.

On peut trouver des bacilles acido-résistants dans les ganglions, alors que les réactions à la tuberculine sont encore négatives.

Les auteurs émettent l'idée que ces notions expérimentales sont peut-être susceptibles d'être transposées en clinique humaine. Elles conduiraient à supposer que, chez les nouveau-nés de mères tuberculeuses ayant reçu à travers le placenta la forme filtrante du virus tuberculeux, l'allergie tuberculinique peut n'apparaître que fort avant au cours de la première année; dans ce cas, au lieu de songer aux effets retardés d'une infection transplacentaire, on incrimine généralement, pour expliquer l'intradermo-réaction positive, une contamination exogène.

Résistance du cobaye traité par des extraits de poumon à l'égard de l'infection par des bacilles tuberculeux normaux macérés dans ces extraits. — MM. Fernand Arloing, L. Thévenot et A. Josserand, partant de l'action lipodiérétique du poumon, ont tenté de modifier la réceptivité du cobaye à l'infection tuberculeuse en provoquant chez lui, par injection de suc pulmonaire de poule, des anticorps attaquant les graisses bacillaires et facilitant ainsi la destruction du bacille. Récemment, Auclair a tenté d'immuniser par des bacilles macérés dans des sucs pancréatiques de poule.

Les auteurs ont vu que, si des injections de suc pulmonaire d'oiseau ont peu d'action sur l'infection ultérieure du cobaye par un bacille tuberculeux actif, on peut néanmoins augmenter la résistance de l'animal en adjoignant à des injections de suc pulmonaire concentré une certaine quantité de tapioca à 2 p. 100. Le tapioca est incapable à lui seul d'éveiller cette résistance.

Virus encéphalitique. Inclusions cellulaires viscérales. — M. Jean Dechaume présente une série de microphotographies qui montrent que, dans les cinq cas de syndromes encéphalitiques aigus mortels où il avait trouvé des inclusions cellulaires du névraxe analogues au corps de Négri, les reins et le foie contiennent aussi des inclusions protoplasmiques de types différents présentant parfois des caractères pigmentaires. Des recherches histochimiques plus complètes sont nécessaires pour affirmer ou éliminer leur nature parasitaire.

La présence de ces inclusions cellulaires vient signer l'atteinte du foie et du rein au cours de la maladie de von Economo. Elle soulève la question de la nature parasitaire de l'encéphalite épidémique et de ses rapports avec la rage, l'encéphalite spontanée du lapin, l'encéphalite herpétique expérimentale que des travaux récents semblent démontrer d'origine microsporidienne.

Répartition des pneumocoques dans la pneumococcie expérimentale de la souris. — MM. Nicolau et Sédallian relatent des expériences au cours desquelles ils ont été amenés à envisager l'évolution de la septicémie pneumococcique de la souris comme se développant en quatre phases : une première phase de passage sanguin et de bactériémie transitoire; une deuxième phase d'infection exclusivement hépatique; une troisième d'invasion sanguine et cérébrale et une quatrième phase définitive de diffusion microbienne générale et de septicemie proprement dite.

Sur l'adaptation expérimentale du pneumocoque pour le cerveau. — MM. Sédallian et Nicolau ont vu qu'il était possible d'adapter à l'infection cérébrale élective une souche de pneumocoque conservée en émulsion microbienne à la glacière. Que cette souche ainsi électivement adaptée pouvait perdre ses propriétés, par cultures sur milieux artificiels, puis les récupérer par nouveaux passages sur le cerveau. Ainsi, à côté de la virulence quantitative, on doit tenir compte de l'adaptation tissulaire acquise et transitoire des germes microbiens dans l'explication des phénomènes infectieux.

Essais d'extraits pancréatiques au cours de la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. Bonnamour et

P. DELORE ont traité plusieurs groupes de cobayes tuberculisés par de l'extrait de pancréas de poule; les animaux sont morts dans le même délai que les témoins avec des lésions aussi étendues. D'autres cobayes reçurent pendant plusieurs mois de l'insuline à la dose d'un quart d'unité par jour; on n'a pas observé de survie appréciable. Dans le pancréas des animaux soumis à l'insuline, les îlots de Langerhans paraissaient anormalement abondants.

Recherches sur les acides gras. Rapport entre la constitution chimique et les lésions expérimentales. — MM. P. DELORE et J. JEANNIN ont inséré sous la peau de rats blancs des brins de coton imprégnés de divers acides gras; les animaux furent sacrifiés huit jours après. Les auteurs donnent un tableau des lésions histologiques observées : nécrose, cellules géantes, etc. Avec les premiers acides de la série des acides gras saturés (formique, acétique, propionique), la nécrose tissulaire est forte; elle diminue et même devient nulle lorsqu'on s'adresse aux acides supérieurs (butyrique, caproïque). Les acides choisis étant d'autant plus dissociés qu'ils sont moins élevés dans la série, il est légitime de subordonner l'action nécrosante à la quantité des ions H libres.

D'autre part, l'acide ricinoléique provoquant une nécrose modérée, nécrose qui n'est pas retrouvée avec l'acide oléique correspondant, il est permis de mettre cette nécrose sur le compte de l'oxhydrile alcoolique O H présent dans le molécule de l'acide ricinoléique et absent dans celle de l'acide oléique.

Contribution à l'étude bactériologique des nodosités rhumatismales. — M. LE BOURDELLÈS a pratiqué l'examen bactériologique de nodosités sous-cutanées prélevées par biopsie aseptique chez un malade présentant le tableau clinique du rhumatisme cardiaque évolutif. La culture sur bouillon glucosé et sur milieu Noguchi a montré la présence d'un streptocoque non hémolytique, poussant tardivement et non repiquable. Les filtrats des primocultures n'ont pas donné de repousse après trois mois.

Cette constatation montre l'intérêt qu'il y a à fixer exactement le domaine du rhumatisme streptococcique. Il y a lieu d'en rapprocher les idées récemment soutenues par M. Gallavardin, en ce qui concerne les caractères cliniques du rhumatisme scarlatin.

Sur l'imprégnation calcaire normale des artères périphériques et leurs différents modes de calcification pathologique. — M. Pierre-P. RAVAULT a constaté par la méthode de la microincinération que le calcaire, qui fait défaut dans la paroi des artères du type musculaire, se trouve dans la média des grosses artères élastiques, en quantité d'autant plus notable qu'on s'approche de leur origine; ces cendres ne sont que le prolongement de la « bande mésartérielle d'imprégnation calcaire » décrite par l'auteur dans l'aorte.

A l'état pathologique, il faut distinguer : 1° des lésions inflammatoires récentes, en activité, qui décalcifient généralement les parois artérielles; 2° des lésions inflammatoires anciennes, cicatricielles, dans lesquelles le calcaire apparaît sous forme de dépôts amorphes à la partie profonde de la prolifération endartéritique. Il s'agit alors de calcifications postinflammatoires (athérome calcaire endartériel); 3° Une calcification élective de la média (athérome calcaire mésartériel, « média-calcose ») qui apparaît comme le fait primitif, précédant les autres modifications, d'ailleurs discrètes, des tuniques. Cette média-calcose paraît une lésion d'essence différente des calcifications postinflammatoires du groupe précédent, avec lesquelles elle peut s'associer quelquefois. Elle répond à un processus de nature encore imprécise, mais d'allure plutôt dégénérative qu'inflammatoire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECINE. — CESSION DE CLIENTÈLE

Aux termes d'un acte sous signature privée passée en 1924, le docteur X... s'est engagé vis-à-vis du docteur Z... : 1° à ne plus exercer la médecine dans un certain rayon autour de son cabinet situé dans une rue dépendant d'un certain quartier de Paris; 2° à présenter le docteur Z... à ses clients, à faire toutes démarches utiles pour lui transmettre sa clientèle, à lui laisser prendre le titre de successeur de X...; 3° à obtenir du propriétaire de la maison qu'il consente au docteur Z... un bail de 3, 6 ou 9 années moyennant un loyer déterminé; 4° à remettre au docteur Z... une table d'examen et un lavabo qu'il déclarait lui vendre. En retour, le docteur Z... s'engageait à payer à son confrère la somme de 20.000 fr.

Pour ne pas payer le montant de cette somme, le docteur Z... a saisi le Tribunal de la Seine d'une demande tendant principalement à la reconnaissance de la nullité du contrat, subsidiairement à la résolution du contrat par application de l'article 1184 du Code civil, et plus subsidiairement à la réduction du prix qui lui avait été imposé en contre-partie des engagements de X...

Le tribunal, et après lui la Cour de Paris ont eu à examiner la demande ainsi formée. La Cour, confirmant le jugement du Tribunal, par arrêt du 16 novembre 1927, s'exprime ainsi, sur la demande en nullité de contrat :

« Considérant que la confiance qu'inspire le médecin est chose toute personnelle et que, dès lors, la cession d'une clientèle médicale est impossible; mais il n'est pas interdit à un médecin de s'engager vis-à-vis d'un confrère à le présenter à ses malades et à faire toutes démarches utiles pour lui faire acquérir ou conserver sa clientèle en lui conférant le titre de successeur ;

« Qu'en prenant un tel engagement, le médecin n'entend pas donner à son successeur un droit à la clientèle; *qu'il contracte une obligation de moyens et non une obligation de résultat*; que cette obligation n'a rien d'illicite; qu'il lui est parallèlement loisible de s'interdire l'exercice de la médecine dans une ville ou dans un quartier déterminés; qu'enfin les lois récentes sur les baux à loyer n'interdisent pas la cession de bail, tout au moins quand le loyer à payer par le cessionnaire ne se trouve pas, de ce fait, dépasser le maximum fixé par le législateur; que le docteur Z... n'offre pas de prouver et ne prétend même pas que ce maximum ait été dépassé;

« Considerant, à la vérité que, dans un reçu du 19 février 1924, X... a qualifié la somme à lui versée par Z... d'acompte « sur l'indemnité de cession de sa clientèle médicale »;

Mais que ce reçu ne pouvait avoir ni pour but, ni pour effet de modifier les conventions du 2 février 1924; que le mot impropre de cession de clientèle y employé ne pouvait faire naître dans l'esprit du docteur Z... la pensée qu'il était entré dans son patrimoine un droit à la clientèle de X...; qu'après comme avant la délivrance de cette pièce, il savait fort bien que X... n'était tenu envers lui qu'à des obligations de faire ou de ne pas faire, sans engagement touchant l'efficacité des moyens promis en vue d'un résultat qui n'était pas garanti ».

Ainsi, la Cour vient confirmer une jurisprudence qui s'est établie depuis déjà longtemps. Les motifs qu'elle donne dans sa décision sont très intéressants; car ils expriment fort bien la situation juridique : le médecin, en prenant les engagements énumérés, fournit à celui avec qui il traite le moyen de s'attacher la clientèle, il ne la lui cède pas, parce que celle-ci ne peut être que personnelle.

Le docteur Z... avait prétendu qu'il avait subi une lésion, de la part du docteur X... qui avait obtenu de lui un prix très supérieur à ce qui lui était cédé. La Cour de dire : « Considérant que la lésion n'est une cause de rescision qu'en matière de partage ou de vente immobilière; que l'action « quanti

minoris » n'est admise que dans le cas de l'article 1637 (éviction partielle) ou dans le cas de l'article 1644 (vices cachés), que le contrat dont s'agit n'étant ni une vente, ni une cession (sauf en ce qui concerne les appareils médicaux au n° 4 de l'acte, dont le prix n'est pas déterminé spécialement), les textes ci-dessus ne sauraient recevoir leur application. Que les tribunaux n'ont d'ailleurs pas le pouvoir de réduire le prix fixé par les parties en contre-partie d'une obligation de faire, si ce n'est dans le cas du mandat qui est étranger à l'espèce ».

La Cour a estimé qu'il n'y avait pas lieu, en conséquence, de rechercher si les prestations promises par le docteur X... valaient ou ne valaient pas le prix exigé du docteur X... et si celui-ci avait subi ou non une lésion. Sur ce dernier point, la Cour s'est décidée par des raisons de droit qui ne peuvent être qu'approuvées. Le docteur Z... n'alléguait pas qu'il avait été trompé; il avait pu se rendre exactement compte des engagements qu'avait pris à son profit le docteur X... : il n'avait qu'à faire honneur à sa signature.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Cours d'hygiène (1) professé à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, sous la direction de Léon BERNARD, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine, conseiller technique sanitaire et Robert DEBRÉ, professeur agrégé à la Faculté de Paris, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, par MM. Arnaud, Léon Bernard, Biraud, Brumpt, Camus, Couvelaire, Cruveilhier, Dabré, Robert Debré, Diener, Dimitri Dopter, Dujardin-Beaumetz, Duvoir, Feine, Frois, Gougerot, Guillon, Joyeux, Kohn-Abrest, H. Labbé, Lesné, Lortat-Jacob, Martel, Nattan-Larrier, Nicolas, Ott, Pottevin, J. Renault, Rieux, Rolants, Gust, Roussy, Sabouraud, Sacquépée, Tanon, Henry Thierry, Tiffeneau, Vallée, Vitry.

Tome I : *Epidémiologie et prophylaxie des maladies infectieuses. Epidémiologie générale. Epidémiologie et prophylaxie spéciales. Prophylaxie générale. Hygiène sociale. Protection maternelle. Hygiène professionnelle* (1.248 pages).

Tome II : *Hygiène publique, hygiène alimentaire, hygiène urbaine* (800 pages).

(1) Prix des deux volumes : 160 fr. — Paris, Masson et Cie.

Cet important ouvrage contient la documentation la plus neuve et la plus complète qui soit actuellement sur toutes les questions d'hygiène.

Aux *médecins* il donne, non des conceptions périmées réduisant essentiellement l'hygiène à la technique et à la police sanitaire, mais les moyens destinés à combattre le mal et les mesures propres à l'éviter. « La médecine préventive installée aux côtés de la médecine curative ne compose-t-elle pas avec elle l'action et la responsabilité du médecin? »

Aux *techniciens spécialistes*, il apporte tout l'enseignement théorique nécessaire pour les formations que réclame l'hygiène publique, il est pour eux le guide indispensable au cours de leur pratique dans les laboratoires, au cours de leurs visites et de leurs stages.

D'une documentation précise, ce cours d'hygiène est l'ouvrage à consulter à chaque instant, qu'il s'agisse d'un arrêté à prendre, d'un rapport à rédiger, d'un avis à donner, d'une construction à faire, etc.

L'hygiène est une discipline qui utilise des sciences multiples, auxquelles elle emprunte ses sources de connaissances et ses moyens d'action; un ouvrage de ce genre ne pouvait donc être écrit qu'en collaboration.

Le professeur Léon Bernard, qui par son expérience et sa science joue en matière d'hygiène un rôle prépondérant à la Société des Nations, a su grouper autour de lui des collaborateurs appartenant à des milieux scientifiques différents et que leurs travaux lui désignaient pour mener à bien ce travail.

C'est ainsi qu'à côté de professeurs de Facultés de médecine, de sciences ou d'écoles spéciales, on trouvera des médecins des hôpitaux, des hygiénistes, des vétérinaires, des inspecteurs des services sanitaires, des architectes.

Le professeur Léon Bernard et le docteur Debré ont su donner à tous ces travaux l'homogénéité nécessaire.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉOSARCOME DES OS LONGS DES MEMBRES

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

Ce sont des tumeurs malignes primitives des os ayant une grande tendance à la *récidive et à la généralisation* et dont le pronostic est extrêmement redoutable malgré un traitement précoce.

Il faut d'emblée *les séparer des tumeurs à myéloplaxes* qu'on appelait autrefois sarcomes à myéloplaxes qui évoluent beaucoup plus lentement, ne se généralisent pas et guérissent par le traitement chirurgical.

ÉTUDE CLINIQUE

Il existe plusieurs types anatomo-cliniques :

Sarcome central et sarcome périostique.

Sarcome diaphysaire et sarcome juxta-épiphysaire.

Nous prendrons pour type le *sarcome central juxta-épiphysaire* de l'extrémité inférieure du femur.

Période de début. — Le sarcome survient surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Signes fonctionnels. — *La douleur osseuse* est le signe dominant.

Elle est profonde, sourde, avec exacerbation à la fatigue.

Ou bien névralgique, étendue à tout le membre, maximum la nuit.

Signes physiques. — Rien à la palpation de l'os.

Rien à l'articulation voisine qui est libre.

Si on a la chance de voir le malade à cette période il faut faire une **radio** qui seule peut aider au diagnostic. Elle montre : une plage claire le plus souvent, à *limites peu nettes*, floue, sans homogénéité.

Elle est d'abord au centre de l'os, puis s'étend vers le périoste et donne rapidement :

Une *image de réaction périostique* :

Soulèvement du périoste;

Corticale floue et estompée.

Plus rarement la radio montre une infiltration opaque, irrégulière, mal limitée, avec réaction périostique, parfois un éperon sur la corticale.

État. — **Signes fonctionnels**. — La *douleur* est terrible.

L'impotence fonctionnelle est absolue.

Signes physiques. — La *tumeur* déforme le membre.

Peau blanche et tendue.

Veines sous-cutanées dilatées.

Chaleur locale.

Cette tumeur fait corps avec l'os. Elle est immobile et n'a pas d'autres mouvements que ceux de l'os.

Consistance. — Très variable avec la forme anatomique et même les différents points de la tumeur.

Dure s'il y a encore une lame osseuse épaisse.

Crépitation parcheminée de Dupuytren si la lame osseuse est mince.

Petits craquements si sarcome ostéoïde.

Molle et pseudo-fluctuante dans les sarcomes encéphaloïdes.

Parfois expansion et souffle vasculaire.

L'articulation voisine est libre.

Les ganglions du territoire sont indemnes.

Signes généraux. — Rien ou déjà amaigrissement, parfois fièvre.

Radio. — Le périoste est traversé par la tumeur.

Il est pour ainsi dire *éclaté*, donnant une image de *cratère, de volcan*, ou décollement périostique en éperon.

Dans les sarcomes ossifiants on peut voir un *aspect de feu d'herbe* dans les parties molles et des cloisons osseuses, irrégulières, implantées perpendiculairement à la corticale.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Envahissement rapide des parties molles puis :

a. **Localement**. — *Ulcération de la peau.*

Fond bourgeonnant, saignant et suppurant.

Bords décollés.

Adénopathie réactionnelle.

Parfois *fracture spontanée* tardive.

L'impotence est complète.

L'évolution est activée.

Envahissement possible de l'articulation. Hémarthrose.

Phlébites.

b. **A distance**. — **Généralisation** au poumon surtout :

Douleur;

Toux et dyspnée;

Souvent épanchement hémorragique.

Au foie, au cerveau, aux autres os.

Cachexie sarcomateuse. — Amaigrissement intense et rapide.

Asthénie et anémie.

Diarrhée.

Poussées de température.

La mort survient en dix-huit mois en moyenne.

Radio sans intérêt à la période d'ulcération montrant une destruction osseuse énorme, irrégulière, décollement, réaction périostique à distance, parfois une fracture spontanée.

FORMES CLINIQUES

1. **Sarcome périostique.**

Début. — *La tumeur est le premier signe*, pas de douleur au début.

État. — **Signes physiques**. — *Tumeur énorme* déformant considérablement le membre :

Soit dure;

Soit molle et pseudo-fluctuante.

Signes fonctionnels. — Douleur tardive irradiant souvent à distance.

Radio. — La tumeur entoure l'os.

Ou bien elle est plaquée sur une des faces de la corticale.

La corticale est rongée irrégulièrement, puis perforée.

Le périoste recouvre la tumeur qui bientôt le fait éclater.

Si le sarcome est ossifiant (cas fréquent) on voit des travées osseuses irrégulières perpendiculaires à la corticale.

(A suivre.)

Le Directeur-gerant : Dʳ François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Admissibilité.* — MM. Soupault, 60; R. Bernard, 59; Welti et Aurousseau, 56; Talheimer, 53; Huet, 52.

Le jury est provisoirement composé de MM. Lenormant, qui accepte; Souligoux, Martin, Mouchet, Legueu, Chevassu, Trémolières, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de stomatologiste. — Le jury est définitivement composé de MM. Cadenat, Izard, Rousseau-Decelle, Lacronique, Fargin-Fayolle, Herscher, Quilly.

SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Le concours pour la nomination à une place d'interne titulaire et à une place d'interne remplaçant, pour entrer en fonctions le 1er mars, s'est terminé par la présentation dans l'ordre suivant de MM. Jonard, Hayon, Barbara, Blanchard, Sustendal, Farge, Patry, Pirel, Masset, Dupont.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le docteur Rivet, sous-directeur de laboratoire au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anthropologie, en remplacement de M. Verneau, admis à la retraite.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Henri Maret (de Metz), Thivet (de Sotteville-les-Rouen), Combemale (de Lille).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Carrez (de Saint-Quentin), Carles (de Bordeaux), Baderot (de Rennes), Boivin (de Bruz), Keesé (de Guebwiller), Drouin et Hervé (du Mans), Labarrière (d'Amiens), de Mascarel (de l'Isle-sur-Serain).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Falien (d'Aubagne), Renou (de Saintes), Odeyé (de Lesneven), Dufaix et Flaissier (de Nîmes), Delguel (de Castres), Poiffaut (de Chaussin), Breton (de Pellouailles), Schützenberger (de Pontorson), Levet (de Chalon-sur-Saône), Dautremer (Mme) et Demay (de Paris), Hannebelle (de Friville-Escarbotin), Ponthieu (de Doullens), Filandeau (de La Roche-sur-Yon), Henrot (de Challons).

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE EN INDO-CHINE. — Liste, par ordre de mérite, des candidats reçus au concours des 23 janvier et 14 février 1928, pour l'emploi de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en Indo-Chine : MM. Laval, Baccialone, Raglot, Grimaud, Quenardel.

MARINE. — Pour remédier à la pénurie actuelle des effectifs des médecins de la marine, le ministre a décidé, le 10 février 1928, de faire appel aux médecins principaux de 1re ou de 2e classe de réserve désireux d'accomplir au cours de 1928, dans le port le plus rapproché de leur domicile, un service temporaire d'une durée supérieure ou au moins égale à un mois.

Ces officiers seront affectés à des services hospitaliers ou à des postes disponibles à terre désignés par les directeurs ou chefs du Service de santé des ports.

Le nombre des médecins que chaque port pourra convoquer au cours de l'année 1928 est fixé comme suit :

Cherbourg, 3; Brest, 5; Lorient, 2; Rochefort, 1; Toulon, 5.

Pendant la durée de leur service, les médecins dont il s'agit percevront la solde et les accessoires de solde dans les conditions définies par l'article 24 du décret du 5 décembre 1925.

Les demandes des médecins de réserve devront être adressées dans le plus bref délai au directeur ou chef de Service de santé du port où ils désirent servir; elles devront indiquer la durée, l'époque à laquelle l'officier désire prendre ses fonctions.

Ces appels sont indépendants des convocations prévues

pour les officiers de réserve au cours de 1928 et dont la durée maximum est de quatre semaines.

HOMMAGE A MARANON. — La semaine dernière, à la Faculté de médecine de Madrid, sur l'initiative de notre excellent confrère *Los Progresos de la clinica*, les élèves et les admirateurs du professeur Marañon ont rendu au maître de la médecine espagnole un enthousiaste hommage.

On remarquait dans l'assistance le professeur Recasens, doyen de la Faculté de médecine; les professeurs Marcel Labbé (de Paris), Pi y Suñer, Blum (de Strasbourg), Tapia, Cañizo, Goyanes, Aguilar, Jimenez Diaz, Marquez, Ortiz de la Torre, José Madinaveita, Sanchis Banus, Torre Blanco, etc.

Des discours furent prononcés par M. Sanchis Banus, au nom des organisateurs; par M. Marcel Labbé qui salua en termes élégants et cordiaux le maître incontesté de l'endocrinologie; par M. Léon Blum (de Strasbourg), F. Fonseca (de Lisbonne), Pi y Suñer (de Barcelone), Cañizo (de Salamanque), Recasens, au nom de la Faculté de médecine de Madrid; Hernando, Pittaluga, del Rio Hortega et Novoá Santos (de Madrid).

Après la lecture d'une lettre du maître Ramon y Cajal, le professeur Maranon prononça un discours de remerciements qui fut salué par une ovation.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES (21-25 avril 1928). — La huitième session des Journées médicales de Bruxelles est en voie d'organisation.

Comme chaque année, le haut Patronage des Souverains belges a été sollicité. Le Comité d'honneur, compte le corps diplomatique et les membres du Gouvernement.

Quant au programme scientifique, nous pouvons dès aujourd'hui en donner les grandes lignes, tout au moins en ce qui concerne les conférenciers. Citons MM. les professeurs Gley, ancien président de l'Académie de médecine de Paris; Donati (de Turin); Damas Mora, directeur des Services de Santé et de l'Hygiène de l'Angola (Portugal); Pautrier (de Strasbourg); Söderbergh, de Gothembourg (Suède); Bardier (de Toulouse), Egas Moniz (de Lisbonne); Bastos, directeur des Services de rééducation des armées espagnoles; Noël Fiessinger, Mathieu-Pierre Weilll (de Paris); Sanvenero-Roselli (de Gênes); Pierre Nolf (de Liége); Ernest Renaux, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles; Jules Duesberg, recteur de l'Université de Liége; d'Hollander (de Louvain); Edgard Zunz (de Bruxelles. Mais cette liste est encore incomplète.

A ce programme s'ajoutera celui des Journées de la tuberculose qu'organise M. Derscheid avec la collaboration de M. Rollier, de Leysin, et d'une équipe belge où nous relevons les noms de MM. Derscheid, Geeraerd, Maffei, Blankoff, Toussaint, Vandersmissen, etc.

L'inauguration des Floralies par la famille royale, le samedi 21, oblige à reporter au dimanche matin 22 avril la séance solennelle des Journées médicales de 1928, au cours de laquelle M. Henry Jaspar, premier ministre, parlera de l'Ordre des médecins.

Mais les Journées s'ouvriront toutefois le samedi 21, à 2 heures, par l'inauguration de son exposition et une série de conférences au Palais du Cinquantenaire. Et c'est le soir de ce samedi qu'aura lieu le banquet officiel auquel assisteront les membres du corps diplomatique.

Le dimanche soir, représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie.

Le lundi soir, soirée musicale.

La soirée du mardi sera libre, car les congressistes quitteront Bruxelles assez tôt le lendemain matin pour se rendre à Gand, où ils visiteront officiellement l'Université, la ville et les Floralies. Un comité d'honneur patronnera cette journée. Après des séances scientifiques, il y aura au Palais du Gouvernement provincial, une réception par le gouverneur et la comtesse de Kerckhove de Denterghem. Puis un déjeuner aux Floralies, la visite de cette exposition fameuse; enfin, après une réception officielle à l'Hôtel de Ville, la visite des monuments historiques de Gand. Les excursionnistes se rendront à Gand et en reviendront en train spécial.

La cotisation sera de 75 fr., réduite à 50 fr. pour les abonnés à *Bruxelles-Médical* et les dames, et à 30 fr. pour les étudiants. Les étudiants abonnés sont invités. Les inscriptions peuvent être envoyées dès aujourd'hui au secrétaire général, M. le docteur Beckers, 62, rue Froissard, à Bruxelles.

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU CLIMATISME, précédemment fixés aux 16 et 17 mars, ont été ajournés aux 9 et 10 mai en raison de la période électorale qui empêcherait les représentants des régions intéressées d'y assister.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Une grande manifestation aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le 17 mars 1928, à 21 h., pour clôturer le Ve Congrès national du timbre antituberculeux, sous le haut patronage de M. Gaston Doumergue, président de la République, et la présidence effective de M. André Fallières, ministre du Travail.

Le programme comprend des allocutions de MM. André Honnorat, Louis Forest, Léon Bernard et André Fallières.

On projettera un grand film français inédit illustrant le chef-d'œuvre de Berlioz, *La damnation de Faust*, film adapté à la musique. La musique de la Garde républicaine et des chœurs prêteront leur concours à cette cérémonie.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Nous rappelons à nos lecteurs que le IIe bal de la médecine française, organisé par la Société pour femmes et enfants de médecins, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe), sous le patronage de l'Association générale des médecins de France, au profit des veuves et orphelins de médecins, aura lieu le samedi 24 mars prochain dans les salons du ministère de l'Intérieur.

Les dons continuent à affluer à l'Association générale des médecins de France.

Les trois premières listes de donateurs totalisent un chiffre de 25.265 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Glorieux (de Bruges), père des docteurs Henri et Pierre Glorieux; de M. le docteur Henri Mourier, frère du docteur Louis Mourier, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à qui nous adressons l'expression de nos très vives condoléances; et de M. J.-Baptiste Couvreuse, étudiant en médecine à Limoges, victime du devoir professionnel.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DAME EX-SECRÉTAIRE DE MÉDECIN désirerait situation similaire ou emploi dans clinique ou maison de santé, Paris ou Banlieue-ouest. Mme GEFFROY, 46, av. de Picardie (Versailles).

REVUE GÉNÉRALE

LES CLASSIFICATIONS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE [1]

Par M. Charle TOINON,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef adjoint de clinique médicale thérapeutique
à l'Ecole de médecine de Marseille.

V. **Formes d'attente, de localisation indéterminée.** — Ce groupe réunit les cas qui s'apparentent avec la tuberculose pulmonaire.

a. *Septicémies bacillaires*, avec comme type la typho-bacillose.

b. *Etats bacillaires chroniques*, décrits par Burnand comme « bacilloses sub-fébriles sans localisation définie ».

c. *Tuberculoses fermées*, qui ont fait l'objet de vives discussions au Congrès de Strasbourg de 1923 et sont même niées par certains auteurs.

IV. Classification de Léon Bernard. — Elle est exposée dans son ouvrage sur *La tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale.* (Masson et Cie, Paris, 2e édition, 1925.)

L'auteur distingue des formes chroniques et des formes aiguës.

A. *Formes chroniques.* — 1. *Tuberculose ulcéro-caséeuse extensive.* — C'est la phtisie pulmonaire commune. Elle constitue un type de forme de surinfection. Très rare chez l'enfant, elle ne se voit guère que chez l'adulte.

La primo-infection remonte à la première ou deuxième enfance. Elle s'est éteinte et se traduit par des anomalies apicales du murmure vésiculaire que Grancher attribuait à tort à des lésions de début de la tuberculose pulmonaire chronique.

Le début de cette forme est :

Soit insidieux, avec fléchissement de la santé générale, amaigrissement, sueurs, fièvre vespérale.

Soit brusque, par un épisode d'allure infectieuse aiguë avec fièvre élevée, prostration, sueurs profuses, en somme pseudo-grippe qui ne s'améliore pas.

D'autres fois le début se fait par un syndrome pneumonique qu'ont bien étudié Sabourin, Bezançon et I. de Jong, Savy, J. Berthier (de Marseille).

Cette forme, une fois constituée, se caractérise par :

Des signes fonctionnels : toux, présence très précoce de bacilles de Koch dans les crachats, parfois hémoptysie fébrile.

Des signes physiques. Ils sont localisés soit au sommet proprement dit (fosses sus et sous-claviculaires) soit dans les régions péri- et sus-hilaires (zone d'alarme de Stéphen Chauvet et Sergent).

L'ulcération rapide du parenchyme est dévoilée par la présence de craquements secs ou humides, avec écho cavitaire de la toux, bacilles de Koch dans les crachats, aspect en mie de pain de Maingot à la radioscopie.

La marche de l'affection est rémittente. On constate des alternances de périodes d'activité et de trêves. Les *poussées évolutives*, bien étudiées par Bezançon et de Serbonnes, traduisent soit l'extension sur place du foyer initial, soit l'éclosion de nouveaux foyers.

Après un certain nombre de poussées évolutives, surviennent les signes cavitaires puis la phtisie terminale avec ses signes et complications bien connus.

La durée moyenne est de deux à cinq ans, bien rarement dix ans.

Un point important sur lequel insiste le professeur Léon Bernard, c'est que l'*ancienne notion de degré doit disparaître.* Ce que l'on veut savoir aujourd'hui, c'est si une lésion tuberculeuse est *active* ou inactive c'est-à-dire si les bacilles de Koch sont doués de propriétés toxigènes, l'intoxication se manifestant par des *signes généraux*, fièvre surtout.

Enfin il faut savoir si la lésion est non seulement active mais arrêtée ou *évolutive* : les signes *physiques locaux* en donnent l'indication.

2. *Tuberculose ulcéro-caséeuse localisée.* — Cette forme, rare, est une véritable tuberculose locale du poumon évoluant sur le modèle des tuberculoses froides, torpides, sans réactions générales ni grande tendance à la progression.

Le foyer s'ulcère, se vide et n'évolue plus.

Très souvent la caverne siège à la base. Dans bien des cas elle reste muette et n'est qu'une découverte de radio.

A l'inverse de la forme précédente cette forme coexiste parfois avec des tuberculoses locales fixées sur d'autres points de l'organisme.

3. *Tuberculose ulcéro-fibreuse extensive.* — C'est la phtisie fibreuse des classiques.

Les signes physiques ressemblent à ceux de la forme ulcéro-caséeuse mais la succession en est plus lente.

Pendant des années les signes fonctionnels et généraux sont très peu marqués. A la longue, la mort survient par insuffisance cardiaque.

Deux phénomènes caractérisent cette forme :

1° La *fréquence des hémoptysies*, sans signification pronostique inquiétante;

2° L'*élévation* relative ou absolue *de la tension artérielle.*

4. *Tuberculose fibreuse localisée.* — Cette forme groupe les faits si débattus des scléroses tuberculeuses pulmonaires apexiennes et des tuberculoses dites fermées. Rentrent aussi dans ce cadre les faits dénommés par le professeur Bard formes abortives, par le professeur Bezançon formes atténuées.

Le professeur L. Bernard distingue dans cette forme, qui se caractérise par des anomalies du murmure vésiculaire, deux variétés :

a. *Les scléroses tuberculeuses apexiennes inactives*, sans signes généraux. C'est là que se placent les formes abortives de Bard et atténuées de Bezançon.

b. *Les scléroses tuberculeuses apexiennes actives*, avec signes fonctionnels et généraux.

5. *Bronchites tuberculeuses chroniques et emphysème tuberculeux.* — L'auteur envisage deux types :

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 18, p. 313.

Bronchite chronique tuberculeuse superficielle;
Bronchite chronique tuberculeuse profonde.

B. *Formes aiguës.* — 1. *Pneumonie caséeuse.* — A côté de la forme classique, habituellement mortelle, il faut placer les *formes curables*, bien étudiées par Bezançon et Braun, Lereboullet et Léon Bernard.

2. *La phtisie galopante.* — Véritable tuberculose ulcéro-caséeuse qui brûle les étapes.

3. *Les granulies*, primitives (des sujets non bacillisés) ou secondaires (des tuberculeux actifs ou latents), avec leurs différentes variétés cliniques.

Forme typhoïde;
Formes pulmonaires, avec l'asphyxie tuberculeuse aiguë de Graves ou catarrhe suffocant;
Forme pleurale d'Empis;
Forme méningée;
Forme péritonéale (Fernet-Bouland);
Forme arthropathique (Laveran), etc.
Toutes ces formes ont une gravité extrême.

4. *Typho-bacillose de Landouzy.* — D'après des travaux récents, ce serait une granulie atténuée par modification de la virulence des bacilles de Koch ou par variations brusques de l'état allergique des sujets qui en sont atteints,

5. *Phtisie septicémique subaiguë de Landouzy.* — La tuberculose simule ici les septicémies causées par des micro-organismes d'infection banale. A l'autopsie il y a peu ou pas de lésions folliculaires.

Le plus souvent ces formes sont mortelles.

6. *Cortico-pleurites.* — Différentes variétés :

a. *Type Woillez.* — Terminaison par résolution ou signes pseudo-cavitaires à la base du poumon.

b. *Type pleuro-pneumonique de Potain.* — Terminaison par résolution ou séquelles pleuro-pulmonaires (pneumonie pleurogène et pleuro-pneumonie nécrosante de Sabourin avec fonte caséeuse).

c. *Type spléno-pneumonique de Grancher* simulant l'épanchement pleural. Evolution lente et traînante.

Ces différentes formes peuvent laisser après elles une caverne qui évoluera comme une lésion chronique commune. Mais le plus souvent la guérison est complète après une longue convalescence.

Le pronostic est donc assez favorable.

V. Classification de Pissavy. — Elle est exposée dans les « Formes cliniques de la tuberculose du poumon et de la plèvre » (Doin, 1921). L'auteur distingue :

1. *Tuberculoses granuliques ou septicémiques*, avec
   la typho-bacillose,
   la granulie proprement dite.

2. *Tuberculoses pneumoniques*, avec :
   la pneumonie caséeuse,
   la spléno-pneumonie tuberculeuse,
   la broncho-pneumonie tuberculeuse.

3. *Tuberculoses nodulaires*, c'est-à-dire toute la tuberculose chronique, avec deux formes seulement :
   la forme discrète,
   la forme étendue.

4. *Tuberculoses bronchitiques et emphysémateuses*, avec :
   la bronchite tuberculeuse aiguë,
   la bronchite tuberculeuse chronique.

5. *Tuberculoses pleurales*, qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail.

Comme le fait remarquer le professeur Bard, il s'agit plutôt d'une division que d'une classification car Pissavy ne distingue que deux formes de tuberculose chronique, cependant si polymorphe, la forme discrète et la forme étendue. Et il n'envisage même pas les formes fibreuses de la maladie.

VI. Classifications sanatoriales. — De nombreuses tentatives ont été faites pour simplifier la classification de Bard et la rendre plus utilisable pour l'édification des statistiques sanatoriales.

1. *Dumarest* (d'Hauteville) envisage :
   la *granulie*,
   les formes *parenchymateuses* qu'il réduit à 5,
   les formes *bronchiques*, au nombre de 2
   et deux formes *pleurales*.

2. *Burnand* (de Leysin), dans un tableau consacré aux résultats éloignés des cas traités de 1912 à 1917, fait intervenir la présence ou l'absence de *fièvre* comme élément de subdivision des différentes formes de la classification de Bard.

Dans son rapport statistique de 1924, il utilise le caractère *fébrile ou apyrétique* comme élément direct de classification.

Cette manière de voir l'entraîne évidemment parfois à séparer des cas d'une même forme ou à rapprocher artificiellement des formes différentes.

3. *Jaquerod* (de Leysin) va plus loin encore. En 1924, il oppose trois groupes seulement de tuberculoses pulmonaires :

Les tuberculoses récentes à tendance résolutive, qui comprennent :
1° Des formes broncho-alvéolaires discrètes;
2° Des formes broncho-pneumoniques et pneumoniques;
3° Des formes cavitaires.

Les tuberculoses chroniques à tendance fibreuse, avec :
1° Des formes abortives ou latentes;
2° Des formes fibro-caséeuses localisées;
3° Des formes cavitaires localisées.

Les tuberculoses aiguës à tendance progressive ou destructive, avec :
1° Des formes ulcéro-cavitaires progressives ou terminales;
2° Des formes lobaires caséeuses massives;
3° Des formes granuliques et miliaires généralisées.

Les cortico-pleurites peuvent rentrer, suivant leur évolution, dans l'un ou l'autre des groupes.

Quant à la granulie froide ou chronique, l'auteur ne l'a jamais observée, sur 1.500 clichés, peut-être parce que ce ne sont pas là des cas de sanatorium.

4. *Guinard* (de Bligny) envisage la question d'un autre point de vue. Pour lui, ce qui importe surtout, c'est l'*élimination des bacilles*.

Aussi, divise-t-il les malades en :

bacillaires constants,
bacillaires intermittents,
bacillaires de signature

avec gravité décroissante du premier au troisième groupe.

Accessoirement, Guinard envisage l'action de l'âge, de la saison, de la durée du séjour au sanatorium, de la fièvre, des hémoptysies.

Mais tout cela sur l'ensemble des cas, sans distinction de formes cliniques.

Exception cependant est faite pour les tuberculoses unilatérales dont l'auteur envisage 4 variétés :

évolutives fibro-caséeuses extensives,
fibro-caséeuses communes,
torpides,
pleuro-parenchymateuses.

5. *Piéry*, élève du professeur Bard, a ajouté à la classification de son maître les formes bénignes pleurales.

6. Enfin, *Sergent* a mis en relief une forme spéciale, la pleurite apicale, détermination à signes bien particuliers.

Mais ce sont là des formes qui ne rentrent pas à proprement parler dans notre étude, bien qu'elles relèvent en général de la tuberculose abortive.

Aussi, les laisserons-nous de côté.

Classifications radiologiques. — On sait combien d'interprétations variées on peut donner aux ombres pulmonaires apicales et hilaires.

C'est dire que les classifications des formes de la tuberculose pulmonaire basées uniquement sur les rayons X seront sujettes à caution.

Les tentatives cependant ne manquent pas. Il s'agit surtout de travaux allemands.

C'est ainsi que *Franckel, Manfred et Buttner-Wobst* (Ueber das Franckel-Albrechtsche schema zur Einteilung der cronischen Lungen tuberculose. *Münch. med. Wochenschrift*, 1916) distinguent les trois formes radiologiques suivantes dans la tuberculose pulmonaire :

1. la forme indurative cirrhotique,
2. la forme nodulaire péribronchique,
3. la forme pneumonique caséeuse.

Mais, par exemple, la forme cirrhotique peut être caractérisée, comme la forme nodulaire, par de petits nodules. Si bien que leur différenciation radiologique devient difficile.

Aussi, *Gerhartz* (Die lungentuberculose) tient-il compte de ces lacunes et distingue-t-il :

1. la tuberculose à petits nodules disséminés,
2. la tuberculose à gros nodules,
3. la tuberculose à foyers homogènes,
4. la tuberculose d'origine hilaire,
5. la tuberculose cirrho-fibreuse extensive,
6. la tuberculose atypique comprenant les différentes formes métastatiques intra-pulmonaires.

Dans chacune de ces variétés, il faut encore envisager deux aspects suivant la forme indurative ou exsudative.

Gräff et *Küpferle* étudient l'aspect radiographique des différentes formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire décrites par Aschoff dans leur ouvrage : « Die Lungenphtisie Ergebnisse vergleichender Röntgenologish-anatomischer Untersuchungen ». (Berlin Julius Springer, 1923).

Ce diagnostic a, d'après eux, un intérêt pratique, car, avec Backmeister, ils estiment qu'on peut appliquer la radiothérapie à la tuberculose pulmonaire. Or, les variétés productives relèvent seules de ce traitement qui influence très défavorablement les variétés exsudatives.

Dans les formes chroniques, ils décrivent trois aspects radiologiques correspondant aux diverses lésions anatomiques décrites par Aschoff et ses élèves.

1. Dans le *foyer acino-nodulaire* on observe de petites taches, irrégulières, à bords nets, d'opacité moyenne, dessinant souvent des feuilles de trèfle.

2. *Le foyer bronchopneumonique* est caractérisé, disent-ils, par des taches plus volumineuses, arrondies, à limites floues, volontiers confluentes, d'opacité plus accentuée que les précédentes.

3. Quant à la *forme cirrhotique*, elle s'objective à l'écran par des ombres le plus souvent étendues, irrégulières, avec au centre des taches plus sombres dus à la fibrose, et à la périphérie des irradiations caractéristiques.

Le déplacement des organes (cœur, médiastin) est fréquent.

4. On pourrait même apprécier par la radiologie l'âge des *cavernes*. Les images cavitaires récentes auraient un contour peu net, les anciennes, au contraire, un contour net.

Il faut avouer que ces vues paraissent bien théoriques.

Dans les *formes aiguës généralisées*, la radiologie fournit aussi, d'après les auteurs, des renseignements intéressants.

1. Dans les *formes productives*, on observe de petites taches irrégulières, à contour net, d'intensité moyenne, parfois en feuille de trèfle. Les images sont en somme comparables à celles des foyers acino-nodulaires, mais les taches sont plus petites et réparties dans les deux champs pulmonaires.

2. Dans les *formes exsudatives*, on constate une ombre diffuse, floue, donnant au négatif l'aspect d'un nuage de lait dans le thé.

Il n'est pas dans notre pensée de décrire ici les travaux français sur la radiologie de la tuberculose pulmonaire.

On connaît les excellents articles de Pruvost dans la *Technique clinique médicale* et ceux de Barjon dans son *Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires*.

Les voiles des sommets, l'aspect pommelé du parenchyme pulmonaire, les adénopathies hilaires, les modifications de la forme et de la cinétique du diaphragme, les différentes images cavitaires (cercle transparent de Bouchard, image hydro-aérique, aspect en mie de pain ou en nid d'abeille de Mantoux et Maingot) traduisent les différentes lésions anatomiques de la tuberculose pulmonaire chronique.

Tout récemment encore, à la réunion de la Société anatomique de Paris (déc. 1926), Jaquerod a apporté

quelques démonstrations radiologiques des différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.

D'après l'auteur, une étude clinique et radiologique permet de distinguer les trois catégories que nous avons mentionnées plus haut.

Il ne s'agit cependant pas d'une classification purement radiologique, mais d'une classification clinique, avec l'aide de la radiologie, ce qui est bien différent.

Comparaison entre les travaux allemands et les travaux français. — I. Pour ce qui est de l'évolution générale de la tuberculose et du mode d'extension des lésions, Ranke admet qu'à chaque phase de la maladie correspondent des processus particuliers de propagation des lésions.

Au stade de primo-infection, ce serait par voie lymphatique et par contact.

A la phase de généralisation, toutes les voies interviendraient : sanguine, lymphatique, canaliculaire et par contact.

Enfin, au *stade de phtisie chronique,* c'est uniquement par voie bronchique et par contact que se propageraient les lésions.

Les auteurs français, plus éclectiques, admettent aussi à ce stade les voies lymphatique et sanguine.

II. En ce qui concerne l'évolution des lésions, d'après la plupart des auteurs allemands, elle ne se fait pas du hile à la périphérie, mais du sommet vers la base, c'est-à-dire dans le sens cranio-caudal.

Cette théorie rencontre de nombreux adversaires chez les phtisiologues français.

C'est ainsi que dans la séance du 12 novembre 1921 de la Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose (voir *Revue de la tuberculose*, 1922, n° 1), Léon Bernard, Rist et Maingot ont présenté plusieurs clichés qui tendent à démontrer que, dans quelques cas de tuberculose unilatérale, les lésions du poumon malade peuvent se propager au poumon sain en déterminant au niveau de ce dernier des lésions à localisation initiale péri-hilaire.

Le professeur Léon Bernard, en collaboration avec Marcel Lelong et Mlle G. Renard, a traité de nouveau cette importante question dans deux articles des *Annales de médecine* de mai 1927 (t. XXI, n° 5) :

1. Essai pathogénique sur les localisations de la tuberculose pulmonaire chronique.

2. La localisation péri-hilaire de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte.

Pour Léon Bernard, toutes les tuberculoses de réinfection auraient un début hilaire, la tuberculose des sommets n'étant par contre que le réveil des lésions de primo-infection.

III. Enfin, au point de vue des classifications proprement dites des diverses formes de la tuberculose pulmonaire, voyons les similitudes et les divergences entre les conceptions allemandes et françaises.

Pour les formes chroniques, le rapprochement est assez facile.

Par exemple, les trois grandes formes de Bard, formes *caséeuse, fibro-caséeuse, fibreuse*, semblent correspondre aux trois formes essentielles d'Aschoff et d'Ulrici : formes *broncho-pneumonique*, *acino-nodulaire, cirrhotique.*

Dans les formes aiguës, les points de contact sont encore nombreux. Pénétrons dans le détail.

Parmi les *formes miliaires interstitielles*, la *forme productive pure* n'est autre que la *tuberculose miliaire* des cliniciens français.

La *forme productive et exsudative* a été décrite par Letulle quand il expose le mode d'accroissement de la granulation tuberculeuse, non seulement par sa zone lymphocytaire mais par poussées d'alvéolite périgranulique.

Parmi les *formes intraacineuses, la variété exsudative* peut être rapprochée de la *pneumonie tuberculeuse.* Bezançon et Letulle, dans la *Presse médicale* du 23 septembre 1922, n'admettent-ils pas que le tubercule miliaire n'est pas toujours un amas de follicules, mais qu'il correspond souvent à la tuberculose pneumonique.

Et d'ailleurs Letulle, à la Société anatomique de Paris en décembre 1926, est revenu sur la question en montrant que le tubercule miliaire de Laennec, totalement différent du nodule folliculaire, est un îlot de broncho-alvéolite bacillaire, non folliculaire, avec absence habituelle de cellules géantes.

Il ne reste que la *forme intraacineuse productive* qui n'ait *pas d'équivalent dans les travaux français.*

Nous venons de passer en revue les analogies que l'on peut découvrir entre classifications allemandes et classifications françaises.

Voyons maintenant les *divergences.* Le point fondamental réside dans l'*importance accordée à la lésion de pneumonie tuberculeuse.*

Les auteurs allemands, en effet, n'attribuent à ce processus anatomo-pathologique qu'une part restreinte. C'est ainsi que, d'après eux, la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, ressortit aussi souvent à la lésion acino-nodulaire (c'est-à-dire à la tuberculose productive folliculaire) qu'à la lésion pneumonique tuberculeuse.

Les auteurs français, au contraire, admettent que les divers types de lésions tuberculeuses sont de nature pneumonique, exception faite pour la granulation tuberculeuse et certaines lésions fibreuses.

On connaît à ce sujet les travaux fondamentaux de Piguet et Giraud (La tuberculose pneumonique, *Revue méd. de la Suisse romande*, avril 1923, n° 4), et de Rist et Ameuille (La pneumonie tuberculeuse, *Paris méd.*, 7 janv. 1923).

Deux autres points sont à signaler. D'une part *les auteurs allemands ne mentionnent absolument pas les cortico-pleurites* si bien étudiées par les phtisiologues français.

D'autre part, *ils n'accordent que peu d'importance aux lésions pneumoniques* étudiées par les auteurs français sous le terme de *foyers pneumoniques tuberculeux curables,* à l'illustration desquels se sont attachés Sabourin, Bezançon et Braun, Savy, Léon Bernard, Lereboullet, pour ne citer que les principaux.

Il nous reste, enfin, à signaler l'importance accordée par les phtisiologues français aux *poussées évolutives* dont l'étude a été particulièrement déve-

loppée par Bezançon et de Serbonnes dans sa thèse.

L'ancienne notion de degré a été à juste titre détrônée.

Tout ce qu'il importe de savoir, c'est si une lésion est évolutive ou si au contraire elle est arrêtée et guérie.

Conclusions. — Quelques remarques s'imposent à l'issue de cette étude.

A laquelle des trois variétés de classifications doivent aller nos préférences; aux classifications anatomo-pathologiques, anatomo-cliniques ou radiologiques?

L'anatomie pathologique pure ne paraît pas suffisante puisque la granulation tuberculeuse et la lésion pneumonique, c'est-à-dire l'alvéolite tuberculeuse, constituent les deux bases anatomiques de toute lésion tuberculeuse pulmonaire confirmée.

La radiologie seule est trop sujette à erreurs dans ses interprétations pour qu'il soit possible de fonder sur elle une classification.

Tout au plus peut-on l'utiliser comme un auxiliaire, d'ailleurs précieux, pour une classification clinique.

La même remarque s'impose pour les classifications pathogéniques. De plus ces dernières, si elles ont un intérêt didactique indiscutable, ne sont que d'un mince secours pour le clinicien.

Et l'on peut conclure avec le professeur Léon Bernard que, de toutes les classifications proposées, celle « qui paraît le mieux répondre à l'état actuel de nos connaissances ne peut que grouper des caractères cliniques et évolutifs ».

Ce doit donc être une classification anatomo-clinique.

Nous ne discutons pas la valeur des classifications sanatoriales. Elles envisagent le problème sous un angle spécial et visent surtout à la simplification des cadres.

Cette simplification est indispensable pour le classement commode des malades soumis à la cure et l'établissement des statistiques sanatoriales.

On peut toutefois reprocher à ces classifications d'être des guides pratiques mais incomplets.

Si elles sont utiles pour cataloguer les malades d'un sanatorium et apprécier les résultats thérapeutiques obtenus, elles sont cependant trop schématiques.

Il est indispensable que le clinicien possède des repères plus sûrs pour sa pratique journalière.

Ces conditions sont remplies par les excellentes classifications du professeur Bard et du professeur Léon Bernard.

Celle de ce dernier est cependant bien réduite en ce qui concerne le domaine de la tuberculose pulmonaire chronique puisque l'auteur ne propose que quatre variétés cliniques et évolutives de cette forme.

Certains auteurs, au contraire, trouvent la classification du professeur Bard trop compliquée.

Il ne faut pas oublier toutefois que la maladie si protéiforme qu'est la tuberculose pulmonaire se joue des cadres trop simples dans lesquels on veut la contenir.

La dernière classification du professeur Bard, remaniée et augmentée, reste un modèle du genre et constitue un travail véritablement remarquable.

BIBLIOGRAPHIE

BACKMEISTER. *Lerhbuch der Lungenkrankheiten.*

BACKMEISTER et PIESBERGEN. Die bedentung der Kaverne fur die prognose und therapie der Lungentuberculose, *Zeit. f. Tub.*, Bd XLI.

BARD. De la phtisie fibreuse chronique; ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit, *Th. de Lyon*, 1879; — La tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse et ses formes cliniques, *Clinique et laboratoire*, 20 janv. 1927; — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 janv. et 5 fév. 1927; — *Les Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire*, Paris 1927, Maloine.

BARJON. *Radio-diagnostic des affections pleuro-pulmonaires*, Masson, 1916.

BERNARD (L.). *La Tuberculose pulmonaire. Etude de phtisiologie clinique et sociale*, 2e édition, Paris 1925, Masson.

BERNARD (L.) et BEYTHOUX. La lobite supérieure droite, localisation de tuberculose pulmonaire, *Revue de la tuberculose*, 1923, p. 471.

BERNARD (L.), LELONG (M.) et Mlle RENARD. Etude pathogénique sur les localisations de la tuberculose pulmonaire chronique, *Ann. de méd.*, mai 1927, t. XXI, n° 5; — La localisation péri-hilaire de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, *Ann. de méd.*, mai 1927, t. XXI, n° 5.

BERNARD (L.), RIST et MAINGOT. Séance du 12 nov. 1921 de la section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, *Revue de la tuberculose*, 1922, n° 1.

BERTHIER (de Marseille). Formes pneumoniques de la tuberculose pulmonaire, *Sud méd. et chir.*. 15 sept. 1926.

BERTIER (de Grasse). *Tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte*, Collection Sergent, t. XVIII, n° 2.

BEYTHOUX. La lobite supérieure, *Th. de Paris*, 1924.

BRAUN. Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux, *Th. de Paris*, 1911.

BORREL. Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1920, p. 105.

BURNAND. Sur le pronostic et l'évolution des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, *Revue de la tuberculose*, 1922, p. 450-484; — L'effacement radiologique des images cavitaires dans la tuberculose pulmonaire, *Assoc. suisse contre la tuberculose*, Bâle, 29 avril 1923; — *La Guérison de la tuberculose pulmonaire*, Paris 1923, Baillière; — Le mouvement phtisiologique. La crise de l'auscultation en tuberculose, *Revue méd. de la Suisse romande*, juin 1925, n° 7.

CALMETTE. *L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux*. Masson, 1920.

DEBRÉ et BONNET. La surinfection tuberculeuse expérimentale. Immunité de réinfection. Immunité de surinfection, *Journ. méd. franç.*, sept. 1922.

DEBRÉ, PARAF et DAUTREBANDE. La période anté-allergique de la tuberculose, *Ann. de méd.*, juin 1921, n° 6.

DENIS LE SÈVE. La guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses, *Th. de Paris*, 1926.

DUMAREST et MAROTTE. Les bronchites tuberculeuses, *Revue de la tuberculose*, 3e série, p. 123.

FRÄNCKEL-ALBRECHT. *Beit. f. klin. d. Tub.*, 1906; — *Beit. f. path. Anat.*, 1906.

FRÄNCKEL, MANFRED et BUTTNER-WOBST. Ueber das Fränckel Albrechtsche schema zur einteilung der cronischen Lungentuberculose, *Münch. med. Woch.*, 1916.

GERHARTZ. *Die Lungentuberculose.*

GIEGLER. *Brauer's Beit.*, 15 déc. 1924, Bd LXVI, heft. 3.

GIMBERT (de Cannes). *Tuberculose aiguë de l'adulte*, Collection Sergent, t. XVIII, n° 2.

GIRAUD et SÉDAD (de Leysin). Les conceptions allemandes

actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, *Revue de la tuberculose*, 1924, nº 1.
GRŒFF. *Congrès allemand de la tuberculose*, Eslter, mai 1921.
GRŒFF et KUPFERLE. *Die Lungenphtisie ergelnisse vergleichender röntgenologisch-anatomischer untersuchungen*, Berlin 1923, Julius Springer.
GUINARD. *Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire*, Paris 1922, Maloine.
GRANCHER. *Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose et auscultation*, Paris 1890, Doin.
JAGNOV Contribution critique à la classification de la tuberculose pulmonaire, *Revue de la tuberculose*, 1925, p. 42.
JAQUEROD (de Leysin). *Les Processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire*, 2e édition, Paris 1925, Masson; — Fausses cavernes et formation des cavernes tuberculeuses du poumon, *Bull. météorol. et méd. de Leysin*, oct. 1923, nº 39; — La lobulite tuberculeuse, lésion primaire, *Ann. de méd.*, janv. 1926, t. XIX, nº 1.
JEANDIDIER. La tuberculose pulmonaire de l'homme, acquisitions récentes et problèmes actuels, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 2 août 1922.
KÜSS. L'hérédité parasitaire de la tuberculose pulmonaire, *Th. de Paris*, 1898.
LAENNEC. *Traité de l'auscultation médiate*, 1826, t. I.
LETULLE. *La Tuberculose pleuro-pulmonaire*, Maloine, 1916; — Les conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire, *Centenaire de la Soc. anat. de Paris*, 16 déc. 1926.
LETULLE et BEZANÇON. La granulation tuberculeuse et le tubercule miliaire des poumons, *Presse méd.*, 23 sept. 1922; — La pneumonie caséeuse, *Presse méd.*, 1925, p. 177.
MANOEL DE ABREU. *Radio-diagnostic dans la tuberculose pulmonaire*, Paris 1921, Masson.
MAROTTE. Les bronchites tuberculeuses, *Th. de Lyon*, 1919.
MEYENBURG (DE). Nouvelles recherches sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire en rapport avec son anatomie pathologique et classifications qui en découlent, *Contre la tuberculose*, 8 juillet 1922, nº 4; — L'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire (conception des auteurs de langue allemande), *Centenaire de la Soc. anat. de Paris*, 16 déc. 1926.
MOSNY et MALLOIZEL. Réactions pleuro-corticales, *Revue de méd.*, nov. et déc. 1910.
NEUMANN. *Wien. klin. Woch.*, 1920.
PALLARD. De la granulie discrète. Etude clinique, *Th. de Genève*, 1901, lib. Kundig.
PÉHU et DUFOURT. *Tuberculose infantile*, C. Doin.
PELLORCE. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse, *Th. de Lyon*, 1925.
PIGUET et GIRAUD. La tuberculose pneumonique, *Revue méd. de la Suisse romande*, avril 1923, nº 4.
PIÉRY. *La Tuberculose pulmonaire*, Paris 1910, Doin.
PISSAVY. *Formes cliniques de la tuberculose du poumon et de la plèvre*, Paris 1921, Doin.
POTEZ. Les classifications françaises et allemandes des formes de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. La notion de tramite bacillaire, *Th. de Paris*, 1925.
RIBADEAU-DUMAS. *Tuberculose du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent*, Collection Sergent, t. XVIII, nº 2; — Le tubercule d'inoculation pulmonaire infantile, *Revue de la tuberculose*. 1920, p. 27.
RIBADEAU-DUMAS et PERROCHON. Les reliquats du tubercule d'inoculation infantile chez l'adulte, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 fév. 1918.
RIBADEAU DUMAS, WEILL (A.) et MAINGOT. Etude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*. 31 déc. 1920.
RIST et AMEUILLE. La pneumonie tuberculeuse, *Paris méd.*, 7 janv. 1923.
SABOURIN. *Les Embolies bronchiques*, Paris 1906.
SAVY. Les pneumonies tuberculeuses curables, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1913, p. 436.
SERGENT. *Nouvelles études sur la tuberculose pulmonaire*; — Notions nouvelles apportées par l'exploration radiologique au diagnostic des cavernes pulmonaires, *Presse méd.*, 11 juin 1924.
SERGENT et OURY. Lobite tuberculeuse, *Presse méd.*, 1926.
SPENGLER. *Die Diagnose der Lungentuberculose*, Davos, 1900.
STERNBERG. Zur klassification der lungentuberculose, *Zeit. f. Tub.*, 1923.
TURBAN. *Beiträge zur kentniss der Lungentuberculose*, Wiesbaden 1899; — *Tuberculose arbeiten*, Davos, 1909.
UBRICI. *Beiträge zur klinik der Tuberculose*, Bd LI et LII.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 MARS 1928)

Commission des substances vénéneuses. — Sur le rapport de M. GRIMBERT, l'Académie émet l'avis qu'il y a lieu d'inscrire les dérivés de la malonylurée, et par conséquent le véronal, parmi les substances dangereuses classées dans le tableau C annexé au décret du 14 septembre 1916.

Mise en évidence dans la glande thyroïde, le sang veineux thyroïdien et le sang carotidien d'un pouvoir d'abaissement de la chronaxie du gyrus sigmoïde. — MM. RÉGNIER, SANTENOISE, VARE et VERDIER. Sous l'action du vague l'appareil thyroïdien donne au sang un pouvoir d'abaissement de la chronaxie du gyrus sigmoïde. Ces faits paraissent aux auteurs susceptibles de préciser le rôle de l'appareil thyroïdien sur l'excitabilité du cerveau.

Etude physico-chimique des eaux minérales de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). [Présentation faite par M. Desgrez.] — Mlle ACHARD et M. Paul BLUM.

Nomination à deux places de directeurs des laboratoires de chimie et de physiologie pour le service du contrôle des médicaments antisyphilitiques :

L'Académie désigne pour le laboratoire de chimie, M. Blanchetière; pour le laboratoire de physiologie, M. Ch. Richet fils.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 MARS 1928)

A propos d'un cas de bradycardie nodale. — M. LIAN fait remarquer, à propos de la communication de MM. MOUGEOT et LEMAIRE, qu'il n'a jamais pensé que dans le cas rapporté par les auteurs, il s'agissait de bradycardie nodale.

Grande hémogénie guérie par la splénectomie. — MM. GOSSET, CHEVALIER et GUTMANN rapportent un cas de purpura hémorragique guéri par la splénectomie. Tous les accidents hémorragiques ainsi que le signe du lacet ont disparu aussitôt après l'intervention.

L'hypoglycémie et la saccharocorie dans la pancréatite traumatique avec pseudo-kyste hématique. — MM. Jean TROISIER et R.-A. CASAUBON insistent sur la description d'un syndrome (érythrose faciale, vertige, diplopie, asthénie, horreur invincible du sucre) permettant de prévoir le développement d'une hémorragie juxta-pancréatique. Ce syndrome est

lié à un excès de sécrétion interne d'insuline, comme le démontre l'abaissement du taux du sucre sanguin; il doit être assimilé au syndrome hypoglycémique des accidents de l'insulinothérapie.

Accidents pluriglandulaires apparus à la suite d'oreillons graves. — M. Julien Huber présente un malade atteint, à la suite d'oreillons graves avec orchite, d'accidents consistant en tachycardie, hypertension, ichtyose, tassement vertébral, algies diffuses qu'il rapporte à des troubles dystrophiques et sympathiques sous la dépendance de manifestations endocriniennes rebelles à la thérapeutique opothérapique.

A propos de deux cas de sclérose pulmonaire avec atrophie du sein gauche. — M. Rist présente deux malades atteintes d'arrêt de développement du sein gauche coïncidant avec une sclérose pulmonaire unilatérale du même côté et développée avant la puberté.

Le diabète insipide et ses rapports avec le diabète sucré et la carbonurie désoxydative. — MM. G. Garinesco, O. Kauffmamm-Cosla et Saint-Draganesco montrent que dans le diabète insipide, comme dans le diabète sucré, il y a un trouble du métabolisme des sucres, mais, tandis que dans le diabète sucré, la carbonurie désoxydative se présente ordinairement sous une forme glycosurique; dans le diabète insipide, elle est toujours aglycosurique.

La mort pendant les hémoptysies dans la tuberculose. — MM. Maurice Renaud et Miget. La mort des tuberculeux par hémoptysie est un phénomène considéré par la plupart des auteurs comme si banal qu'il peut se passer de commentaires. Cependant, en pareil cas, le mécanisme de la mort est loin d'être aussi simple qu'on pourrait croire. Il a été impossible de le déterminer dans deux cas que rapportent les auteurs.

Pas plus l'analyse clinique que les constatations anatomiques ne permettent de déterminer le mécanisme de ces morts inopinées et rapides. La seule chose certaine, et qui a certes son importance, c'est que de tels malades, malgré les apparences, ne meurent pas d'hémorragie.

Laryngite diphtérique de l'adulte. Les caprices de l'immunisation occulte. — M. Chr. Zœller rapportent l'observation d'un cas de croup d'emblée chez un adulte; l'aspect des lésions fit tout d'abord songer à une laryngite tuberculeuse. La dysphagie était le trouble fonctionnel prédominant. Il n'existait aucun symptôme d'angine diphtérique. La sérothérapie fut rapidement efficace. Au cours de la convalescence le malade présenta des troubles paralytiques et des accidents sériques marqués. L'intérêt de l'observation réside dans la grande rareté du croup d'emblée chez l'adulte.

La fréquence relative des sujets réceptifs dans le personnel soignant des hôpitaux, même ancien dans le service, engage l'auteur à proposer l'établissement d'un signalement immunologique qui comporterait les résultats des réactions de Schick et de Dick. La vaccination par l'anatoxine pourrait être proposée aux sujets à Schick positif par la voie sous-cutanée dans la majorité des cas, par la rhino-vaccination dans certains cas particuliers.

L'emploi des « vaccinations associées » (TAB + anatoxine diphtérique) est à préconiser.

Un cas d'agranulocytose pure. — MM. Aubertin et Lévy.

Elimination aqueuse par un abcès involontaire causé par le novarsénol. — M. E. Achitour (de Constantinople)

A propos d'un cas de poliomyélite antérieure aiguë caractérisé par un œdème intense, symétrique et transitoire au niveau des mollets. — M. Mussio Fournier (de Montevideo).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 24 décembre 1927)

Tics douloureux de la face chez un édenté. — M. Pierre Robin présente un homme de soixante et onze ans édenté depuis vingt-six ans et qui fut pris, il y a quatre ans, de crises de tic douloureux du maxillaire supérieur et inférieur. Des radiographies montrent l'existence de trajets fistuleux que l'auteur décrit pour la première fois. Ces trajets cathétérisés laissent écouler un peu de pus dû à la présence de reliquats d'infection apicale. Le cathétérisme fait cesser passagèrement la douleur par suite de la décompression des nerfs. Ce malade n'ayant pas encore de névrite, mais une simple névralgie doit pouvoir être guéri par un cathétérisme large des trajets et le curettage des infarctus intra-osseux. L'auteur espère obtenir la guérison après opération de ce malade sans résections osseuses ou nerveuses, ces dernières ne correspondant qu'aux cas de névrites.

Le traitement du diabète pendant la grossesse. — M. Marcel Labbé rappelle que la grossesse retentit toujours sur le foie et produit un trouble de la glycorégulation. Elle aggrave toujours le diabète préexistant et le fait quelquefois naître. Chez les femmes atteintes de diabète grave une grossesse provoque une évolution rapide et fatale vers l'acidose et le coma; il se produit de l'hydramnios et l'enfant succombe. Une première observation recueillie en 1922 montre cette évolution fatale. L'insuline, combinée à la diététique, est seule capable de sauver la mère et l'enfant et de permettre l'évolution de la gestation jusqu'à terme. Deux observations de M. Labbé en fournissent un exemple des plus démonstratifs.

Réaction à type Herxheimer dans le paludisme traité par la quinine sucrée intraveineuse. — M. Georges Rosenthal a observé chez les paludéens latents traités par cette méthode un réveil passager de l'infection, avec manifestations subfébriles digestives qui disparaissent par la continuation du traitement sans aucune adjonction.

A propos de la thérapeutique thyroïdienne et l'obésité. — M. Marcel Labbé pense avec M. Léopold-Lévi que l'obésité n'est pas d'origine thyroïdienne. Aussi le traitement endocrinien n'est-il indiqué dans ces cas que lorsque l'obésité est associée à un certain élément de myxœdème. Le diagnostic précis de ces cas n'est le plus souvent possible qu'après recherche du métabolisme basal.

Le traitement des salpingites par la diathermie et l'hydrothérapie. — M. Dausset a traité dans le service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu 600 femmes atteintes de salpingo-ovarites par l'hydrothérapie (cure dite de Luxeuil, méthode d'Alquier et diathermie). Ce traitement a donné des succès tels que, dans 50 p. 100 des cas, on a pu constater la disparition de tous les symptômes dans un temps relativement court; des opérations imminentes ont pu être évitées et la vie normale reprise très vite. Toutes les salpingites cependant ne peuvent être ainsi traitées; l'auteur signale que pour la salpingite tuberculeuse en particulier, seule, la cure solaire ou à son défaut, les bains de lumière locaux d'une lampe à arc puissante peuvent entraîner la guérison. Dans les autres formes, quand les lésions sont trop avancées, il faut recourir à l'opération; mais celle-ci ne devra être décidée qu'après un essai suffisamment prolongé de ce traitement physiothérapique qui donne souvent des résultats inespérés.

L'examen de la vésicule biliaire. — M. Nemours présente des clichés radiographiques montrant les différents aspects radiologiques de la vésicule biliaire normale.

PRATIQUE MÉDICALE

LES BROMURES DANS LA THÉRAPEUTIQUE COURANTE (1)

Par le docteur N. Quénée.

De l'avis de tous les cliniciens, et l'auteur partage cette opinion, c'est sous la forme de solution que le bromure est le mieux toléré, surtout si l'on utilise le bromure de sodium qui n'est ni irritant pour la muqueuse gastro-intestinale, ni toxique pour l'appareil cardio-vasculaire. D'autre part, il est un point capital dans la manière de l'administrer. Richet et Toulouse ont montré que l'action des bromures est en raison inverse de la richesse en chlorures du régime alimentaire suivi par le malade, comme s'il y avait en quelque sorte substitution de la molécule Br à la molécule Cl dont elle se rapproche beaucoup au point de vue chimique. Or, on sait que, dans la pratique, le régime déchloruré est difficilement accepté, et plus difficilement encore suivi pendant un certain temps; le malade se fatigue vite et on est obligé, pour pouvoir reprendre une alimentation chlorurée, d'augmenter la dose de bromure, ce qui ne va pas toujours sans inconvénients. C'est pourquoi une manière très ingénieuse de faire prendre le bromure a été de l'administrer sous forme d'un bouillon bromuré, dont le goût, identique à celui d'un excellent bouillon de légumes, fait oublier au malade les ennuis de son régime. Cette préparation, on le sait, a été spécialisée sous le nom de sédobrol qui se présente sous la forme de petites tablettes de bouillon végétal concentré; chaque tablette contient un gramme de NaBr. Ce mode d'administration présente un autre avantage; il existe souvent, et tout particulièrement chez les gens instruits, une répugnance à prendre le bromure qui représente pour eux un médicament que l'on n'emploie guère que dans les asiles. En utilisant le sédobrol, il est très facile de cacher au malade la nature de ce qu'il prend, et même, avec l'assentiment de l'entourage, on peut lui laisser complètement ignorer qu'il absorbe un médicament.

Sous cette forme, le bromure de sodium donne d'excellents résultats dans les symptômes nerveux, de quelque nature qu'ils soient, et en particulier en cardiologie où il combat efficacement la dyspnée, l'angoisse et les palpitations, en gastro-entérologie, dans les solairalgies, l'aérophagie et toutes les dyspepsies, dans tous les états nerveux liés, soit à une psychose, soit à une lésion dans la sphère uro-génitale, et enfin chez les enfants où on l'utilise avec avantages dans tous les cas d'affections spasmodiques, dans l'asthme où il constitue un adjuvant précieux du traitement de fond, dans la coqueluche, dans la laryngite striduleuse et dans toutes les insomnies; même chez le nourrisson ce médicament peut rendre les plus signalés services.

(1) *Concours méd.*, Paris, 27 mars 1927.

LIVRES NOUVEAUX

L'Année psychologique (1) [27e année, 1926). Fondateurs : MM. Henry Beaunis et Alfred Binet, publiée par M. Henri Piéron.

Le beau recueil que publie chaque année M. le professeur Piéron vient de paraître. Digne de ses prédécesseurs, il

(1) In-8 de 900 pages. — Prix : 90 fr. — Paris, F. Alcan.

permet au lecteur de se tenir au courant de tous les travaux en psychologie. Des mémoires originaux, des notes et revues, d'innombrables analyses en font un recueil d'un intérêt exceptionnel. Il fait le plus grand honneur à ses auteurs et à la maison Alcan qui l'a édité avec un soin tout particulier.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — M. le professeur Léon Bernard commencera le cours le lundi 12 mars 1928, à 17 h., au petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Eléments de médecine préventive, de prophylaxie des maladies infectieuses et d'hygiène sociale ».

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Robert Debré, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, les mardis et jeudis, à 17 h.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Jean Quénu, agrégé, commencera son cours le mardi 13 mars 1 28, à 16 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Programme : « Affections chirurgicales du thorax, du sein et de l'appareil génital de la femme. »

ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. (Professeur : M. Bernard CUNÉO.) — 1° *Cours supérieur.* — M. le professeur Bernard Cunéo commencera ce cours le lundi 12 mars 1928, à 16 h. (grand amphitheâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Des démonstrations pratiques auront lieu le mercredi, à 17 h., au laboratoire d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale.

Sujet : « Anatomie topographique élémentaire. »

2° *Conférences de l'agrégé.* — M. le docteur Basset, agrégé, fera une série de conférences tous les jeudis, à partir du jeudi 19 avril, à 17 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Sujet : « Anatomie radiographique normale des os et des articulations. »

— PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. SICARD). — Première série (mars-avril). — M. Sicard, professeur : Intoxications, pathologie de la hanche, du rachis et de la tête. — M. Chabrol, agrégé : Pathologie du tube digestif (*suite*). — M. Vallery-Radot, agrégé : Maladies infectieuses (*suite*). — M. Donzelot, agrégé : Pathologie cardiaque (*suite*).

M. Sicard a commencé ses leçons le mardi 6 mars 1928, à 18 heures et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Chabrol a commencé ses leçons le lundi 5 mars 1928, à 18 heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (2-14 avril 1928). — *Lundi 2 avril.* — 10 h. M. le professeur Nobécourt. Ouverture du cours; — 10 h. 15 : M. Lereboullet. Notions nouvelles sur la diphtérie; — 16 h. : M. Jean Hutinel. Les broncho-pneumonies et leur traitement; — 17 h. : M. Babonneix. Les poliomyélites.

Mardi 3. — 10 h. 30 : M. Bidot. Urologie clinique; — 16 h. : M. Jean Hutinel. Méningite cérébro-spinale; — 17 h. : M. Babonneix. Encéphalopathies et mongolisme.

Mercredi 4. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Le diabète sucré; — 16 h. : M. Boulanger-Pilet. Pneumococcies et streptococcies; — 17 h. : M. Babonneix. Hérédosyphilis nerveuse.

Jeudi 5. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Hypophyse et glandes endocrines; — 16 h. : M. Prétet. Septicémies de l'enfance; — 17 h. : M. Nadal. L'asthme infantile.

Vendredi 6. — 10 h. 30 : M. Tixier. Hérédo-syphilis (1re leçon).

Mardi 10. — 10 h. 30 : M. Tixier. Hérédo-syphilis (2e leçon); — 16 h. : M. Pichon. Rhumatisme cardiaque évolutif; — 17 h. : M. Lebée. Les néphrites de l'enfance.

Mercredi 11. — 10 h. 30 : M. Paraf. Rougeole; — 16 h. : M. Tixier. Rachitisme et rayons ultraviolets; — 17 h. : M. Mathieu. Epilepsie et traitement.

Jeudi 12. — 10 h. 30 : M. Paraf. Tuberculose; — 16 h. : M. Janet. Syndromes thyroïdiens; — 17 h. : M. Mathieu. Encéphalite.

Vendredi 13. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiologie (1re leç.); — 16 h. : M. Paraf. Scarlatine; — 17 h. : M. Janet. Vomissements cycliques.

Samedi 14. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiologie (2e leç.); — 16 h. : M. Pichon. Acrodynie infantile; — 17 h. : M. Bidot : Coprologie clinique.

M. le professeur Nobécourt : à 9 h., conférence clinique dans les salles de la Clinique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Le droit à verser est de 250 francs.

COURS D'HISTOLOGIE. — M. le professeur Champy fera la leçon inaugurale de son cours le mardi 13 mars 1928, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à 17 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Sujet du cours : « Histologie des organes. »

Chaque mardi, à 16 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, il fera une leçon pratique, avec projections microscopiques, qui préparera la séance de travaux pratiques de la semainesuivante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — *Cours complémentaire d'électro-radiologie pour les stomatologistes.* — Un cours complementaire d'electro-radiologie sera fait depuis le samedi 10 mars 1928 à la Clinique d'électricite medicale de la Faculté de médecine de Bordeaux, sous la direction de M. le professeur Réchou, par M. le docteur Mathey-Cornat, chef de clinique.

Ce cours, complet en huit séances, aura lieu tous les samedis matins à 10 h. à l'amphithéâtre Saint-Raphaël, près l'hôpital Saint-André, 3, rue Jean-Burguet; il sera accompagné de projections de clichés et de stéréoradiographies et suivi de démonstrations pratiques.

— *Cours de radiodiagnostic clinique.* — Un cours complet de radiodiagnostic clinique est fait, à partir du 7 mars 1928, à la clinique d'électricité médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux par M. le professeur Réchou, assisté de M. le docteur Mathey-Cornat, chef de clinique. Ce cours a lieu tous les mercredis et vendredis à 9 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël, près l'hôpital Saint-André, 3, rue Jean-Burget.

Le cours du mercredi est consacré au radiodiagnostic du cœur, des poumons et du tube digestif.

Le cours du vendredi est consacré au radiodiagnastic du squelette et de l'appareil génito-urinaire.

A partir du samedi 10 mars 1928, le cours théorique sera complété par une série de démonstrations pratiques de séméiologie radiologique (lecture et interprétation de clichés). Ces démonstrations ont lieu tous les samedis matins, à la même heure, dans le service radiographique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire, par L. BALDENWECK, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. In-8 du 320 pages avec 188 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Vigot frères.

Les Bases physiques de la radiothérapie, par Jean DUBOST, moniteur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 (20-13) de 99 pages avec 50 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Souligoux, Lenormant, Martin, Mouchet, Legueu, Chevassu, Trémolières.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, qui doit s'ouvrir à Paris le 19 mars 1928, est constitué comme suit :

Président. — M. le docteur Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires. — M. le professeur Pfersdorff (de Strasbourg), MM. les docteurs Privat de Fortunié (de Maréville), Quercy (de Rennes), Pactet (de Villejuif), Lautier (d'Alençon), Lafage (de Braqueville).

Membres suppléants. — MM. les docteurs Lerat (de Lafond) et Daday (de Saint-Maurice).

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour cinq places d'aide de clinique à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts s'ouvrira le 7 mai 1928.

Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine ainsi que les étudiants ayant pris douze inscriptions au moins à l'une des facultés de l'Etat, de nationalité française et âgés de moins de trente-cinq ans.

L'inscription des candidatures sera reçue à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts (secrétariat de la Clinique), 28, rue de Charenton, à Paris, jusqu'au 21 avril 1928, à 18 h.

HÔPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours sera ouvert à Alger, le 11 juin 1928, pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux civils d'Alger.

La liste d'inscription sera irrévocablement close le 10 mai 1928.

Pour tous renseignements, d'adresser à la direction de l'hôpital civil de Mustapha, les dimanches et jours fériés exceptés, le matin, de 8 heures à 11 h. 30, et le soir, de 14 h. 30 à 17 heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Debeyre, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est nommé à dater du 1er mars 1928 professeur d'histologie en remplacement de M. Laguesse, décédé.

— Lyon. — Le concours pour deux places d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Clavel et Bérard, internes des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Frédéric Corsy, professeur suppléant a été nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Alézaïs, nommé professeur honoraire.

— Nantes. — Un concours s'ouvrira, le lundi 15 octobre 1928, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie, de physiologie et d'histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

SERVICE CENTRAL DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Un décret en date du 2 mars règle le fonctionnement de ce service sous l'autorité du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. (*J. O.*, 11 mars 1928.)

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE RECHERCHES CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE CANCER a eu lieu dimanche 4 mars, à 14 h. 30 à la salle des agriculteurs.

Le compte rendu moral et financier fut exposé par le docteur Simionesco.

Un rapport scientifique fut présenté par le docteur de Morsier; des allocutions furent prononcées par le docteur Baillez et le professeur Bruschettini.

Le bureau pour l'année 1928 est ainsi composé : professeur Bruschettini, président; docteurs Joseph Thomas, Foveau de Courmelles, Lecourt, vice-présidents; docteur Siminesco, secrétaire général; docteur de Morsier, secrétaire-trésorier.

Société amicale des assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale annuelle de la Société amicale des assistants se tiendra le jeudi 22 mars, à 21 h., dans les salons du Foyer médical franco-international, 10, avenue d'Iéna (place d'Iéna).

Suivant la coutume, cette réunion sera précédée d'un dîner amical, à 20 h. (35 fr. tout compris). — Adresser les adhésions au docteur Moutard, 13, rue Montaigne (VIIIe).

L'Association confraternelle des médecins français vient de tenir son assemblée générale. Plus de 500 sociétaires étaient présents ou représentés. Le rapport moral et financier, présenté par le docteur P. Barlerin, fait ressortir la situation très prospère de la Société qui compte actuellement 1.330 adhérents dans toute la France, a distribué, en 1927, 120.000 fr. de secours aux familles de ses membres décédés et possède maintenant un fonds de réserve de 158.000 fr.

L'assemblée a décidé d'abaisser à quarante-cinq ans la limite d'âge d'admission, précédemment fixée à cinquante ans, d'intensifier la propagande afin de faire connaître l'Association dans tous les milieux médicaux, puis a réélu son bureau pour 1928.

Ce bureau est ainsi constitué : MM. les docteurs Thiroloix, président; Le Filliatre, vice-président; Grahaud, secrétaire général; O'Foliowell, secrétaire adjoint; P. Barlerin, trésorier; Tissot, Agasse-Lafont, Bérillon, Tulasne, Peytoureau, membres du Conseil de surveillance.

Pour renseignements, écrire : docteur Grahaud, 7, rue Labie, Paris (XVIIe); docteur Barlerin, 10, rue de Strasbourg, Paris (Xe).

Institut d'hygiène. — L'enseignement spécial en vue de l'obtention du *diplôme d'hygiène* est donné à la Faculté de médecine de Paris depuis le 5 mars et durera jusqu'au 16 juin. L'enseignement spécial de bactériologie et de parasitologie est donné sous la direction de MM. les professeurs Lemaire et Brumpt, de MM. Philibert et Joyeux. (Droits 250 fr.).

L'enseignement spécial d'hygiène est dirigé par M. le professeur Léon Bernard et M. Paul Debré. (Droits 500 fr.) Des travaux pratiques, stages et visites complètent l'enseignement.

Les médecins diplômés peuvent être portés au tableau d'aptitude de *médecin sanitaire maritime* à la condition de subir une interrogation supplémentaire de Police sanitaire maritime.

S'inscrire à la Faculté de médcine les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. Guichet nº 4.

École annexe de perfectionnement des médecins de réserve (Union fédérative). — La conférence du lundi 19 mars sera faite par M. le docteur Capette, chirurgien des hôpitaux de Paris : « Les blessures de la région de l'épaule par projectiles de guerre. »

La conférence de M. le docteur Gastou, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis : « La lutte antivénérienne dans l'armée », aura lieu le lundi 16 avril.

Ces conférences auront lieu à 21 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Avis important. — Les conférences d'intérêt général du Service de santé du dimanche auront lieu désormais dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Les quatre conférences de cette catégorie figurant encore au programme seront faites aux dates et heures prévues (le dimanche matin).

Mars 1928. — *Dimanche 18 mars*, à 9 h. 30 : « Les évacuations dans l'armée », par M. le médecin-major de 1re classe Boyé, de l'état-major général de l'armée.

Dimanche 25 mars, à 9 h. 30 : « Les services administratifs du Service de santé », par M. l'officier d'administration principal de réserve Bouillard.

Mai 1928. — *Dimanche 20 mai*, à 9 h. 30 : « Le service dentaire dans l'armée mobilisée, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires. Son utilité au point de vue de l'hygiène sociale », par M. le médecin principal de réserve Friteau.

Juin 1928. — *Dimanche 17 juin*, à 9 h. 30 : « Equipement du Service de santé d'un front d'armée », par M. le médecin principal de 2e classe Schickelé, de la section technique du Service de santé.

L'entrée se fera exclusivement par la rue des Ecoles, nº 41.

Afin d'éviter au dernier moment l'encombrement des bureaux de contrôle et pour assurer, en même temps qu'un courant régulier des arrivées, l'installation convenable des officiers dans l'amphithéâtre, les cartes de présence seront distribuées de 8 h. 45 à 9 h. 15, la conférence devant commencer à 9 h. 30.

Xe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — Ce Congrès aura lieu à Québec, les 5, 6 et 7 septembre 1928, sous la présidence de M. le docteur C. Dagneau.

Deux questions sont à l'ordre du jour : 1º l'infection puerpérale; 2º la diphtérie.

Cette réunion coïncidera avec la célébration du 25e anniversaire de la fondation de l'Association.

Statistique municipale. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 9e décade (11-20 février 1928), 1.286 décès, au lieu de 1.335 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.257, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

Toutes les maladies infectieuses sont en décroissance, sauf la diphtérie qui a causé 15 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 131, au lieu de 128 (moyenne 88).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 251 décès (moyenne 223).

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Guignard, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, ancien doyen de la Faculté de pharmacie, commandeur de la Légion d'honneur; de MM. les docteurs J. de Lagoanère (de Bordeaux), Vatel (de Segré), Louis Tuvache (de la Flèche), Gabriel Bosviel (de Neuvic), Rigodon (de Montbrison), Jules Capelle (de Bruxelles) et Edmond Biset (de Bruxelles).

Association générale des gazés de guerre. — Une vente au bénéfice de l'œuvre du Village des gazés tuberculeux, créé dans le domaine du Sanatorium de Coudreaux, par Montfermeil (Seine-et-Oise), aura lieu les mercredi 28 et jeudi 29 mars 1928, de 2 à 6 h., grande salle de la Société d'horticulture, 84, rue de Grenelle, Paris (VIIe).

Adresser les offrandes au docteur de Médevielle, président de l'Association, 62, rue Erlanger, Paris (XVIe).


BRONCHOSEPTOL
ASEPSIE DES BRONCHES ET DES VOIES RESPIRATOIRES PAR LE
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés Antiseptiques Sédatifs Expectorants

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Par le docteur J. LHERMITTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PHYSIOLOGIE

Recherches expérimentales sur l'hydrocéphalie traumatique. (HASHIGUCHI. *Arb. a. d. neurol. Inst. a. d. Wiener Univ.*, 1927, vol. XXIX, p. 109.) — L'expérience de la grande guerre nous a dévoilé la fréquence vraiment très grande de l'hydrocéphalie à la suite des commotions ou des contusions craniennes, et dans des recherches très intéressantes. H. Claude et Meuriot ont montré combien pouvait être exagérée la sécrétion du liquide céphalo-rachidien à la suite des traumatismes de guerre du cerveau.

Plus récemment, Lhermitte et G. Robin rapportaient également l'étude anatomo-clinique d'un fait d'hydrocéphalie excessive associée à une syringomyélie et développée à la suite d'un traumatisme cranien.

L'hydrocéphalie traumatique présente donc un triple intérêt clinique, thérapeutique et médico-légal.

La conception d'une hydrocéphalie traumatique n'a pas recueilli tous les suffrages, et certains neurologistes l'envisagent avec scepticisme; c'est pourquoi le travail de Hashiguchi doit retenir notre attention.

De jeunes chiens âgés de cinq à huit semaines, en état de narcose, furent soumis à un ébranlement commotionnel cérébral déterminé par la percussion, répétée jusqu'à 60 fois, de la région pariétale.

Ce martelage cranien détermina, non pas un processus hémorragique mais un œdème avec gonflement général du cerveau. Chez les animaux qui survécurent jusqu'à quatorze jours au maximum, la réaction cérébrale s'accusa par la prolifération de la névroglie sous-épendymaire.

Cette réaction, déterminée par l'imbibition œdémateuse et l'occlusion des voies de décharge des ventricules cérébraux, contribuait ainsi à la production ou au renforcement de l'hydrocéphalie.

Si les méninges ne semblent jouer qu'un rôle effacé dans le déterminisme de l'hydrocéphalie, il n'en est pas de même des cellules des plexus choroïdes dont les lésions sont évidentes.

Ces constatations sont en harmonie avec celles de différents auteurs qui, pendant la guerre récente, ont observé des altérations très prononcées des plexus choroïdes à la suite des commotions du cerveau (Grynfelt).

De cet ensemble de faits, il résulte que l'hydrocéphalie posttraumatique est bien une réalité avec laquelle il faut compter.

Expérimentation sur la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. (HIRSCH-TABOR. *Münch. med. Woch.*, 1927, vol. XLVIII, f. 17, p. 709.) — On sait que l'injection intraveineuse d'extrait de plexus choroïdes provoque l'augmentation de la sécrétion choroïdienne.

Les auteurs ont obtenu une suractivité sécrétoire encore plus considérable en injectant, dans les veines du lapin, du liquide céphalo-rachidien de l'homme présentant une réaction de Wassermann positive. Les liquides ne comportant qu'une réaction négative demeurent tous sans influence sur la sécrétion choroïdienne.

Ce fait est à retenir, car il peut servir d'amorce à une nouvelle thérapeutique dirigée contre l'hypotension du liquide céphalo-rachidien.

Sur la température du cerveau. (MANINO. *Ann. di clin. med. e di med. sperim.*, 1926, vol. XVI, f. 4, p. 361.) — Selon l'auteur, la température de l'encéphale au repos est plus basse que celle de l'intestin et plus élevée que celle du sang et du muscle.

Pendant le sommeil, la température cérébrale s'abaisse, tandis qu'elle s'élève légèrement lorsqu'on applique des stimuli généraux ou que la respiration se modifie.

Chez le chien, on peut constater que de fortes doses d'alcool ou de chloroforme déterminent un abaissement de la température cérébrale, tandis que le café, l'atropine, la strychnine, l'opium ou de petites doses d'alcool aboutissent à l'élévation de la température.

Etudes expérimentales sur le système nerveux. Sur la localisation centrale des troubles de l'état de veille. (SPIEGEL et INABA. *Zeit. f. d. Ges. exp. Med.*, 1927, vol. LV, f. 1/2, p. 164.) — On sait que les recherches de Demôle ont montré que l'injection d'une petite quantité d'une solution calcique, au niveau de la base du IIIe ventricule, suffit à provoquer, chez le chat, un sommeil prolongé d'apparence physiologique. Les résultats expérimentaux obtenus par Spiegel et Inaba ne s'accordent pas complètement avec les précédents. Selon ces expérimentateurs, la piqûre de la substance grise de l'aqueduc de Sylvius, pas plus que celle du IIIe ventricule, ne détermine de modifications dans le rythme de la veille et du sommeil, du moins chez le chien. Au contraire, les lésions expérimentales de la couche optique déterminent l'apparition d'un sommeil prolongé.

Ces faits expérimentaux s'harmonisent, on doit le reconnaître, avec certaines données cliniques, rares à la vérité mais indiscutables, qui témoignent que les tumeurs et surtout les foyers suppurés d'encéphalite, de la région thalamique, se traduisent parfois par un sommeil pathologique prolongé.

SÉMIOLOGIE

Valeur sémiologique de l'extension spontanée du gros orteil. (RIMBAUT et BOULET. *Sud méd. et chir.*, 15 avril 1927, p. 894.) — La simple constatation d'une extension spontanée du gros orteil n'est pas suffisante pour permettre l'affirmation d'une lésion pyramidale. Spontanée et associée à des symptômes de la série extrapyramidale, l'extension de l'orteil constitue un signe de même ordre que les réflexes de posture, mais immédiatement objectif.

Du syndrome thalamique au syndrome pariétal; — Diagnostic différentiel des syndromes sensitifs cérébraux. (Henri ROGER. *Sud méd. et chir.*, 15 avril 1927, p. 926.) — La distinction des syndromes pariétal et thalamique se heurte souvent à de grandes difficultés.

L'auteur, se basant sur les recherches antérieures de Head

et Riddoch, Verger, Déjerine et Roussy, Pierre Marie et Bouvier, arrive aux conclusions suivantes :

En dehors des phénomènes douloureux qui sont vraiment particuliers au syndrome thalamique, celui-ci s'accompagne d'une atteinte prédominante des sensibilités profondes, associée à une surréaction douloureuse à la piqûre avec hyperesthésie douloureuse au froid.

Dans le syndrome pariétal ce qui domine c'est l'atteinte des sensibilités profondes avec intégrité de la sensibilité osseuse.

Parfois, les troubles sensitifs prennent une topographie pseudo-radiculaire, laquelle fait toujours défaut dans le syndrome de la couche optique. On sait, d'autre part, que, aussi bien dans le syndrome pariétal que dans le syndrome thalamique, les troubles sensitifs s'associent à des troubles moteurs; mais dans le syndrome thalamique on observe souvent de l'asynergie, de l'ataxie, des mouvements choréiques et athétosiques et la contracture intentionnelle.

Dans le syndrome pariétal, si l'incoordination n'est pas exceptionnelle, les mouvements anormaux et involontaires apparaissent comme d'excessives raretés.

On peut ajouter que les phénomènes de répercussivité sympathique sont infiniment plus fréquents au cours des lésions de la couche optique qu'à la suite des altérations de la corticalité. Si l'on ajoute à cela que le signe de Babinski est assez rare dans le syndrome thalamique, tandis qu'il est fréquent dans le syndrome pariétal, on conviendra que, malgré les difficultés que l'on rencontre, le diagnostic entre ces deux syndromes peut être basé sur des phénomènes objectifs, et ainsi être entouré de garanties.

Un cas de cataplexie. (GILLESPIE. *Journ. of neur. a. psych.*, 1927, Bd VIII, n° 29, p. 35.) — Cette affection si curieuse et qui s'apparente à la narcolepsie, est caractérisée, on le sait, par la perte subite du tonus musculaire.

De nombreuses observations ont également montré l'importance du facteur émotionnel pendant le déclanchement de la crise. Toutefois, beaucoup d'incertitude plane sur la pathogénie de cette affection. L'auteur rapporte un fait caractéristique ayant trait à un malade de quarante ans dont la mère succomba à une paralysie agitante.

Quelques années avant les premières manifestations de la maladie, le patient eut à souffrir de soucis moraux et de surmenage intellectuel. Il fut atteint également de commotion cérébrale accompagnée de perte de connaissance.

Un an après cet accident, le sujet manifesta le premier symptôme de la cataplexie. Un jour, tenant une tasse à la main, brusquement le membre supérieur droit s'affaissa, la tasse tomba à terre.

Plus tard, à la suite de la moindre émotion, subitement le tonus, non seulement des bras mais de tout le corps, s'affaissait, et le malade était obligé de s'écrouler à terre, sans toutefois perdre connaissance.

Il est également intéressant de relever, dans cette observation, la perte subite du tonus des muscles de la face et des masséters.

Lorsque le malade riait, la dissolution du tonus des muscles céphaliques était telle que la mâchoire inférieure tombait et que le sujet, la bouche largement ouverte, incapable de contracter les masséters, prenait une expression tout à fait stupide.

Parfois, la dissolution du tonus s'étendait également aux muscles du cou, et le commencement de l'accès était marqué par la chute de la tête sur la poitrine.

Malgré une observation attentive, l'auteur ne put relever que peu de symptômes objectifs; un léger tremblement des mains, un visage quelque peu figé et une parole monotone.

Devons-nous voir dans ces quelques manifestations l'indication d'une lésion du système extrapyramidal? Ce problème devra être éclairci par des recherches ultérieures. Ce qui est établi, c'est l'influence tout à fait saisissante de l'émotion faible ou gaie sur le déchaînement de la cataplexie, et, d'autre part, la liaison de ce syndrome avec la narcolepsie dite essentielle.

Narcolepsie symptomatique et hyperventilation. (STRAUSS. *Zeit. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1927, vol. XLVIII, p. 401.) — Ainsi que Lhermitte, Tournay et Souques y ont insisté récemment, le cadre de la narcolepsie essentielle tend à se réduire de plus en plus. En effet, lorsqu'on cherche attentivement dans les antécédents des narcoleptiques dits essentiels, on relève souvent des manifestations plus ou moins larvées d'encéphalite aiguë.

Les faits de ce genre, qui sont fréquents, ne sont ainsi que la conséquence ou la séquelle de l'encéphalite léthargique. D'autre part, les cliniciens savent qu'il est parfois malaisé de préciser avec certitude l'existence, chez un sujet donné, de la narcolepsie vraie. Les accès de narcolepsie ne se produisent pas en effet au commandement, et le médecin n'a que rarement l'occasion d'assister à la crise.

De même que pour la crise épileptique, il serait du plus grand intérêt de connaître un réactif spécifique grâce auquel l'attaque narcoleptique pourrait être déclanchée; c'est pourquoi l'observation de l'auteur est à retenir.

Chez un malade atteint de narcolepsie postencéphalitique, on pouvait aisément reproduire la crise de sommeil par le moyen de l'hyperpnée.

Selon l'auteur, cette épreuve déterminerait, même chez les sujets sains, des états ressemblant au sommeil narcoleptique.

Le clonus des adducteurs. (DE ANGÉLIS. *Arch. f. Psych. u. Nerv.*, 1927, vol. LXXXI, p. 189.) — Dans les cas de lésion grave de la moelle ayant pour conséquence une surréflectivité tendineuse considérable, il est possible d'obtenir, non seulement le clonus du pied et la danse de la rotule, mais encore un véritable clonus des adducteurs de la cuisse.

Pour mettre ce nouveau clonus en évidence, il convient de placer le malade dans la position suivante : les cuisses et les jambes demi-fléchies, les talons se touchant.

La percussion avec le marteau d'un des condyles fémoraux suffit à déclancher le phénomène, à condition que l'on maintienne énergiquement les pieds l'un contre l'autre.

Il n'est pas besoin d'ajouter que le clonus des adducteurs traduit une dégénération pyramidale particulièrement intense.

CERVEAU

Epilepsie et choc anaphylactique. (Henri CLAUDE et M. MONTASSUT. *Encéphale*, 1927, n° 7, p. 533.) — Différents neurologistes avaient cru voir une relation de cause à effet entre le choc anaphylactique ou hémoclasique et l'attaque épileptique. Cette opinion assez discutable de par la clinique est controuvée par les recherches des auteurs.

Les relations entre le choc et la crise convulsive apparaissent assez vagues au cours des épreuves d'hyperpnée, et de plus c'est en vain qu'on les recherche chez l'animal en expérience.

Sur des chiens porteurs d'une lésion rolandique suffisamment intense pour déchaîner la crise comitiale sous l'influence de la strychnine, le choc peptonique ou sérique ne produisit aucun effet à caractère épileptique.

De ces recherches il résulte, que non seulement le choc n'est pas le *primum movens* de la crise comitiale, mais qu'il n'apparaît que dans les cas très exceptionnels comme susceptible d'être le facteur immédiat de l'attaque convulsive.

Sur la valeur de l'élément infectieux dans le déterminisme de la sclérose diffuse; — Contribution à la clinique et à l'anatomie pathologique de la sclérose diffuse. (M. BIELSCHOWSKY. *Journ. f. psychol. u. neurol.*, 1927, vol. XXXIII, f. 1/2, p. 12.) — Depuis quelques années, le syndrome décrit par Schilder retient de plus en plus l'attention des neurolo-

gistes. Les observations, surtout à l'étranger, s'en sont multipliées, et aujourd'hui nous connaissons assez bien dans leurs termes essentiels, aussi bien les manifestations cliniques que les lésions anatomiques de la sclérose diffuse que l'on désigne souvent du nom de maladie de Schilder. Néanmoins, la pathogénie de cette affection reste obscure ainsi que les frontières qui l'isolent d'une maladie beaucoup plus fréquente et qui par bien des points s'y apparente : la sclérose multiple.

L'observation rapportée par Bielschowsky a trait à un homme de cinquante-cinq ans qui, à la suite de plusieurs épisodes fébriles accompagnés de manifestations nerveuses graves : aphasie, apraxie, syndrome pyramidal, fut atteint de crises épileptiques subintrantes auxquelles il succomba.

Comme dans les cas de ce genre, l'étude histologique révéla l'existence de lésions profondes et étendues à toute la substance blanche du cerveau et même à une partie des pédoncules cérébraux.

Histologiquement, il s'agit de foyers d'âges divers, caractérisés, tantôt par des lésions inflammatoires vasculaires et périvasculaires, tantôt par des lésions dégénératives profondes.

Une des particularités du cas de Bielschowsky tient dans l'existence d'altérations méningées. On constatait en effet, dans les méninges cérébrales, non seulement des accumulations en foyers de lymphocytes, de plasmocytes et de macrophages, mais encore de conglomérations bactériennes.

L'identification des germes n'a pas été poussée très loin; morphologiquement il s'agissait de diplostreptocoques. Il est encore prématuré de définir le rôle de cet agent pathogène dans le déterminisme de la sclérose diffuse, mais la constatation de ces germes sur l'encéphale constitue un argument vraiment impressionnant en faveur de la thèse infectieuse de la maladie de Schilder.

Ainsi qu'il en est dans un grand nombre de faits de sclérose diffuse, la régression des symptômes se trouve, *a priori*, en contradiction avec l'étendue et la profondeur des lésions anatomiques. En réalité, il ne s'agit là que d'une apparence; et de même que dans la sclérose en plaques où l'on voit des paralysies s'installer, puis rétrocéder à un tel degré que l'on a l'impression d'une guérison, la sclérose diffuse a pour caractère évolutif, des oscillations très accusées, des symptômes par lesquels elle se traduit. Cela tient à la persistance, au sein même des foyers destructifs, de l'élément conducteur essentiel des fibres : le cylindre-axe.

C'est pourquoi la sclérose diffuse mérite-t-elle qu'on lui associe l'épithète de périaxile.

A propos de la sclérose diffuse. (GAGEL. *Zeit. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1927, vol. CIX, f. 3, p. 418.) — L'observation rapportée par l'auteur a trait à un enfant de huit ans qui, à la suite d'une rougeole, présenta le tableau de l'encéphalite périaxile, caractérisée par une quadriplégie spastique, une anarthrie prononcée, des troubles de la déglutition associés à un état démentiel accusé.

La mort survint quinze mois après le début de la maladie. L'autopsie montra l'existence d'une démyélinisation très étendue du centre ovale des deux hémisphères et de la partie postérieure du corps calleux.

On constatait également des foyers de même nature dans la protubérance et les pédoncules où les fibres pyramidales étaient sévèrement dégénérées. Les hémisphères du cervelet étaient également fortement démyélinisées.

L'absence de réaction inflammatoire d'une part, l'étendue et l'asymétrie des lésions d'autre part, permettent, selon l'auteur, de différencier ce tableau anatomique d'avec celui de la sclérose en plaques et autorise à le classer dans le groupe de la sclérose diffuse.

Cette affection comprendrait ainsi une variété spéciale dont les caractères fondamentaux seraient les suivants : la paralysie spastique des quatre membres, l'état démentiel, l'évolution progressive, et, d'autre part, au point de vue anatomique, l'étendue des lésions cérébrales, leur symétrie et la dégénération des voies pyramidales.

Contribution à l'étude des maladies pyramidales et extrapyramidales continues. (PAPPENHEIM et POLLAK. *Wiener klin. Woch.*, 1927, Jg 40, f. 36, p. 1141.) — Depuis les premières études de Westphal, de Strumpell et de Kinnier Wilson, plusieurs observations anatomo-cliniques ont été rapportées qui témoignent de la combinaison possible, chez le même sujet, de la dégénération du système strié et de la dégénération du système pyramidal; mais il reste encore beaucoup d'obscurité au sujet des syndromes où s'intriquent la dégénération des faisceaux pyramidaux avec celle du système extrapyramidal; aussi l'observation des auteurs présente-t-elle un intérêt évident.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans chez laquelle les premiers symptômes consistèrent dans une incertitude de la marche, un tremblement des genoux, une céphalée postérieure et des mictions impérieuses.

Plus tard, apparurent des troubles de la parole qui devint scandée, une ataxie des mains avec adiadococinésie. La marche s'effectuait à petits pas et présentait le caractère paréto-spasmodique.

Les réflexes cutanés abdominaux étaient abolis; le signe de Babinski positif; aussi le diagnostic auquel on s'arrêta fut celui de sclérose en plaques.

L'évolution de la maladie rendit ce diagnostic des plus incertains, car. deux ans après le début de l'affection, apparut une série de symptômes de caractère parkinsonien : acinésie spontanée, rigidité, amimie, attitude parkinsonienne des mains.

L'examen anatomique vint montrer qu'il ne s'agissait pas dans ce cas de sclérose en plaques. Les lésions consistaient, en effet, en une dégénération spongieuse marquée du striatum et du pallidum, et discrète du pédoncule cérébelleux supérieur.

L'intégrité absolue de la substance noire suffit à réfuter l'hypothèse d'une encéphalite épidémique.

Un cas de pseudo-sclérose de nature vraisemblablement syphilitique. (WESTPHAL. *102 d. rheim. Ver. f. Psych., Bonn, Sitzg*, 1927, vol. XVII, p. 6.) — Si le tableau clinique de la dégénération hépato-lenticulaire à type de pseudo-sclérose est assez bien déterminé aujourd'hui, il n'en est pas de même pour ce qui est de son étiologie et de sa pathogénie; ici l'obscurité reste entière.

De nombreux auteurs ont recherché, est-il besoin de le dire? l'infection syphilitique dans les antécédents directs ou héréditaires des malades atteints de pseudo-sclérose, mais cette enquête est demeurée négative.

Le cas rapporté par Westphal tranche sur les précédents. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans chez lequel tous les symptômes caractéristiques étaient présents, y compris les symptômes en rapport avec la perturbation de la fonction hépatique; or, l'examen du liquide céphalo-rachidien montra une augmentation considérable de la leucocytose, une réaction fortement positive de Nonne-Apelt; un Wassermann également très positif; enfin, l'épreuve à la gomme-mastic fit apparaître la courbe la plus typique de syphilis cérébrale.

D'après ces résultats, on est donc conduit à penser que l'origine de la maladie se trouve dans une adultération des ganglions centraux de nature syphilitique.

Ce nouveau cas vient s'inscrire à côté de ceux qui doivent figurer dans le cadre de la striatite syphilitique (Lhermitte, Mugnier).

Cysticercose cérébrale racémeuse. (G. GUILLAIN, J. PÉRISSON, J. BERTRAND et P. SCHMITE. *Revue neurol.*, nov. 1927, p. 433.) — Si, dans certains pays d'Europe, tels que l'Allemagne et l'Italie, il n'est pas rare d'observer le développement de kystes cysticercosiques, en France il en va autre-



ment et la cysticercose des centres nerveux est très exceptionnelle.

L'observation des auteurs constitue une contribution importante à cette question; on peut en retenir quelques traits primordiaux.

Tout d'abord la lenteur de l'évolution de la maladie, ensuite l'importance des troubles psychiques et la valeur des renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien. L'affection, avons-nous dit, se déroula, dans ce cas, avec une lenteur déconcertante; les premiers phénomènes, en effet, qui consistaient en attaques épileptiques, apparurent vingt-six ans avant la terminaison fatale.

Quant aux troubles psychiques, ils consistaient en un état de confusion profonde avec désorientation spatiale et fausses reconnaissances.

L'attention se fatiguait très rapidement, aussi les ordres compliqués n'étaient-ils pas exécutés.

Les données fournies par le liquide céphalo-rachidien méritent également de retenir l'attention en raison de la difficulté du diagnostic dans les cas de ce genre.

On constatait ici une hyperalbuminose, une réaction de Pandy, une leucocytose élevée, la réaction du benjoin colloïdal positive dans les dix ou douze premiers tubes, tandis que la réaction de Wassermann se montrait complètement négative.

L'enquête anatomique donne la raison de l'importance des troubles psychiques. La cysticercose, en effet, avait déterminé, dans ce cas, une méningite étendue à la base du cerveau.

Quant à la lenteur de l'évolution du processus morbide, on peut en retrouver l'explication dans le fait que plusieurs parasites avaient subi une nécrose complète et que la réaction parasitaire s'était transformée en une réaction scléro-gommeuse ressemblant d'assez près à celle de la syphilis.

Tumeur du lobe frontal. Contribution clinique et anatomo-pathologique. (PISANI. *Riv. oto-neuro-oftalm.*, 1926, vol. III, p. 4.) — En se basant sur douze cas de néoplasmes développés sur le lobe frontal, l'auteur s'efforce, par une critique très avisée, de démêler quels sont, parmi les symptômes que l'on attribue aux lésions frontales, ceux qui réellement tirent leur origine dans la destruction des régions antérieures du cerveau.

La douleur localisée sous forme de céphalée frontale constitue, d'après l'auteur, un phénomène presque constant; il n'en est pas de même de la douleur à la percussion; celle-ci manque très souvent.

De nombreux auteurs ont décrit récemment une lésion du nerf optique déterminée par la compression directe du néoplasme. Cette lésion affecte exclusivement le nerf optique opposé au lobe frontal atteint. Et les lésions aboutissent à une atrophie complète avec cécité monoculaire.

Le lobe frontal étant considéré par de nombreux physiologistes et par certains neurologistes comme le lieu où s'élaborent les processus idéatoires les plus élevés, Pisani s'est tout naturellement demandé quel était, au vrai, le trouble psychique apporté par le développement de la tumeur sur le lobe frontal ?

Les tumeurs frontales sont capables de donner naissance à elles seules à des syndromes qui ressemblent à certains types morbides psychiatriques avec lesquels ils peuvent même prêter à confusion. C'est ainsi que l'on voit des néoplasies frontales prendre le masque de la manie, de la mélancolie, du syndrome de Korsakow et de la schizophrénie.

De tels syndromes aux éléments si nombreux et complexes indiquent que la destruction progressive uni ou bilatérale du lobe frontal a pour conséquence l'affaiblissement ou même la dissolution des facultés supérieures, avec comme corollaire la libération des instincts, le déchaînement des passions les plus basses.

Peut-on attribuer, relativement à l'éclosion de ces symptômes psychiques, une prédominance à l'un des lobes frontaux ? Et doit-on reconnaître, par exemple, l'influence prépondérante du lobe frontal gauche sur l'inhibition des instincts? L'auteur, sans être absolu, incline à accorder au lobe frontal gauche une importance de premier plan.

Pour ce qui est de la pathogénie des symptômes consécutifs aux néoplasmes droits, Pisani s'élève très justement, à notre avis, contre la thèse défendue par Escuder Nunez et Poussep, et selon laquelle les états euphoriques, la moria par exemple, de même que les perversions morales, sont la traduction d'une excitation corticale tandis que, à l'opposé, les états acinétiques parkinsoniens sont liés à l'apraxie ou à la destruction des centres frontaux.

Selon l'auteur, tous ces symptômes psychiques ou neurologiques reflètent une suspension de la fonction frontale.

MOELLE

Luxation de la colonne cervicale avec thrombose de l'artère spinale antérieure consécutive. (GRINKER, ROY et CHESTER C. GUY. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1927, n° 15, p. 1140.) — Les oblitérations de causes diverses, qui peuvent atteindre l'artère spinale antérieure sont d'une très grande rareté, aussi l'observation rapportée ici est-elle d'un grand intérêt.

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui, au cours d'un bâillement, étira les bras en haut et en arrière. Aussitôt après, survinrent des douleurs dans la colonne cervicale; le cou devint raide en même temps que la force s'atténuait dans les quatre membres. Vingt minutes après l'apparition des premiers phénomènes, s'installa une paraplégie avec anesthésie.

La mort survint un mois après l'accident et fut consécutive à une broncho-pneumonie.

Les constatations anatomiques montrèrent l'existence d'un ramollissement de toute la partie inférieure de la moelle cervicale, tant de la substance blanche que de la substance grise. Cette lésion était due à l'oblitération thrombosique de l'artère spinale antérieure au niveau du VIe segment cervical. Quant à la cause de cette oblitération, il faut, semble-t-il, en rendre responsable la compression provoquée par la dislocation du rachis cervical.

La thrombose des artères de la moelle épinière. (HELGE VEDSMAND. *Acta psychiat. et neurol.*, 1927, vol. II, fasc. 3/4, p. 371.) — La rareté de la thrombose des gros vaisseaux de la moelle forme un contraste saisissant avec la fréquence des oblitérations vasculaires du cerveau. Et l'artério-sclérose qui est commune à la moelle épinière et au cerveau ne s'accompagne que dans des cas très exceptionnels, de ramollissement. La raison doit en être cherchée dans les nombreuses anastomoses qui unissent les troncs artériels et dans la ténuité des artères terminales.

Dans ce travail, l'auteur rapporte huit observations de thrombose de la moelle épinière qui toutes, n'ont pas la même valeur. A part une observation, tous les faits rapportés ont trait à des syphilitiques. Il est impossible de donner en raccourci, le tableau clinique créé par la thrombose des artères spinales, celui-ci, en effet, est variable suivant l'étendue et l'importance du vaisseau thrombosé. Cependant, il est de règle que la thrombose détermine la survenance d'une paraplégie flasque avec abolition des sensibilités et aréflexie absolue.

Contrairement à ce qu'on observe au cours des myélites syphilitiques aiguës ou sub-aiguës, le liquide céphalo-rachidien ne montre aucune augmentation de l'albumine ni des éléments figurés; souvent même la réaction de Wassermann demeure complètement négative.

Bien que très succinctes, les constatations anatomiques que l'auteur a pu faire, laissent reconnaître des différences fondamentales entre le ramollissement thrombosique et la myélite inflammatoire.

Le pronostic de la thrombose des artères de la moelle est très grave; toutefois il ne saurait être considéré comme fatal. L'auteur rapporte plusieurs cas d'amélioration.

Un des points qui est à retenir du travail de l'auteur, c'est la fréquence de la négativité des réactions humorales dans les cas de thrombose syphilitique. Dans deux cas même où les malades furent traités rigoureusement et où la réaction de Wassermann n'apparût, ni dans le liquide céphalo-rachidien ni dans le sang, la thrombose de la moelle survint néanmoins rapidement à la suite de l'accident primitif.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES ET SYMPATHIQUE

Diabète insipide expérimental et altérations testiculaires chez le chien normal et après énervation sympathique. (Rubio. *Revue de la Soc. Argentine de biol.*, 1927, n° 2, p. 179.) — Dans une série de recherches, l'auteur détruisant au galvanocautère la région tubérienne et l'hypophyse séparément constata la survenance d'une polyurie passagère ou durable.

Dans le but de préciser le mécanisme de la polyurie, Rubio extirpa l'appareil nerveux du rein, du foie, du pancréas ainsi que la chaîne sympathique sous-diaphragmatique.

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, la polyurie ne fût pas influencée par l'énervation viscérale.

Ainsi que Jean Camus et Roussy l'ont fait observer, la lésion tubérienne expérimentale peut, dans certains cas, provoquer l'atrophie testiculaire et s'accompagner d'adiposité.

Les fondements morphologiques de l'innervation sympathique des fibres musculaires striées. (Boeke. *Jahrb. f. morphol. u. mikroskop. Anat.*, 1927, vol. VIII, fasc. 3/4, p. 561). — On sait combien, depuis les premières recherches de cet auteur, a été agité par des courants contradictoires, le problème fondamental de la double innervation des muscles striés.

Revenant sur cette question, Boeke insiste sur la réalité des faits que le premier il a démontrés. Les fibres nerveuses amyéliniques trouvent leur origine dans la chaîne sympathique et ont des répondants aussi bien dans la moelle que dans le cerveau.

Si, en général, ces fibres se mélangent avec celles que fournit l'innervation cérébro-spinale, cependant parfois, elles empruntent un chemin aberrant.

Les fibres sympathiques se terminent de la même manière que les fibres cérébro-spinales dont les éléments s'épanouissent sous le sarcolemme.

Contrairement à l'opinion défendue par Hunter et Latham que, chez les mammifères et les oiseaux, certaines fibres reçoivent exclusivement une innervation sympathique, Boeke soutient que toutes les fibres musculaires reçoivent à la fois des fibres myéliniques et des fibres amyéliniques.

Recherches expérimentales sur les effets sensitifs de la perturbation sympathique. (A. Tournay. *Revue neurol.*, déc. 1927, p. 622.) — En 1851, Claude Bernard montra que les perturbations du ganglion cervical supérieur, chez le chat et le lapin, déterminaient une exagération de la sensibilité à la douleur du côté correspondant de la face. Partant de cette donnée, Tournay reprit une série d'expériences pour déterminer le rôle que jouait le sympathique dans la douleur.

Lorsque l'on sectionne tous les nerfs centripètes des membres inférieurs chez le chien et que l'on applique ensuite une pointe de feu profonde à chacun des talons, on constate une asymétrie d'attitude du côté où la chaîne sympathique a préalablement été enlevée.

Du côté opéré, la cuisse est fléchie et le pied nettement détaché du sol; de plus, tandis que le pincement énergique du talon ne détermine aucune réaction du côté où le sympathique est conservé, du côté opposé le pincement est ressenti douloureusement; il en résulte que, conformément à ce qu'avait vu Claude Bernard, non seulement la sympathectomie n'atténue pas la douleur, mais contribue à l'exalter.

Sur la pathogénèse et la pathologie de la paralysie faciale périphérique. (Fuchs. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1927, vol. XL, n° 36, p. 1129.) — S'il est bien établi que certaines paralysies faciales, dites rhumatismales ou *a frigore* peuvent s'accompagner au début de leur développement de douleurs assez vives, et si l'on a décrit des paralysies douloureuses (Testaz) l'origine des douleurs associées à la paralysie demeure incertaine.

Depuis les travaux de Ramsay Hunt, on admet généralement que les douleurs de la paralysie faciale sont liées à l'atteinte des fibres sensitives que contient le nerf moteur de la face, fibres qui prennent naissance dans le ganglion géniculé.

Fuchs attribue à cet élément douloureux une pathogénie nouvelle et toute différente.

D'après cet auteur, si le nerf facial est douloureux à la pression à sa sortie du trou stylomastoïdien, la cause en est dans l'existence de ganglions lymphatiques que l'on trouve toujours augmentés de volume dans cette région.

A ces ganglions s'associe souvent un engorgement des réseaux lymphatiques sous-parotidiens.

La constatation d'adénopathie sous-parotidienne, au cours d'une paralysie faciale *a frigore* doit retenir l'attention, non seulement parce qu'elle explique l'élément douloureux surajouté mais parce qu'elle peut rendre compte de la paralysie même du tronc nerveux. En effet, le canal de Fallope où chemine le nerf facial contient un tissu assez large où circule une lymphe abondante.

La communication de ce tissu lymphoïde avec le réseau lymphatique de la partie supérieure du cou, explique le retentissement d'une adénopathie sous-parotidienne sur la circulation lymphatique du canal de Fallope et, par conséquent, sur le nerf facial lui-même.

La paralysie faciale d'origine traumatique, qu'elle soit commotionnelle ou contusionnelle, reconnaîtrait, selon l'auteur, une pathogénie analogue.

Aussi bien la paralysie faciale *a frigore* ou rhumatismale que la paralysie faciale traumatique, appartiendraient à un même groupe : les paralysies lymphangogénétiques.

Sur l'étiologie de la soi-disant paralysie faciale rhumatismale. (Herzog. *Dtsch. Zeitsch. f. Nerv.*, 1927, vol. LXXXXVIII, fasc. 4/6, p. 226.) — En s'appuyant sur sept cas de paralysie faciale périphérique complète, qui tous s'accusaient par une élévation thermique, des douleurs dans la région du nerf, le gonflement et la sensibilité à la pression de la glande parotide, par des adénophaties sublinguale et sous-maxillaire, l'auteur conclut à l'existence d'une paralysie faciale d'origine infectieuse dont l'origine serait à chercher dans la glande parotide.

Cette variété de paralysie faciale s'opposerait à la prosopoplégie liée à l'altération du nerf au-dessus de l'origine de la corde du tympan.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Recherches sur une nouvelle réaction colloïdale du liquide céphalo-rachidien (la réaction de Takata-Ara). (Draganesco. *Ann. de méd.*, janv. 1928, p. 74.) — Cette réaction nouvelle consiste à ajouter à 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien, une goutte de solution de carbonate de soude à 10 p. 100, puis 0 cc. 3 d'un mélange extemporané à parties égales de solution de sublimé à 0,5 p. 100 et de fuchsine basique, 0,02 p. 100.

Normalement, après agitation, le liquide se colore en bleu-violet et aucune précipitation ne se produit. Au contraire, les liquides pathologiques donnent lieu à deux réactions; tantôt une précipitation globale, le précipité conservant la couleur violette, tandis que le liquide supérieur reste clair; tantôt une réaction qui détermine la coloration rose de tout le liquide, sans formation de précipité.

La première réaction, caractérise le type syphilitique, la seconde réaction exprime le type méningitique.

Draganesco a expérimenté cette réaction dans un grand

nombre d'affections nerveuses et ses conclusions sont les suivantes :

Il est exact que les réactions de Takata-Ara sont positives dans la paralysie générale, où le liquide céphalo-rachidien précipite précocement, mais une précipitation du même type, c'est-à-dire métasyphilitique, se réalise également dans des affections très éloignées de la maladie de Bayle : sclérose en plaques, abcès du cerveau, compression de la moelle.

Quant à la réaction de type méningitique, Draganesco ne l'a pas rencontrée dans les cas de méningite qu'il a observés. En revanche, cet auteur l'a retrouvée dans des cas de compression spinale, dans un cas de tumeur cérébrale où le liquide était fortement chargé d'albumine.

Il importe donc de savoir que la réaction des auteurs japonais est à elle seule insuffisante, non seulement à caractériser une infection métasyphilitique, mais même à en rejeter l'hypothèse.

Les variations contradictoires de la réaction de Takata-Ara trouvent leur expression dans des conditions physiques du liquide examiné.

Des constatations de Draganesco, il ressort, en effet, que la précipitation colloïdale du liquide céphalo-rachidien dépend non pas de la quantité de sensibilisatrice qu'il contient, mais du taux d'albumine. Si l'on obtient une floculation dans les affections syphilitiques, c'est à cause de la diminution de la stabilité colloïdale, liée à l'augmentation des globulines.

Au contraire, lorsque les globulines sont en excès, la stabilité colloïdale est plus grande, la floculation ne se produit plus.

Au point de vue pratique, la réaction colloïdale de Takata-Ara apparaît ainsi sous la dépendance étroite de la concentration du liquide en albumine. A aucun degré, cette réaction ne doit donc être tenue pour spécifique.

Sur la réaction de Takata-Ara du liquide céphalo-rachidien. (Bogorodinskij. *Sovremennaja psichonevrologija*, 1927, vol. IV, fasc. 5/6 [Russie].) — Après avoir exposé la technique de cette réaction l'auteur conclut que la présence d'une coloration violette avec précipitation indique une lésion de la substance cérébrale, que celle-ci soit de nature inflammatoire ou dégénérative.

Dans la plupart des cas cependant, un tel type de réaction est le témoignage de l'infection syphilitique.

Le deuxième type de la réaction caractérisé par la coloration rose générale du liquide, plaide en faveur d'altérations prédominantes, sur les méninges et à caractère inflammatoire.

La cholestérine du liquide céphalo-rachidien chez les malades atteints de cancer. (Roffo. *Prensa med. Argentina*, 1927, vol. XIII, fasc. 33, p. 1114.) — En employant la technique de Grigaut, l'auteur a pu montrer que si le liquide céphalo-rachidien normal ne contient que quelques traces de cholestérine, certains liquides pathologiques contiennent des quantités très appréciables de cette substance.

Si l'on ne tient pas compte des sujets dont le liquide donne une réaction de Wassermann positive, ce sont les malades atteints de cancers qui présentent la plus haute teneur en cholestérine. Ce fait est un argument de plus en faveur de la thèse selon laquelle la cachexie cancéreuse affecte plus ou moins gravement les centres nerveux cérébro-spinaux.

La méningite et l'autoréinjection du liquide céphalo-rachidien. (Cestan et Perèz, *Le Sud méd. et chir.*, 15 av. 1927, p. 890.) — Depuis longtemps, l'expérience clinique a montré que la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien et, *à fortiori*, l'introduction d'une substance étrangère dans l'espace sous-arachnoïdien, entraînait une réaction plus ou moins intense de la séreuse sous arachnoïdienne.

En partant de cette donnée, les auteurs dans un travail des plus intéressants, se sont appliqués à rechercher si la réinjection du liquide céphalo-rachidien était suffisante pour déterminer une modification de la teneur de celui-ci en éléments normaux et anormaux.

La technique des auteurs est la suivante : par ponction lombaire, 2 centimètres cubes de liquide sont recueillis librement, puis on aspire avec la même aiguille dans une seringue stérilisée de 10 centimètres cubes une certaine quantité de liquide, très lentement, suivant le rythme de l'écoulement normal. Ensuite, sans enlever la seringue de l'aiguille, on réinjecte aussitôt avec la même vitesse que celle de l'aspiration, tout le liquide céphalo-rachidien aspiré. Le lendemain et les jours suivants des ponctions lombaires permettent d'étudier la teneur du liquide en albumine et en éléments figurés.

De ces recherches, il résulte que la réinjection détermine une réaction méningée très nettement caractérisée par une hyperalbuminose qui peut atteindre 2 grammes et même 2g50, par une hypercytose à type de polynucléose.

Cette réaction méningée survient rapidement, car déjà sept heures après la réinjection, on trouvait chez deux sujets 1g25 et 2 grammes d'albumine et une leucocytose de 330 et de 500. Au bout de quelques jours, cette réaction s'éteint.

D'une manière générale, on peut dire que l'intensité de la réaction méningée est fonction de la quantité de liquide aspiré puis refoulé.

Un deuxième facteur intervient également, la rapidité du refoulement; plus la réinjection est rapide, plus la réaction se montre intense.

La réaction que les auteurs ont mise en évidence n'est pas simplement une curiosité physiologique; elle peut comporter une application pratique. En effet, dans les cas où l'on désire rendre la séreuse plus perméable aux agents thérapeutiques, il semble bien préférable d'utiliser la réinjection du liquide céphalo-rachidien que d'introduire une substance étrangère.

Du point de vue physiologique, la réaction de Cestan et Perès mérite de nous arrêter. Cette réaction, en effet, apparaît comme un argument de plus à invoquer en faveur de la thèse selon laquelle le liquide céphalo-rachidien est un sorte de lac dormant doué d'une faible circulation.

PSYCHIATRIE

Narcolepsie psychopathique. Contribution à la psychologie des états dépressifs. (Laudenheimer. *Zeitsch. f. d. ges. Neur, et Psych.*, 1927, vol. CIX, fasc. 3, p. 341.) — Bien des auteurs ont insisté sur les modifications du rythme du sommeil dans les maladies mentales; et l'on sait, qu'aussi bien dans la manie que dans la mélancolie, il est exceptionnel que la fonction hygiénique ne soit pas perturbée.

Dans ce travail, l'auteur rapporte des faits de sommeil pathologique survenu au cours des états dépressifs légers et curables. Mais, au lieu de considérer ce sommeil morbide comme lié à la cause organique de la maladie, Laudenheimer l'attribue à un processus psychogène.

Le malade se réfugie dans le sommeil pour éviter les conséquences des troubles pénibles qu'il éprouve. Cette hypersomnie s'apparente ainsi, si l'avis de l'auteur est juste, à certains états d'hypnose et de mort apparente, tels qu'on les constate chez les animaux inférieurs.

Syndrome parkinsonien mélancolique. (Orlando, Roque. *Rev. Argentina. de neurol. psichia. g. med. leg.*, 1927, n° 2, p. 522.) — Il n'est pas rare d'observer chez les parkinsoniens des périodes dépressives, mais celles-ci ne se produisent généralement qu'à une phase avancée de la maladie. Il n'en est pas de même chez le malade dont l'observation est rapportée ici.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, qui, à la suite d'un premier accouchement, présenta des symptômes non douteux de mélancolie allant même jusqu'à la stupeur. Or, dans ce cas, à l'état psychologique mélancolique se joignait un syndrome moteur de nature parkinsonienne; les muscles rigides permettaient à la malade de garder les attitudes imposées, les

mouvements automatiques associés étaient supprimés, enfin les lèvres et les doigts étaient animés d'un tremblement fin et rapide comme celui des parkinsoniens.

Il se peut donc que la mélancolie puisse, dans des cas probablement rares, s'intriquer avec le syndrome parkinsonien de manière à rendre très difficile le diagnostic étiologique.

Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. (H. Claude, H. Baruk et Thévenard. *Encéphale*, déc. 1927, p. 741.) — Depuis que les épidémies d'encéphalite nous ont montré que cette affection pouvait se traduire par un syndrome psycho-moteur, très voisin de celui de la démence précoce véritable, différents auteurs se sont demandé si la schizophrénie n'était pas en rapport avec des lésions cérébrales de qualité différente, mais de siège voisin de celles qui marquent l'encéphalite léthargique.

Cette tendance à « neurologiser » la démence précoce, c'est-à-dire à attribuer les symptômes de cette maladie, non pas à l'état psychologique, mais à des lésions encéphalitiques est, on le voit, tout à l'opposé de la tendance de Bleuler, et surtout des psychanalystes pour lesquels l'origine de la schizophrénie est à chercher dans un désordre primitif de la sphère psychologique.

Avec une complète liberté d'esprit, les auteurs de ce travail se sont livrés à des recherches minutieuses dans le but de déterminer le caractère objectif de la motilité, de la réflectivité, des attitudes et de l'équilibre des malades atteints de démence précoce vraie.

Déjà l'étude clinique permettait de conclure que la rigidité musculaire catatonique est toute différente de la rigidité musculaire de l'encéphalite; la première se montre variable sans distribution topographique fixe, la volonté peut la modifier; la seconde au contraire possède des caractères tout opposés.

Mais cette appréciation clinique ne suffit pas, et pour préciser les particularités du fonctionnement musculaire, les auteurs se sont adressés à l'étude de la chronaxie et ont établi des courbes électro-myographiques.

Dans 8 cas de démence précoce, on a pu observer que les modifications chronaxiques présentent une distribution irrégulière et que, de plus, celles-ci sont très variables dans le temps; le plus souvent elles se montrent transitoires et disparaissent pendant les périodes de rémissions.

L'application de la méthode électro-myographique à l'aide du galvanomètre à corde, met en évidence ici des modifications musculaires très différentes que celles qui se constatent dans les états parkinsoniens. En effet, la rigidité parkinsonniene se traduit par un courant d'action peu intense, rythmé à 50 oscillations par seconde et remarquable par sa régularité. Tout au contraire, chez les catatoniques, la rigidité s'accompagne de courants d'action qui possèdent tous les caractères de la contration volontaire.

La recherche des réflexes de posture locale conduit à la même conclusion; et si l'exagération posturale des parkinsoniens se montre sensible à l'influence de la scopolamine, l'influence de cette substance ne modifie en rien l'état catatonique.

Enfin, il faut signaler les différences du comportement du catatonique et du parkinsonien au cours de l'épreuve dite de la « poussée ».

Lorsque l'on détermine une poussée d'avant en arrière chez un sujet parkinsonien, au repos et debout, on constate une faible réaction du jambier antérieur, quelquefois même une abolition de celle-ci. Tout au contraire, chez le catatonique, la réaction du jambier se montre normale.

Les auteurs ont recherché également l'état des réflexes tendineux et cutanés ainsi que les symptômes en rapport avec une perturbation de fonctionnement dans le système pyramidal.

Dans 2 cas sur 25 étudiés à ce point de vue, les auteurs ont pu mettre en évidence un signe de Babinski positif mais transitoire; d'autre part, une injection de 1 milligramme et demi de scopolamine fit apparaître parfois chez les catatoniques une inversion du réflexe cutanée plantaire (signe de Babinski).

Des résultats de ces recherches, il résulte donc que, si la catatonie prend à certains égards le masque de symptômes organiques extra-pyramidaux, elle se distingue de ceux-ci par la plupart des signes neurologiques.

De plus, il est, en général, facile de mettre en évidence chez le catatonique l'élément psychique, l'inhibition motrice qui fait défaut chez le parkinsonien banal.

Sans aller jusqu'à envisager tous les symptômes de la démence précoce comme facteurs des déviations de l'état psychologique, du moins, on doit reconnaître que l'expression motrice du catatonique est bien plus en rapport avec un désordre profond de la sphère mentale que ne l'est le syndrome moteur des états parkinsoniens.

Sur la maladie de Pick. (Schneider. *Monats. f. psych. u. Neurol.*, 1927, vol. LXV, p. 230.) — Cette affection peu connue en France est cependant d'une grande fréquence; et tous ceux qui ne se contentent pas d'observer les malades, mais qui se livrent à des constatations anatomiques ont eu l'occasion d'en étudier de nombreux exemples.

La caractéristique anatomique de la maladie de Pick, consiste dans l'atrophie de certaines régions du cerveau, atrophie en apparence indépendante de toute lésion vasculaire.

Histologiquement, les zones atrophiques du cortex cérébral montrent la disparition régionale de cellules corticales, des lésions de sclérose cellulaire au sens de Nissl, la raréfaction des fibres myéliniques et des cylindre-axes dans les couches cellulaires les plus superficielles, la prolifération névroglique des couches profondes ainsi que de la région tangentielle.

En général, contrairement à la démence d'Alzheimer, les cellules nerveuses ne présentent pas de lésions neuro-fibrillaires.

Suivant le siège frontal, temporal ou occipital de l'atrophie corticale, le tableau clinique de la maladie offre un aspect particulier.

Selon l'auteur, l'affection se développerait en traversant trois périodes distinctes.

Pendant la première, l'affaiblissement de l'attention, les idées délirantes, la confusion, la confabulation, l'effondrement des processus d'inhibition constitueraient les caractères fondamentaux de l'affection. Au deuxième stade, la démence apparaît accompagnée toujours de désorientation, de confabulation et d'amnésie profonde.

Enfin, durant la troisième et dernière période, le malade répète indéfiniment les mêmes mots, les mêmes gestes, la même expression mimique.

Toutes ces manifestations idéomotrices portent la même marque : la stéréotypie.

Tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, la maladie de Pick offre de tels caractères spéciaux que son diagnostic n'est pas des plus difficiles.

Cette affection doit donc prendre place dans le vaste groupe des démences séniles à côté de la forme d'Alzheimer, de la démence artério-sclérotique et de la démence sénile par atrophie diffuse de Klippel et Lhermitte.

Les tumeurs du corps calleux. Rapports entre l'âge et les troubles mentaux. (Egas Moniz, *Encéphale*, 1927, n° 17, p. 514.) — Il est de règle que les tumeurs de la grande commissure inter-hémisphérique s'accompagnent de perturbations de la sphère mentale; mais les désordres qu'elles entraînent, semblent assez variables d'après les descriptions nombreuses que les auteurs en ont donnés.

Cette diversité systématique tient-elle au siège, à la nature de la tumeur ou à quelque autre cause?

La topographie de la tumeur semble avoir une réelle importance ainsi que M. Guillain l'a montrée, tandis que la nature

du néoplasme n'influence guère l'expression clinique (Raymond, Lejonne et Lhermitte).

Moniz envisage l'influence d'un facteur jusqu'ici négligé : l'âge du sujet atteint par la tumeur; et selon cet auteur, qui appuie ses conclusions, non pas seulement sur ses cas personnels mais sur toutes les observations publiées, il convient de décrire trois grandes variétés de troubles mentaux dans les tumeurs calleuses.

Chez les sujets jeunes, le syndrome mental rappelle beaucoup celui de la démence précoce; chez les adultes ce syndrome s'apparente à celui de la paralysie générale; enfin, lorsque le néoplasme frappe un sujet d'âge un peu avancé, la démence survient qui rappelle l'affaiblissement progressif de la sénilité.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la poliomyélite aiguë avec le sérum antistreptococcique poliomyélitique. (ROSANOW et C. NICKEL-ALLEN. *Amer. Journ. of. dis. of. childr.*, 1927, vol. XXXIII, fasc. 1, p. 27.) — Dans ce travail, l'auteur rapporte les résultats des essais de traitement de la poliomyélite aiguë à l'aide du sérum antigénique spécialement préparé contre cette infection.

On sait que les épidémies si graves et si étendues de poliomyélite qui ont frappé l'Amérique du Nord, la Scandinavie, la Basse-Autriche et l'Allemagne, ont permis de constater un fait très important : l'existence, dans la gorge des malades atteints de poliomyélite aiguë, d'un streptocoque spécialement virulent. Aussi Rosonow et Allen-Nickel, ont-ils préparé un sérum spécifique de la manière suivante.

Une race de streptocoques, issue de germes prélevés dans la gorge d'un poliomyélitique, est conservée en suspension dans la glycérine, substance qui n'altère ni la spécificité ni la vitalité du germe.

Ensuite, des chevaux sont injectés et reçoivent deux milliards de germes.

Le sérum de ces animaux immunisés est injecté alors soit dans les veines, soit dans les muscles des poliomyélitiques. On peut injecter chez les enfants au-dessous de deux ans, de 15 à 25 centimètres cubes. Chez les adultes de 50 à 75 centimètres cubes.

Depuis 1921, jusqu'à 1925, 1113 malades furent injectés. Dans l'ensemble, la mortalité des sujets traités avec ce sérum se montra nettement inférieure à celle des sujets soumis à une thérapeutique non spécifique. De même les paralysies persistantes se montrèrent plus rares et plus discrètes, chez les sujets injectés au sérum spécifique.

La cordotomie. (J.-A. SICARD. *Sud méd. et chir.*, 15 avril 1927, p. 874.) — Depuis l'époque où elle a été conçue par Spiller (1910) la section de la partie antérieure des cordons latéraux ou cordotomie limitée a été réalisée un grand nombre de fois par les chirurgiens américains, en particulier par Frazier, et en France par Robineau.

En général, les résultats de cette intervention sont remarquables, et l'on voit des malades qui auparavant torturés de douleurs, mènent une existence paisible après l'interruption des faisceaux de la sensibilité douloureuse. Mais si cette intervention est parfaitement réglée au point de vue technique, et si les conséquences en sont connues par rapport à l'élément douloureux, il n'en est pas de même des séquelles qu'elle laisse sur les autres modes de la sensibilité.

M. Sicard qui a fait pratiquer à son collègue Robineau de nombreuses cordotomies, reprend aujourd'hui ce problème si intéressant. De son expérience il résulte que la sensibilité tactile est nettement conservée et qu'il existe à peine un certain élargissement des cercles de Weber; que la sensibilité thermique apparaît au contraire profondément troublée. Le chaud et le froid donnent lieu à des sensations presque identiques, toutes les sensations de froid sont transformées en sensations de chaleur.

Il s'agit donc d'une intégration uniforme des sensations de température, dans une perception exclusive de chaleur, d'où le nom de : isothermognosie proposée par Sicard.

Parfois même, les excitations de pression suscitent une sensation de chaleur, de telle sorte que les malades peuvent être qualifiés d' « isothermobarognosiques ».

Chez les cordotomisés, les sensibilités profondes sont conservées; quant aux fonctions motrices, leurs perturbations portent surtout sur la coordination des mouvements; la dysmétrie, la décomposition des mouvements sont fréquentes en raison même de l'atteinte fatale du faisceau cérébelleux de Gowers. Parfois, mais rarement, on peut observer, à la suite de la cordotomie, l'évolution d'eschares sacrées ou de bulles trophiques analogues à celles que nous connaissons dans les blessures graves de la moelle épinière.

Du point de vue anatomique, il est intéressant de souligner que les modifications que l'on observe dans la sensibilité profonde indiquent que les fibres spinales destinées à la transmission des impressions douloureuses sont d'autant plus profondes qu'elles appartiennent à un territoire plus bas situé; celles du petit bassin, par exemple, occupent une position plus centrale que celles qui dérivent du membre inférieur.

Cette disposition topographique rend compte que, dans la cordotomie, l'anesthésie douloureuse est toujours plus marquée sur la jambe et le pied que sur le tronc.

Sicard rappelle que l'évolution de certains néoplasmes rachidiens, aboutit parfois à la destruction plus ou moins élective des faisceaux de la sensibilité douloureuse et réalise ainsi une véritable cordotomie spontanée.

C'est à celle-ci qu'est due la disparition des douleurs que l'on observe, heureusement assez souvent, à la phase terminale des cancers de la colonne vertébrale.

Premiers résultats du traitement paludéen dans la schizophrénie. (A. WIZEL et B. MARKUSZEWICH. *Encéphale*, nov. 1927, p. 669.) — Les résultats qu'a obtenus la méthode de la malariathérapie dans la paralysie générale ont incité les auteurs à user de la même technique dans la démence précoce.

Quatre malades furent traités par l'inoculation du paludisme. Dans le premier cas, il s'agissait de catatonie aiguë, la guérison subite et complète fut acquise après 15 accès de fièvre. Une rémission immédiate après 11 accès fut obtenue dans un second cas, également de catatonie à début brusque. Enfin dans le troisième fait, la guérison complète survint après 19 accès.

Les auteurs ne se sont pas bornés à appliquer la malariathérapie à la démence précoce à évolution aiguë, mais ils ont tenté cette thérapeutique chez 23 schizophrènes chroniques.

Dans 14 cas, il s'agissait d'hébéphrénie. Dans 6 cas de catatonie et dans 3 cas de formes paranoïdes.

Chez 19 malades, le traitement paludéen ne fut suivi d'aucune amélioration réelle et on peut dire en somme, que l'échec thérapeutique fut complet.

De ces recherches, il résulte, que la malariathérapie constitue aujourd'hui une arme thérapeutique à laquelle rien ne peut se comparer pour combattre la progression évolutive de la démence précoce.

Il est juste de rappeler que Fribourg-Blanc, Aguglia et d'Abundo, et A. Marie avaient déjà appliqué la malariathérapie à la démence précoce et avaient obtenu quelques succès; mais si A. Marie pensait que la malariathérapie exerce un effet favorable, uniquement dans les cas où la psychose se développe sur un terrain syphilitique, les auteurs du présent mémoire soutiennent une opinion opposée.

Chez tous les schizophrènes traités par le paludisme, un examen du sang a été fait, or, un seul malade a présenté une réaction de Wassermann positive. Fait curieux, ce sujet ne fut nullement amélioré par la malariathérapie.

Nous sommes donc en droit de penser, que l'influence du paludisme s'exerce d'une tout autre manière que dans les

paralysies générales ou dans les psychopathies de nature syphilitique.

Sur les constatations histologiques effectuées dans des cas de paralysie générale traitée par la malariathérapie. (R. Wilson. *Congrès de psych.*, tenu à Vienne les 13 et 14 sept. 1927; *Zentral. f. die ges. Neur. und Psych.*, 1927, vol. XLVIII, p. 494.) — Dans cet intéressant travail, Wilson rapporte une série de faits du plus grand intérêt, depuis que nous savons l'influence frénatrice de la malaria sur l'évolution de la paralysie générale.

Cette étude porte sur un riche matériel, puisqu'il atteint le chiffre de 45 cas.

Huit malades succombèrent brusquement au cours du traitement, par conséquent, en pleine période fébrile. Or, dans ces cas, l'auteur constata l'existence d'un processus paralytique cortical beaucoup plus intense qu'il n'était à prévoir.

Il est remarquable que, dans l'exsudat périvasculaire, le taux des lymphocytes, non seulement atteint mais dépasse celui des plasmocytes.

Chez les sujets qui succombèrent de trois à six semaines après la terminaison du traitement, on releva une réaction inflammatoire également extrêmement importante mais plus limitée autour des gros vaisseaux. Dans ces territoires, la teneur en fer des gaines périvasculaires apparaissait considérable. Ce n'est pas à dire que, dans les faits de ce genre, les éléments corticaux soient mieux respectés que dans les paralysies non traitées. Au contraire, Wilson note expressément que la cyto-architectonie corticale est complètement bouleversée; et les cellules en bâtonnet, la macroglie et la microglie très proliférées, contiennent des granulations ferriques. C'est entre la troisième et la quatrième semaine que l'hypergenèse atteint son acmé.

Lorsqu'on a dépassé la sixième semaine, le tableau anatomique se modifie; le fer devient moins abondant et surtout le processus inflammatoire ne semble plus aussi diffus, il se condense en certains points du cerveau, ainsi qu'on le voit plus fréquemment dans l'encéphalite syphilitique.

Ce caractère plus restreint des lésions inflammatoires, la formation de granulômes apparaissent d'autant plus nettement que la mort est survenue à une période plus éloignée de l'application du traitement malarique.

A cette période, la prolifération de la macroglie est beaucoup plus discrète; de plus, la recherche des tréponèmes, apparaît plus souvent infructueuse que dans les cas récents. L'auteur a eu l'occasion d'étudier au point de vue histologique le cerveau de trois malades qui ont succombé de trois à cinq ans après l'application du traitement.

Dans un cas, on pouvait retrouver encore des foyers inflammatoires limités, lesquels contenaient des spirochètes; au contraire chez les deux autres malades, les altérations cérébrales étaient minimes, malgré l'évolution progressive de l'affection.

Ces recherches démontrent que, comme la clinique l'avait fait voir, la malaria possède une influence active sur le processus paralytique dont, très souvent, elle détermine la régression.

Ainsi qu'on l'a vu, en effet, il s'opère à la suite de la malariathérapie une sorte de stérilisation de l'écorce plus ou moins parfaite. Malheureusement, des îlots, où se réfugie le tréponème, persistent, donnant lieu alors à la formation de petits foyers et même de granulomes spécifiques.

Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas là du sujet traité par l'auteur, on peut remarquer la discordance absolue entre les données de la clinique et les constatations anatomo-pathologiques. Certains faits bien étudiés par Wilson démontrent, non seulement le défaut de parallélisme, mais même l'incongruence entre l'état mental du paralytique et l'état cérébral, tel que le révèle le microscope.

Observation nouvelle sur le traitement de la sclérose en plaques par la diathermie. (Stephenson. *Physical therap.*, 1927, vol. XLV, f. 4, p. 165.) — Cette étude porte sur cinq cas de sclérose multiple où l'affection semble nettement prédominer sur la moelle épinière.

Tous ces cas furent traités par la diathermie. En général, les séances étaient répétées trois fois par semaine; une électrode était placée sur la colonne vertébrale et une autre sur le tronc à la hauteur de la limite supérieure des troubles de la sensibilité.

A la suite de ce traitement, l'auteur a observé la disparition rapide quoique temporaire des troubles médullaires, c'est-à-dire la régression des symptômes en rapport avec la dégénération des voies pyramidales et sensitives.

Bien que discutables, ces résultats doivent néanmoins être enregistrés en raison des difficultés que nous éprouvons en voulant agir sur l'évolution si souvent progressive de la sclérose multiple.

Sérothérapie de la poliomyélite. Chiariello. (*Rinascenza med.*, 1927, vol. IV, n° 17, p. 393.) — L'auteur injecte le sérum spécifique soit dans les muscles, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Les doses injectées sont considérables et s'étendent de 340 centimètres cubes à 2 litres.

Ce traitement employé au début de l'infection permet d'obtenir, surtout chez l'enfant, des guérisons complètes.

Sérothérapie des myélites. (Etienne. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1927, Jg. 47, n° 10, p. 603.) — Depuis longtemps déjà, l'auteur s'est attaché au redoutable problème du traitement des myélites aiguës de l'adulte.

Dans 14 cas, il fut fait usage du sérum de Pettit, 3 malades ne reçurent que des doses insuffisantes. Cependant 2 de ceux-ci montrèrent une amélioration évidente à la suite du traitement.

Sur les 11 malades qui reçurent des doses importantes de sérum, de 350 à 400 centimètres cubes, 1 fut complètement guéri, 2 furent améliorés et 1 seul succomba.

Si l'on compare cette proportion avec celle qui s'étend sur 12 malades non traités au sérum, on ne peut que constater l'utilité du traitement sérothérapique, puisque, dans cette dernière série de 12 cas, on constate 4 décès.

Dans la règle, on doit injecter sous la peau ou dans le sang des doses de 40 à 45 centimètres cubes.

Dans les cas graves, on est autorisé à pratiquer l'injection dans l'espace sous-arachnoïdien bien qu'il faille compter avec des réactions méningées.

Le traitement spécifique de la poliomyélite peut trouver un succédané ou un remplaçant dans la protéinothérapie non spécifique. Cependant les résultats de cette méthode sout moins satisfaisants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1928)

Effets de l'excitation simultanée du vague et du sympathique sur le cœur et sur l'intestin. — M. Raymond-Hamet.

Variations du pH sanguin et de la réserve alcaline au cours de la diète hydrique chez le chien. — MM. Maignon et E. Knithakis. Tandis que chez l'homme l'acidose du jeûne est presque toujours compensée, chez le chien elle ne l'est presque jamais : le pH s'abaisse alors que la réserve alcaline ne subit pas de variations importantes.

Dans la diète hydrique prolongée, on peut observer des oscillations d'ordre inverse entre le pH et la réserve alcaline,

ainsi qu'un relèvement à la normale de ces deux facteurs, au cours de la période cachectique finale lorsque la survie est suffisamment prolongée.

PRATIQUE MÉDICALE

LA GOUTTE VISCÉRALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

Par le docteur TEUTSCH.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que si l'accès de goutte franc, autrefois si classique, tend à perdre de ses caractères et de sa fréquence, les manifestations extra-articulaires de la diathèse goutteuse deviennent au contraire de plus en plus nombreuses. Celles-ci, d'un diagnostic moins aisé, peuvent être soupçonnées par les antécédents héréditaires, la complexion, le genre de vie. L'examen du sang et des urines, la présence de tophi, d'éruptions aqueuses, etc., apportent alors un élément confirmatif non négligeable, mais c'est le traitement qui reste le seul et le vrai moyen de s'assurer de l'étiologie goutteuse de manifestations viscérales difficiles à situer nosographiquement. Le phénylcinchoninato d'allyle, ou atoquinol, dont on connaît la puissante action mobilisatrice et éliminatrice des urates et de la cholestérine, peut alors révéler d'abord la nature goutteuse des accidents, et exerce ensuite sur eux une véritable action curative qui peut devenir prophylactique par des traitements de moyenne intensité dont il y a lieu de faire bénéficier les malades en puissance de diathèse urique.

(1) *Paris-médical*, 24 septembre 1927.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 13 mars. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Lecène et Basset. — M. CAHEN. L'anesthésie par voie veineuse. — M. LEMARIEY. Etude sur l'otite scarlatineuse chez l'enfant. — Mlle SPIRÉANU. Etude sur le traitement de l'éclampsie. — M. CHEVEREAU. Traitement des fractures ouvertes de jambes.

Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Sicard et Aubertin. — Mlle RAUCH. Formes graves de la grippe chez le nourrisson. — M. BRIAU. Du peysth dans les états anxieux. — M. NGUYEN VAN LUYEN. Mortalité des enfants du premier âge.

Mercredi 14 mars. — Jury : MM. Bernard, président; M. Labbé, Fiessinger et Donzelot. — M. HADI PATCHEDJI. Etat actuel de l'hygiène publique en Irak. — M. FRIEDMANN. Tubage duodénal et cholécystographie.

Samedi 17 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lecène, président; Jeannin, Coquot, Panisset et Robin. — M. USSE. Le javart cartilagineux du cheval. — M. PUEL. Notes sur l'avortement contagieux des juments.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine, publié sous la direction de MM. G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-S. TEISSIER. Secrétaire de la rédaction : M. Garnier. Fascicule XXI : **Pathologie du système nerveux. Nerfs, sympathique, névroses.** Un volume de 900 pages avec 415 figures et une planche double en noir, relié demi-toile. — Prix : 85 fr. — Paris, Masson et Cie.

Affections traumatiques des nerfs. Sémiologie des nerfs

périphériques et des plexus. Syndromes radiculaires et radiculites. Polynévrites. Névralgies (J. Tinel). — Syndromes neuro-végétatifs (M. Chiray et J. Pavel). — Troubles vaso-moteurs (Jacques Parisot et Lucien Cornil). — Troubles trophiques (G. Heuyer). — Troubles trophiques]*suite*] (G. Marinesco). — Troubles thermiques (J. Lévy-Valensi). — Migraines (Viggo Christiansen). — Névroses. Dyskinésies (M. Klippel et Mathieu-Pierre Weil). — Maladies familiales (O. Crouzon).

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉOSARCOME DES OS LONGS DES MEMBRES

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT[1]

Évolution. — Bientôt sarcome total présentant le même aspect qu'un sarcome central évolué.

2. **Sarcome diaphysaire.** — C'est le plus souvent un sarcome périostique.

La douleur est tardive.

La tumeur apparaît la première, mais souvent la *fracture spontanée est le premier signe.*

3. **Formes évolutives.** — Sarcomes *rapides* avec fièvre et généralisation rapide, surtout fréquents chez les sujets jeunes.

Sarcomes *lents*, ossifiants, se voient surtout chez le sujet âgé.

4. **Formes topographiques.** — Les localisations les plus fréquentes sont au voisinage des épiphyses fertiles :

Extrémité supérieure du tibia,
Extrémité inférieure du fémur,
Extrémité supérieure de l'humérus.

5. **Formes anatomiques.** — Outre les sarcomes encéphaloïdes, les sarcomes ossifiants et les sarcomes ostéoïdes que nous avons signalés, on distingue deux variétés à l'examen histologique :

Sarcome fusocellulaire, souvent dur, fibreux, blanchâtre c'est souvent un sarcome périostique.

Sarcome globocellulaire, serait le plus souvent mou, encéphaloïde, de malignité très grande, enfin souvent sarcome central.

Dans l'un et l'autre cas, on trouve les monstruosités cellulaires caractéristiques, mais parfois quelques myéloplaxes.

PRONOSTIC

Extrêmement redoutable malgré une intervention précoce. *Mort par généralisation* au poumon, le plus souvent.

DIAGNOSTIC

Il est souvent d'une grande difficulté, surtout au début. Mais dans tous les cas, le diagnostic entre ostéosarcome et tumeur à myéloplaxe est très difficile.

1. **Au début.** — Les principaux diagnostics sont :

a. **La tuberculose épiphysaire.** — On y trouve un point douloureux osseux, une réaction articulaire, des ganglions et à la radio soit une géode claire, mais limitée, soit un séquestre et la décalcification à distance.

Le plâtre calme les douleurs, il ne les calme pas dans le sarcome.

b. **L'ostéite syphilitique.** — Elle est peu douloureuse.

Rechercher les stigmates, Tibia en foureau de sabre.
Influence du traitement.

c. **L'ostéomyélite subaiguë.** — Il y a un peu de température
Aspect inflammatoire,

A la radio, réaction périostique. Travées parallèles à la corticale.

2. **Si la tumeur est le premier signe**

L'exostose ostéogénique est un diagnostic facile,

Les kystes des os sont plus difficiles. Ils entraînent parfois des fractures spontanées. A la radio, ils sont bien limités.

3. **Si la fracture spontanée** est le signe de début. Eliminer les fractures :

Du tabès,
De la fragilité osseuse congénitale,
Des kystes des os.
Et surtout les *métastases des cancers* du sein, de la thyroïde, de la prostate.

4. **Le sarcome diaphysaire** est à diagnostiquer :

De la *tuberculose diaphysaire*, diagnostic facile à la récidive.

De l'*ostéomyélite chronique* d'emblée : tuméfaction étendue, douleur vive. Radio : périostose, parfois séquestre central.

De la *syphilis* diaphysaire.
Importance de la radio.
Des autres stigmates.

5. Si le malade vient **consulter avec une grosse tumeur** les diagnostics de tumeur blanche, d'arthropathie tabétique sont faciles.

Diagnostic de l'ostéosarcome et de la tumeur a myéloplaxes. — Il est fondé sur :

Les *caractères cliniques* de ces tumeurs : indolentes au début la tumeur est le premier signe, soit dure, soit molle, souvent vasculaire et expansive.

A la *Radio* une plage claire mais bien limitée sans réaction périostique.

Evolution. — Lente, refoule les parties molles sans les envahir.

Ne se généralise jamais.

Ne dégénère pas.

L'ostéotomie exploratrice peut être nécessaire. Elle montre dans certains cas l'aspect typique des tumeurs à myéloplaxe, aspect de pulpe splénique, dans une coque osseuse bien limitée.

La biopsie est dangereuse pour certains auteurs qui la font alors précéder d'une séance d'irradiation.

Elle montre les *myéloplaxes* avec leurs noyaux irrégulièrement placés au centre d'une masse protoplasmique.

Pas de monstruosités cellulaires.

De nombreux vaisseaux.

Il ne faut pas oublier que dans certains sarcomes on trouve des myéloplaxes mais peu abondants et souvent atypiques.

Il faut faire le diagnostic en considérant l'*ensemble de la coupe.*

La biopsie permet enfin le diagnostic de la variété du sarcome globo-cellulaire ou fuso-cellulaire.

TRAITEMENT

Avant d'intervenir il faut examiner les autres os et le poumon surtout.

S'il s'agit d'un sarcome de l'extrémité supérieure d'un os il faut amputer à travers l'os sus-jacent.

Si le sarcome siège à l'épiphyse inférieure il faut désarticuler dans l'articulation sus-jacente.

Malgré ces interventions mêmes précoces la mort survient très fréquemment par métastase ou récidives.

La radiothérapie complémentaire est très discutée.

Le traitement mutilant s'oppose au *traitement conservateur des tumeurs à myéloplaxes.* Un simple évidement suffit. On voit donc l'intérêt considérable de leur diagnostic.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 19, p. 342.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mars. — MM. Sénèque, 19; Auroussseau, 15; Bloch (René), 17.

— Concours de stomatologiste. — *Epreuve écrite anonyme.* — Séance du 14 mars. — Question donnée : « Stomatorragies. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Il est créé à la Faculté de médecine de Paris une chaire de clinique de la tuberculose (fondation du département de la Seine, chaire d'université). (*J. O.*, 14 mars 1928).

— La leçon inaugurale de M. Champy, professeur d'histologie devait avoir lieu mardi soir. Bien avant l'heure fixée, le grand amphithéâtre a été occupé par une foule d'étudiants dont un certain nombre ne paraissait pas appartenir à la Faculté de médecine. Après une heure d'un chahut tel que nous n'en avions pas entendu depuis un cours d'agrégation resté fameux, le Professeur et le Doyen ont dû se retirer sans avoir réussi à se faire écouter.

La seconde leçon, qui a eu lieu mercredi soir, a été marquée par des incidents aussi violents que ceux de la veille. M. le Doyen aurait décidé de suspendre le cours jusqu'à nouvel ordre et d'en référer au ministre de l'Instruction publique.

Prix de thèses (1926-1927). — *Médaille d'argent* : MM. Arnould, Azam, Azerad, Banzet, Bariéty, Bascourret, Benda, Boyer, Bruchon, Celice, Chabrut, Christophe, Coffin, Coutelen, Derocque, de Vadder, Duhamel, Fèvre, Garcin, Mlles Gauthier-Villars, Gobert, MM. Heim de Balzac, Kourilsky, Lacome, Lamache, Lamy, Le Chaux, Declainche, Lévy, Martin, Mayer, Motz, Renault, Sureau, Thomas, Triboulet, Trocmé, Veil-Picard, Van der Horst, Weill, Hamburger, Escalier, Renard, Desgrez, Bordas, Garnier.

Médaille de bronze : MM. André, Aubry, Barret, Bidermann, Brisebois, Cannac, Cayla, Cottet, Darquier, Decourt, Descomps, Ducourtioux, Durand, Mlle Frey, MM. Gaston, Gerson, Grenaud, Guilmard, Grullon, Jardet, Kalt, Kendiger, Kimpel, Laroche, Lazard, Lévy, Maduro, Nicolas, Phelipeau, Poublan, Prévost, Rétat, Ricaud, Palmgren, Mlle Saint-Laurent, MM. Samsoen, Testart, Thibault, Topart, Valat, Vasseur, Carrega, Busy.

Mentions honorables : MM. Deglaude, Obaton, Morand, Pradier, Blanche, Tissier, Baconnet, Deléage, Willemin, Mlle Tisserand, MM. Bartet, Lacaisse, Huet, Ardoin, Duclos, Harburger, Blanc-Champagne, Hortopan, Guyot, Schmidl.

— Alger. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à dater du 1er avril 1928, à M. Sévenet, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — Par arrêté du Préfet de police, M. L. Bizard est nommé médecin en chef du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. Le Noir, admis à la retraite, et M. Bize est nommé médecin chef adjoint.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS [8, rue Dante (Ve)]. — Le bureau pour 1928 est ainsi constitué :

Secrétaire : M. Jauneau; secrétaire adjoint : M. Gouget; trésorier : M. Pouzergues; trésorier adjoint : M. Jaleff; bibliothécaire : M. Brun; bibliothécaire adjoint : M. Simonot.

ÉLECTIONS AU SÉNAT DE POLOGNE. — Le docteur Motz, doyen de la colonie polonaise de Paris, a été élu sénateur de Lublin.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro des *Archives roumaines de pathologie expérimentale et de microbiologie* publiées sous la direction de J. Cantacuzène, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

Ce premier numéro, précédé d'un amical avant-propos du docteur Emile Roux, renferme des mémoires originaux de J. Cantacuzène, D. Combiesco, M. Cinca et I. Alexa, C. Ionesco-Mihaiesti et A. Damboviceanu, C. I. Parhon, V. Marza et M. Cahane, Danielopolu et R. Radovici, I. Nicolau.

La publication sera trimestrielle, elle est éditée en français à la librairie Masson, à Paris.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 6e décade (21-29 février 1928), 1.160 décès, au lieu de 1.286 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.257, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 33 décès, au lieu de 23 pendant la décade précédente (moyenne 23). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 447, au lieu de 288 pendant la décade précédente (moyenne 320).

La scarlatine a causé 9 décès; il n'y en avait pas pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 134; il s'élevait à 121 pendant la décade précédente (moyenne 72).

La diphtérie a causé 13 décès, au lieu de 15 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 124, au lieu de 131 (moyenne 88).

BIBLIOGRAPHIE SUR LES SUPPURATIONS PULMONAIRES. — Le *Marseille médical* du 5 février 1928 (n° 4) est entièrement consacré aux suppurations pulmonaires. Nous croyons être utiles à nos lecteurs en en donnant le sommaire.

MM. D. Olmer et R. Poinso : Introduction à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses; essai de classification.

M. Parrocel : Corps étrangers latents des bronches et suppurations pulmonaires.

MM. D. Olmer et R. Poinso : Diagnostic des suppurations pulmonaires chroniques.

MM. D. Olmer et R. Poinso : Que doit-on attendre des méthodes thérapeutiques, dirigées contre les suppurations pulmonaires chroniques, en dehors des grandes interventions chirurgicales?

M. P. Moiroud : Le décollement pleuro-pariétal dans le traitement des suppurations non tuberculeuses du poumon.

MM. D. Olmer et R. Poinso : La pneumonie disséquante nécrotique (à propos d'une observation).

L'EMPLOI DES COMPOSÉS ARSENICAUX EN AGRICULTURE. — Un arrêté du ministre de l'Agriculture réglemente les traitements par les composés arsenicaux, en pulvérisations et en badigeonnages. Ceux-ci sont interdits dans les vignes, vergers et autres plantations où sont faites des cultures intercalaires maraîchères et potagères.

Mais ils sont autorisés pour les cultures suivantes :

« 1° Vignes : de la fin des vendanges jusqu'au début de la véraison dans le vignoble;

2° Pommiers, poiriers, pruniers, pêchers, amandiers de l'époque qui suit la récolte totale des fruits jusqu'à cinq semaines après la floraison;

3° Cerisiers, abricotiers : de l'époque qui suit la récolte totale des fruits jusqu'à la fin de la floraison;

4° Oliviers : du 1er juin jusqu'au début de la véraison;

5° Betteraves : jusqu'à un mois après le démariage ou le repiquage;

6° Osiers en tout temps;

7° Arbres et arbustes de pépinières : en tout temps, mais à la condition qu'ils ne portent aucun fruit destiné à être consommé;

8° Tabac : avant la transplantation;

9° Pommes de terre : jusqu'à une semaine avant l'arrachage. »

VOYAGE MÉDICAL DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR. — Comme chaque année, la Société médicale du littoral méditerranéen organise un voyage médical sur la côte d'Azur, durant la semaine de Quasimodo. La concentration se fera à Nice, le dimanche 15 avril et l'on visitera, les jours suivants, le cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasses, Vence, la grande Corniche et les monuments romains de la Turbie, Menton et la frontière italienne, le cap Martin, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu. Le voyage se terminera par une excursion dans les Alpes, la dislocation aura lieu à Nice le semedi 21.

Un voyage en Corse sera également organisé par la Société du 22 au 26 avril, pour ceux qui en feront la demande.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale : docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Salvatore Grisolia, médecin général de la marine italienne, décédé à Rome; André Chavoix (de Bordeaux), P.-A. Bourguelle (de Cambrai), Ricardo Botey, président de la Société catalane d'oto-rhino-laryngologie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de vacances de Pâques*, du 29 mars au 5 avril 1928, pour les médecins français et étrangers, sous la direction du professeur Paul Carnot et des professeurs agrégés Maurice Villaret et Etienne Chabrol. — *Les données nouvelles de clinique et de thérapeutique tirées du sang.* — A la demande des auditeurs et pour condenser le cours dans le minimum de temps, les 28 leçons seront faites en une semaine et auront lieu quatre fois par jour; elles seront suivies de démonstrations techniques et de présentations de malades, à l'amphithéâtre Trousseau, aux laboratoires Dieulafoy, à la Policlinique physiothérapique Gilbert.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. — Droit : 250 fr. — Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK. (Cours de Pâques.) — Du lundi 2 avril au samedi 7 avril, six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires, par M. le docteur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

Les cours auront lieu le matin, à l'hôpital maritime. Ils commenceront le lundi matin, à 9 h. Chaque cours sera suivi de ponctions, opérations, confection d'appareils platrés, etc., correspondants. Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examen de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

CLINIQUE EUMORPHIQUE ANTIGLOSSOPTOSIQUE. — Le docteur Pierre-Robin, médecin stomatologiste des hôpitaux, vient d'ouvrir, 50, rue de Rennes (cour du Dragon), une Clinique eumorphique antiglossoptosique.

Consultations gratuites tous les jours, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

Pour tous renseignements et littérature, s'adresser au docteur Pierre-Robin, 9, rue Vézelay (VIIIe).

REVUE GÉNÉRALE

LE RHUMATISME CHRONIQUE TUBERCULEUX

Par le docteur Paul GILLET,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Ancien chef de laboratoire à la Faculté de medecine.

Le rhumatisme chronique tuberculeux est une des variétés du rhumatisme chronique d'infection (1).

Combattu d'abord violemment par un certain nombre d'auteurs, il semble à l'heure actuelle être admis par la majorité et constituer une réalité clinique indiscutable, mais cependant, moins fréquente qu'on ne le pensait au début.

Historique. — Si le démembrement du rhumatisme chronique a commencé voilà plus d'un siècle (depuis que Landré-Beauvais l'a distingué de la goutte), ce n'est guère que depuis trente ans que le rhumatisme tuberculeux est devenu une entité nosologique.

C'est à l'Ecole Lyonnaise que revient le mérite d'avoir isolé cette forme clinique et en particulier à A. Poncet. En effet, si Bonnet, Gubler, comme Trousseau, Charcot, avaient noté la co-existence de la tuberculose et du rhumatisme chronique, si Powel en 1874, avait attiré l'attention sur le rhumatisme qui survient au cours de la diathèse tuberculeuse, c'est Poncet qui le premier, en 1897, identifia cette forme de rhumatisme. Cet auteur, dans de nombreux articles et travaux ultérieurs, publiés par lui seul, soit avec ses collaborateurs : Bérard, Destot, Patel, Thévenot, Maillaud, Leriche, Mouriquand, a donné au rhumatisme chronique tuberculeux, la place qu'il occupe aujourd'hui en pathologie. De très nombreuses thèses, d'innombrables travaux d'auteurs français et étrangers, ont confirmé ses recherches et donné à cette forme clinique sa consécration définitive.

Étiologie. — Le rhumatisme chronique tuberculeux peut frapper tous les âges; si, le plus souvent, il ne débute guère avant la vingtième année, il est loin d'être exceptionnel chez l'enfant. Drevet l'a vu à l'âge de trois ans, de dix ans et de treize ans. Dans la remarquable observation de Harvier et Lebée concernant un rhumatisme chronique tuberculeux généralisé, l'affection avait débuté à l'âge de dix ans. Lesné, Appert, Lamy, Merklen, Trèves, citent des rhumatismes tuberculeux déformants ayant débuté entre dix-huit mois et trois ans.

Cependant, le plus souvent, il se voit chez l'adulte débute après l'âge de vingt ans et se constitue progressivement pour abontir à une forme plus ou moins intense. Rarement, il apparaît à un âge avancé de la vie.

(1) Voir P. Gillet. Essai de classification du rhumatisme chronique, *Bull. méd.*, 9-12 sept. 1925, n° 37.
Du même auteur :
De l'importance du diagnostic étiologique dans le traitement du rhumatisme chronique, *Concours méd.*, 14 mars 1926, n° 11.
Le rhumatisme chronique ovarien, *Bull. méd.*, 1926, n° 31.

Comme l'ont distingué Bérard et Destot, le rhumatisme tuberculeux peut survenir dans des circonstances variables :

1° Tantôt, il atteint des sujets indemnes de lésions tuberculeuses nettes, mais de souche bacillaire incontestable.

2° Tantôt, il frappe des malades qui sont déjà porteurs de diverses manifestations tuberculeuses, pulmonaires ou viscérales parfois même cutanées.

3° Tantôt enfin, il est l'apanage de malades atteints d'une tumeur blanche d'une grande circulation qui a précédé le début des polyarthrites.

Il faut d'ailleurs préciser que certaines localisations tuberculeuses se compliquent rarement de rhumatisme; par exemple : la tuberculose rénale, la péritonite tuberculeuse.

Par contre, on le rencontre fréquemment au cours de la tuberculose pulmonaire. Lyonnet donne le chiffre de 10 p. 100, O. Merson arrive à 25 p. 100 lors de son enquête aux sanatoria de Leysin. Poncet insistait sur la fréquence du rhumatisme chronique au cours des tuberculoses lentes chez des sujets résistants. Trébeneau dit que sur 100 malades porteurs de tuberculoses chirurgicales, 34 ont présenté des accidents articulaires (19 fois des arthralgies et 15 fois des synovites).

Le rhumatisme chronique survient encore au cours de la tuberculose pleurale, ganglionnaire et même cutanée; Leredde et Pautrier l'ont vu coexister avec diverses variétés de tuberculides, et Michel l'a signalé chez des malades porteurs de lupus. Bouveyron l'aurait même constaté avec une particulière fréquence au cours du lupus (chez 12 malades sur 30).

La fréquence générale du rhumatisme tuberculeux est assez difficile à préciser, les auteurs donnant des chiffres très variables. Alors que quelques auteurs le nient ou lui accordent une place restreinte, Teissier et Roques disent qu'il représente 50 p. 100 des rhumatismes chroniques, ce qui semble une proportion peut-être un peu forte.

Pathogénie. — S'il est impossible de contester la coexistence du rhumatisme et de la tuberculose, par contre les rapports qui existent entre les deux affections sont encore discutés.

Certains auteurs (Souques, Cawadias, Herbert, Asmann) considèrent que le rhumatisme chronique progressif d'origine tuberculeuse doit être rare et que la tuberculose ne joue pas un rôle primordial dans son étiologie. La tuberculose ne serait que la complication d'un rhumatisme chronique, endocrinien pour les uns, infectieux banal pour d'autres (Verhoogen), il y aurait en somme coexistence, mais aucune relation de cause à effet.

Au contraire, les autres avec Poncet, considèrent que la tuberculose est la cause directe des localisations articulaires.

C'est Poncet qui, le premier, a montré qu'en dehors des lésions tuberculeuses spécifiques dont le substratum anatomique va du follicule tuberculeux et de la granulation grise aux noyaux caséeux et à l'abcès froid, il existait une *tuberculose inflammatoire* caractérisée par des lésions irritatives banales,

ne différant en rien de celles que produiraient d'autres infections.

Plusieurs hypothèses sont à envisager pour expliquer ce processus ;

Ou bien le bacille de Koch agit par ses toxines bacillaires diffusibles. On a vu, en effet, des arthropathies survenir à la suite d'injections de tuberculine (Milian).

Contre cette théorie, il faut citer l'opinion de Letulle qui a montré que les lésions de sclérose dues au bacille de Koch ne sont que des lésions focales, les lésions à distance ne peuvent être dues à la toxine qui n'est pas diffusible. Ce seraient donc les poisons adhérents d'Auclair (chloroformo-bacilline) qui expliqueraient la congestion et la sclérose.

Ou bien le bacille de Koch agit directement, soit en provoquant une granulie discrète (Bard, Pallard et Lasserre), soit en agissant presque à l'état d'unité (Bernard et Gougerot), soit même qu'il s'agisse d'une race spéciale de bacille, à virulence atténuée (Arloing).

Enfin, tout récemment, Bezançon, à propos d'une communication de Babonneix (à la Société médicale des hôpitaux de Paris) émettait l'opinion que les arthralgies des tuberculeux seraient dues à des substances protéiniques comme dans la maladie du sérum.

En tout cas, pour un certain nombre d'auteurs, il faudrait également faire intervenir la notion si importante du terrain. Comme le disait le professeur Teissier « ne fait pas de rhumatisme chronique qui veut ». Aussi imprécise que soit la notion du diathèse arthritique, il faut reconnaître l'existence du *terrain arthritique* et dans ce cas, on peut admettre que le bacille de Koch agissant lui-même ou par ses toxines mais doué d'une virulence atténuée, pourra, chez un sujet arthritique, aboutir au rhumatisme chronique (Rathéry) qui n'est alors qu'une des formes du rhumatisme secondaire d'infection.

Poncet et Leriche, Teissier et Roques ont énuméré les arguments qui plaident en faveur du rhumatisme tuberculeux :

1° Certains d'ordre clinique :

a. Poncet disait d'une façon un peu trop absolue semble-t-il : « de même que chez un blennorragien indemne d'une autre infection une manifestation articulaire, spontanée, quelconque, doit être considérée comme étant *a priori*, de nature blennorragique, toute arthrite chez un tuberculeux doit être aussi et de la même façon, rapportée à la tuberculose. »

b. On a vu parfois des arthrites fongueuses, des véritables tumeurs blanches, succéder à des arthrites chroniques.

2° Des arguments d'ordre expérimental :

Nous avons vu que l'injection de tuberculine pouvait dans certains cas, être suivie de manifestations articulaires (Milian).

Dor et Courmont ont montré qu'à la suite d'injections intraveineuses de tubercules cutanées, faites à des lapins, il pouvait survenir des synovites à grains riziformes ou des hydarthroses. Arloing a fait les mêmes constatations après des injections répétées de cultures homogènes. Il faut également citer les faits où l'inoculation du liquide articulaire a pu tuberculiser le cobaye. A ce propos, il faut se souvenir, ainsi que le fait justement remarquer Poncet : « que si l'innoculation positive a de la valeur, les résultats négatifs doivent être interprétés. »

Quant à la recherche du bacille de Koch dans le liquide articulaire, elle est dans la règle négative au cours des formes chroniques.

Nous verrons au chapitre du diagnostic, la valeur des autres examens : cutiréaction, séro et cyto-diagnostics.

3° Enfin les arguments d'ordre anatomo-pathologique, d'importance bien plus restreinte.

En effet, s'il existe des rhumatismes tuberculeux avec réaction spécifique (forme granulique de Laveran), ils appartiennent à la forme aiguë. La plupart des rhumatismes chroniques tuberculeux ne font leur preuve ni par l'anatomie pathologique, ni par la bactériologie.

Anatomie pathologique. — En effet, on ne trouve pas de lésions spécifiques.

Poncet et Leriche décrivent deux variétés : la forme atrophique, la forme hyperostosante.

La *forme atrophique* ou médullisante revêt parfois le type de l'ostéoporose rhumatismale avec l'effritement osseux, la fibrillation du cartilage et la réaction de la moelle osseuse qui prend le type de la moelle d'infection (reviviscence).

La *forme hyperostosante*, au début s'accompagne d'un dépoli du cartilage qui bientôt s'use et s'érode. L'os se ramollit puis se raréfie par décalcification progressive. Secondairement apparaissent les productions ostéoplastiques et cartilagineuses. Il se produit ainsi par combinaison de ces diverses lésions jointes au relâchement ligamentaire, de profondes modifications articulaires aboutissant aux déformations du rhumatisme chronique avec ou sans ankylose qui peut prendre le type central périphérique ou cerclée.

Quant à la synoviale rouge et épaissie, elle ne présente ordinairement rien qu'une infiltration de cellules embryonnaires.

En somme, il n'y a pas de lésions spécifiques, rien à l'examen microscopique ne permet de déceler la nature tuberculeuse des altérations constatées.

Étude clinique. — Avec Poncet et Leriche, Teissier et Roques, il faut décrire quatre formes cliniques :

1° Les polyarthrites déformantes ;
2° Les arthrites plastiques ankylosantes ;
3° La spondylose rhizomélique ;
4° Les synovites chroniques.

I. **Les polyarthrites déformantes.** — Il faut, nous l'avons vu, distinguer :

a. Un *rhumatisme primitif* (rare) chez des sujets de souche nettement bacillaire, chez l'enfant par exemple.

b. Un *rhumatisme secondaire*, de beaucoup le plus fréquent qui comprend deux catégories de malades :

1° Ceux chez qui le rhumatisme a été précédé de lésions pulmonaires, et qui à un certain moment,

sans cause appréciable, sont atteints d'arthralgies, puis d'arthrites déformantes. Chez la plupart, les manifestations pulmonaires sont déjà anciennes quand commencent les arthropathies.

2° Ceux dont les poumons sont sains, mais qui ont eu de la tuberculose articulaire, avant d'avoir du rhumatisme.

Le tableau clinique reste le même quelle que soit la catégorie à laquelle on ait à faire :

Au début, il existe souvent, une phase d'*arthralgie*, le plus souvent sourde, résistant à toute thérapeutique, s'exagérant par la marche ou les mouvements et siégeant plutôt au niveau des grandes articulations.

Puis apparaît le gonflement diffus, mal limité qui diminue ensuite et permet alors de constater les lésions osseuses et l'existence d'un bourrelet synovial et parfois d'un épanchement articulaire.

Les douleurs, d'intensité variable suivant les malades, surviennent par crises plus ou moins aiguës.

Si l'on examine les articulations atteintes et notamment les petites articulations des mains et des pieds, qui sont le plus souvent frappées, on constate des frottements, des craquements dus à l'usure des surfaces osseuses. On note également un peu de laxité ligamentaire qui va conditionner les déformations ultérieures. Bientôt en effet, les articulations prennent des attitudes vicieuses, qu'on peut corriger facilement pendant un certain temps, mais que les rétractions tendineuses et aponévrotiques vont rendre ensuite irréductibles.

Il faut insister sur l'évolution par poussées successives, séparées par des périodes de calme où le malade se croit presque guéri.

Enfin, il faut savoir que l'affection peut s'arrêter dans son évolution sans arriver jusqu'aux déformations définitives analogues à celles du rhumatisme chronique déformant banal.

En tout cas, jamais la polyarthrite déformante tuberculeuse n'a tendance à aboutir à la formation d'abcès.

II. **Les arthrites plastiques ankylosantes**. — Elles succèdent à un rhumatisme tuberculeux aigu ou subaigu localisé à une ou plusieurs grandes articulations, genou, hanche, épaule, coude; ou bien surviennent d'emblée avec les caractères des lésions articulaires ankylosantes.

Elles se localisent surtout au genou, à la hanche, au coude, à la tibiotarsienne. On peut les voir aussi, mais moins souvent, à l'épaule, au poignet, aux articulations métacarpo-phalangiennes et temporo-maxillaires.

Il est à remarquer que ces ankyloses sont en général *complètes*, quelquefois fibreuses, mais plus souvent osseuses et s'établissent avec une incroyable rapidité, souvent en quelques semaines.

On retrouve toujours chez le patient, les traces d'une tuberculose souvent ancienne : « il faut être peu tuberculeux pour faire une ankylose, il suffit de l'être depuis longtemps » (Poncet). L'interrogatoire apprend souvent que le malade est né de parents tuberculeux ou qu'il a été élevé dans un milieu de bacillaires, il n'est pas rare de retrouver dans son enfance, des adénites cervicales, de l'adénopathie trachéo-bronchique, suivies parfois de phénomènes pulmonaires à marche lente, qui finissent cependant par emporter le malade.

Comme nous l'avons déjà dit, au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont celles de toute arthrite sèche avec tendance plus ou moins marquée à la soudure osseuse, comme dans l'arthrite blennorragique.

En somme, processus inflammatoire banal : on chercherait vainement, dit Poncet, « un critérium anatomique et clinique ».

III. **La spondylose rhizomélique**. — La tuberculose peut, comme le font d'autres infections ou intoxications, atteindre les articulations vertébrales et donner alors soit :

Un *rhumatisme vertébral simple*, ce qui est rare; soit une *spondylose rhizomélique*, ou à l'atteinte des vertèbres se surajoute l'atteinte des articulations de la racine des membres.

Nous décrirons seulement la spondylose qui, par son allure clinique, mérite de retenir l'attention.

Bien que peu fréquente, l'existence de la spondylose rhizomélique tuberculeuse repose sur des observations assez nombreuses, dont la première est de Poncet. Il s'agissait d'un malade chez qui l'ankylose vertébrale importante s'accompagnait d'une ankylose des deux hanches.

La même année, Pic et Bombes de Villiers rapportaient trois cas analogues, dont deux avec autopsies.

Anatomie-pathologique. — La spondylose rhizomélique tuberculeuse n'a pas de caractères spécifiques particuliers. Seule l'étude clinique permet de conclure à l'origine bacillaire.

Du point de vue anatomo-pathologique, elle ne fait que reproduire l'aspect de la spondylose rhizomélique de Pierre Marie, c'est-à-dire qu'elle est constituée essentiellement par un processus d'ossification sur place, des fibres, des ligaments, des bourrelets et des ménisques; c'est une *ménisco-ligamentite ossifiante* (Léri).

C'est la raison pour laquelle elle n'atteint en dehors des vertèbres, que les articulations ayant un bourrelet ou un ménisque (hanche, épaule, genou, temporo-maxillaires).

Cliniquement : il s'agit surtout de sujets du sexe masculin et d'âge adulte, dont les antécédents sont chargés d'hérédité bacillaire ou d'accidents personnels tuberculeux : adénopathies cervicales, médiastines, pleurésie.

Le *début* s'annonce par une phase douloureuse, caractérisée par des douleurs des membres inférieurs dans la région sacrée et coccygienne, qui traduit la localisation de la spondylose à la région dorso-lombaire. Peu à peu, l'affection gagne les articulations coxo-fémorales. Bientôt, la partie inférieure de la colonne vertébrale est soudée comme en témoigne l'examen clinique.

Le plus souvent, il y a alors une rémission des douleurs pendant un certain temps, puis elles reprennent mais localisées à la région cervicale et dorsale supérieure. L'ankylose cervicale leur fait

suite ainsi que celle des articulation scapulo-humérales, et souvent aussi des temporo-maxillaires. Il y a donc une véritable évolution par poussées douloureuses et d'ankylose, qui suivent une marche ascendante. Dans la règle, les petites articulations sont respectées.

L'ankylose qui peut se faire en flexion ou en extension (de la cuisse sur le bassin) conditionne la déformation générale du malade : il est courbé en Z dans le type en flexion.

L'évolution est progressive mais assez lente et peut durer des dizaines d'années.

IV. **Les synovites chroniques.** — Comme les autres variétés, les synovites chroniques tuberculeuses sont chroniques d'emblée ou bien succèdent à des attaques aiguës ou subaiguës.

Dans la règle, elles ne sont pas isolées et coexistent avec d'autres manifestations rhumatismales, comme l'atteinte des bourses séreuses, des gaines tendineuses des mains et des doigts.

Très souvent, elles coexistent aussi avec un kyste du poignet ou un kyste poplité. Un certain nombre d'auteurs (Gougerot, Jean Murard, Marinesco) accordent à la présence de ce kyste, une véritable valeur séméiologique; il signe la tuberculose du porteur (Marinesco) dans de nombreux cas. Dans une observation de Gougerot, le liquide du kyste du poignet contenait de nombreux polynucléaires neutrophiles, des lymphocytes, des cellules endothéliales. Les cultures furent stériles, mais l'inoculation au cobaye fut positive et provoqua une tuberculose généralisée.

Quoi qu'il en soit, ces synovites chroniques sont quelquefois précédées d'une phase rhumatoïde où il existe des douleurs, dans les jointures qui seront atteintes ultérieurement.

L'épanchement synovial peut être d'abondance variable : s'il est abondant, on a la forme *hydropique*, ce qui est rare. Dans la règle, il y a peu de liquide, et ce sont l'épaississement, le gonflement des parties molles qui prédominent, réalise l'*arthrite chronique fibreuse sèche*.

La symptomatologie est, en somme, celle des synovites chroniques banales. Quant à l'évolution, elle est caractérisée par l'existence de poussées successives douloureuses.

Autrement dit, là encore, aucune particularité clinique ou anatomique spéciale.

Pronostic. — Il doit toujours être réservé au point de vue fonctionnel du fait de la tendance à l'ankylose qui, le plus souvent, progresse une fois qu'elle s'est installée. Cependant Poncet a vu des diminutions notables de l'ankylose à l'occasion d'une poussée articulaire.

Le pronostic de la tuberculose cause de l'affection est généralement assez bon; ce sont, dit Poncet, « de bonnes formes de tuberculose ».

Diagnostic. — Nous avons vu que dans la plupart des cas, il était impossible d'affirmer la nature tuberculeuse d'un rhumatisme chronique en s'appuyant sur l'anatomie pathologique, c'est assez dire que le diagnostic devra être étayé surtout par des arguments d'ordre clinique et confirmé aussi souvent qu'on le pourra par des recherches de laboratoire.

a. **Arguments cliniques.** — Il faudra d'abord tenir compte des antécédents du sujet, savoir s'il est né de parents bacillaires, s'il a été élevé dans ce milieu contagieux; s'il n'a pas présenté dans son enfance des bronchites à répétition, des adénopathies cervicales, une pleurésie séro-fibrineuse ou même une localisation bacillaire osseuse, coxalgie par exemple.

De même, l'existence d'une tuberculose viscérale quelconque chez le malade rhumatisant, sera un argument de valeur, mais qui demande à être interprété : un tuberculeux a le droit, en effet, d'avoir un rhumatisme blennorrhagique par exemple. C'est pourquoi l'absence de toute infection ou intoxication évidentes ou latentes qui expliquent l'atteinte articulaire, sera encore en faveur de l'étiologie tuberculeuse du rhumatisme.

b. **Arguments de laboratoire.** — Un certain nombre d'épreuves de valeur diverse, ont été proposées pour confirmer le diagnostic de rhumatisme tuberculeux.

Radiographie. — Bérard et Destot, Barjon ont proposé la *radiographie* pour différencier le rhumatisme tuberculeux des autres rhumatismes :

« Tandis que dans la polyarthrite déformante rhumatismale, écrivent Bérard et Destot, la déformation surtout osseuse que l'on constate sur le cliché, est un élargissement des épiphyses, dû à une soufflure générale du tissu spongieux, avec disparition précoce des cartilages, dans la polyarthrite tuberculeuse, on trouve, comme dans toute tuberculose osseuse, au début du processus, dans les têtes des phalanges, des îlots blanchâtres, isolés les uns des autres et dus à la raréfaction irrégulière du tissu osseux par l'infiltration bacillaire. Par fusion de ces îlots, la partie raréfiée s'étend, le cartilage diarthrodial s'affaisse par places, d'où déformation des têtes. La cavité glénoïde subit les mêmes phénomènes de désagrégation; elle se creuse sous la pression de la tête, s'adapte aux nouveaux contours de cette dernière, tout en subissant les déplacements que lui occasionne la rétraction fibro-tendineuse. Plus tard, il y a une véritable juxtaposition des deux os par emboîtement, et dans les extrémités en contact, on trouve encore les îlots clairs de raréfaction.

« La disparition des cartilages est tardive. Dans tous les cas, le gonflement des parties molles est considérable, et c'est lui, plus que les troubles osseux, qui est le principal facteur des déformations extérieures. »

Peut-on compter sur la radiographie pour faire la discrimination dont parlent Bérard et Destot? — La plupart des auteurs le contestent. — Poncet lui-même, avoue que la tuberculose peut donner le schéma radiographique de la polyarthrite déformante.

Aussi bien, c'est surtout par les autres méthodes de laboratoire, qu'on devra dépister l'étiologie bacillaire.

La cuti-réaction n'aura pour cela aucune valeur. Elle est toujours positive chez l'adulte.

Beaucoup plus intéressante est l'étude du liquide articulaire, ou même du liquide de vésicatoire (Poncet, Leriche, Mérieux).

Chaque fois qu'on le pourra, on retirera par ponction du liquide qu'on étudiera au point de vue cytologique, bactériologique, et par inoculation.

Si l'étude cytologique du liquide recueilli, montre une lymphocytose, ce sera comme pour tout épanchement un argument en faveur de la tuberculose, mais non un argument définitif. La présence du bacille de Koch a par contre, une valeur absolue; elle est malheureusement rare.

La tuberculisation d'un cobaye après inoculation du liquide à examiner, permettra également d'affirmer l'étiologie tuberculeuse comme c'était le cas dans les observations récentes de Harvier, Rachet et Lemaire, et de Carnot et Terris.

Mais, comme le fait remarquer Poncet, il faut se rappeler avec Landouzy, que l'inoculation possède une valeur absolue, quand le résultat est positif, mais que les résultats négatifs doivent être interprétés.

Traitement. — Le traitement du rhumatisme tuberculeux, sauf quelques indications spéciales, se confond, dans son ensemble avec celui de toute tuberculose (Poncet). C'est assez dire que c'est avant tout, l'hygiène générale, qui doit, comme dans toute tuberculose, dominer le traitement.

Contre les poussées douloureuses, on emploiera les pommades salicylées, la cryogénine (Poncet). Parmi les révulsifs, les vésicatoires donneront souvent de bons résultats. Les bains chauds, et surtout l'air chaud, soulagent aussi nombre de patients.

Au point de vue local, le massage, les frictions, la mobilisation progressive, lutteront contre l'ankylose toujours à redouter.

Pour Poncet, le traitement thermal de stations comme Aix-les-Bains, Bourbon-Lancy, demande à être surveillé de très près. Par contre, les bains de boue de Dax, d'Acqui sont le plus souvent à conseiller.

On a préconisé ces dernières années, un certain nombre de médications du rhumatisme tuberculeux.

Les sulfates de terres rares en injections intraveineuses ont donné deux succès à Oddo et Giraud, Sergent dit par contre, que leur action est problématique.

Le soufre sous diverses formes a été employé, notamment en solution huilée injectée dans les muscles. Il agit là, comme anti-arthritique, comme antirhumatisant, et non comme médication antituberculeuse.

Il n'en est pas de même de l'antigène méthylique de Negre et Boquet, d'introduction récente en thérapeutique, et dont on n'a pas encore confirmé l'action sur le rhumatisme tuberculeux, mais qui mérite d'être essayé.

Il reste deux modes de traitement de grande valeur qu'on devra toujours mettre en œuvre : l'*héliothérapie* et les *rayons ultra-violets*.

Les bains de soleil, comme les applications de rayons ultra violets, seront toujours d'un grand secours dans le traitement du rhumatisme tuberculeux, et ces méthodes thérapeutiques ont pu, dans certains cas, donner des succès inespérés.

Malgré tout, il faut bien le dire, le rhumatisme chronique tuberculeux, est de tous les rhumatismes, celui pour lequel la thérapeutique même la plus étudiée, donne les moins bons résultats. Il n'existe pas en effet, pour le rhumatisme tuberculeux, de traitement étiologique ni spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

BONNET (A.). *Traité des maladies des articulations*, Lyon 1845.

BOUILLY (G.). Comparaison des arthropathies rhumatismales scrofuleuses et syphilitiques, *Th. d'agrégation*, Paris 1878.

BABONNEIX et MORNET. Rhumatisme tuberculeux primitif, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juillet 1926, n° 27, p. 1342.

BARBIER (H.). Rhumatisme tuberculeux chez l'enfant, *Bull. méd.*, 21 mars 1903.

BARJON. La radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes, *Th. de Lyon*, 1897.

BARON et DURAND. Tuberculose généralisée subaiguë. Poussées de rhumatisme articulaire subaigu, *Revue de méd.*, 1921, nos 9 et 10.

BÉRARD et DESTOT. Polyarthrite tuberculeuse déformante, *Congrès de chir.*, Paris 1897.

BÉRARD et MAILLAUD. Rhumatisme tuberculeux, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 nov. 1900.

BEZANÇON. Pseudo-rhumatisme tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 oct. 1901 ; — Pseudo-rhumatisme tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juin 1903; — Rhumatisme tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juillet 1926.

BOUVEYRON (A.). Rhumatisme tuberculeux chez les malades atteints de lupus et de tuberculides cutanées, *Soc. méd. de Lyon*, 29 juin 1903.

CASTAIGNE. Recherches récentes sur la tuberculose des séreuses, *Revue de la tuberculose*, 1900.

CARNOT (P.) et TERRIS. Polyarthrite chronique déformante avec présence de bacilles tuberculeux et inoculation positive du liquide d'hydarthrose, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 mars 1926, n° 10, p. 396.

CUBERTAFOU (H.). Des arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale, *Th. de Paris*, 1903.

DESTOT. Caractères radiographiques comparés de la goutte, du rhumatisme chronique et de la tuberculose, *Lyon méd.*, 19 sept. 1897.

DIEULAFOY et GRIFFON (V.). Pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juin 1903.

DREVET. De la polyarthrite tuberculeuse déformante, *Th. de Lyon*, 1897.

DOR et COURMONT. *Soc. de biol.*, nov. 1890, fév. 1891 ; — — *Ann. de l'Œuvre de la tuberculose*, 1891.

GAILLARD (L.). Pseudo-rhumatisme infectieux d'origine tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1901.

GILLET (P.). Essai de classification du rhumatisme chronique, *Bull. méd.*, 12 sept. 1925, n° 37, p. 1006

GOUGEROT. Kyste synovial et tuberculose, *Paris méd.*, 1922.

HARVIER, RACHET et LEMAIRE. Rhumatisme chronique tuberculeux. Inoculation positive du liquide articulaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er avril 1926, p. 509.

HARVIER et LEBÉE. Rhumatisme chronique tuberculeux à forme plastique ankylosante et quasi-généralisée, *Soc. de pédiatrie*, 21 nov. 1922.

LANDOUZY et LABBÉ. Art. PLEURÉSIES, in *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert, t. VIII.

LANNELONGUE. Complications articulaires chez un lupique traité par la lymphe de Koch, *Bull. méd.*, 1890, p. 1122.

LEREDDE. Des notions nouvelles sur les tuberculoses de la peau et les angiodermites tuberculeuses, *Congrès de méd.*, Toulouse, avril 1902.
LEVET. Arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse, *Th. de Lyon*, 1903.
MAILLAND. Du rhumatisme tuberculeux, *Presse méd.*, 14 sept. 1901; — Rhumatisme tuberculeux. Polyarthrites et synovites chroniques bacillaires, *Médecine moderne*, 8 avril 1903.
MARINESCO. Art. RHUMATISMES CHRONIQUES, in *Traité de médecine* Roger, Widal et Teissier, f. 12.
MAUCLAIRE. Les arthrites tuberculeuses d'allure rhumatismale, *Bull. méd.*, 17 juin 1903.
MERIEUX. Diagnostic de l'intoxication tuberculeuse par injections sous-cutanées à des cobayes de divers liquides de l'organisme, *Lyon méd.*, 27 mars 1906; *Revue de méd.*, 1906.
MERSON (F.-O.). Du rhumatisme tuberculeux observé récemment dans les sanatoria de Leysin, *Th. de Lyon*, 1903.
MILIAN. Rhumatisme chronique déformant au cours d'une ostéite tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1910.
MOURIQUAND et MICHEL. Art. RHUMATISMES CHRONIQUES, in *Traité de médecine* de Sergent, t. XXIII.
MURARD (J.). *Presse méd.*, 15 mai 1920, n° 31.
ODDO et GIRAUD. Les sulfates de terres rares dans le traitement du rhumatisme tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juin 1921.
PATEL. Le rhumatisme tuberculeux, *Revue de chir.*, 10 déc. 1901; — Rhumatisme tuberculeux chronique. Polyarthrites bacillaires déformantes au début, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 2 janv. 1902; — Rhumatisme tuberculeux chronique. Synovite tendineuse chronique. Tuberculose atténuée de la peau, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 6 avril 1902; — Sur un cas de rhumatisme tuberculeux vertébral aigu, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 10 juillet 1902.
PIC et BOMBES DE VILLIERS. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse (3 observ. dont 2 avec autopsies), *Soc. méd. de Lyon*, 27 juillet 1903.
PONCET (A.). De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux, *Congrès franç. de chir.*, 1897; — Du rhumatisme tuberculeux, *Soc. de méd. de Lyon*, 1900; — Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, communication à l'*Acad. de méd.*, 23 juillet et 22 oct. 1901; — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Localisations viscérales et autres, *Lyon méd.*, 20 juillet 1902; — *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1900-1903; — Rhumatisme tuberculeux, *Ann. méd.-chir. du Centre*, nov. 1902; — Rhumatisme tuberculeux, *Bull. méd.*, 13 déc. 1902; — Rhumatisme tuberculeux Polyarthrites et synovites tendineuses aiguës d'origine bacillaire, *Gaz. des hôpit.*, 29 janv. 1903; — Présentation de tuberculeux rhumatisants, *Soc. méd. de Lyon*; *Lyon méd.*, 1902-1903.
PONCET (A.) et LERICHE. *Le Rhumatisme tuberculeux*, Paris 1909.
PONCET (A.) et MAILLAUD. Rhumatisme tuberculeux, *Monographie clinique*, Masson, 1903.
POWEL (O.-C.). Essai sur le pseudo-rhumatisme articulaire dans le cours de la diathèse tuberculeuse, *Th. de Paris*, 1874.
RATHERY. Rhumatismes chroniques, in LES MALADIES DE LA NUTRITION du *Traité* de Debove, Achard et Castaigne, 1912, p. 62.
SERGENT. Le rhumatisme tuberculeux, *Journ. des prat.*, 26 mars 1927.
TEISSIER et MAYET (J.). Classification des rhumatismes chroniques, *Bull. méd.*, 29 avril 1922.
TEISSIER et ROQUES. Art. RHUMATISME CHRONIQUE, *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert.
THÉVENOT. Rhumatisme tuberculeux familial, *Médecine moderne*, 30 avril 1902; — Rhumatisme tuberculeux chronique, *Soc. de méd.*, 25 mai 1903.
TREBENEAU. Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et locales, *Th. de Lyon*, 1902.
VERHOOGEN. Les formes cliniques du rhumatisme chronique, *Congrès de Liége*, 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MARS 1928)

Hyperallantoïnurie dans les polyuries provoquées et le diabète insipide chez l'homme. — MM. ANGEL ESTABLIER Y COSTA.

Neurotropisme du Spirochaeta Duttoni. — MM. C. LEVADITI et T.-E. ANDERSON.

Les modifications histo-pathologiques des capsules surrénales et des glandes salivaires des lapins morts d'encéphalomyélite enzootique expérimentale (maladie de Borna). — M. S. NICOLAU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MARS 1928)

Notice nécrologique. — M. PERROT lit une excellente notice nécrologique sur M. Léon Guignard membre titulaire et doyen de la VIe section (Pharmacie), depuis 1897.

Greffe osseuse. — M. Léon IMBERT (de Marseille) apporte une nouvelle contribution à l'étude des greffes osseuses. Ses diverses communications précédentes avaient exclusivement pour base, l'examen radiologique. Il étudie aujourd'hui les renseignements donnés par l'histologie.

Le greffon osseux même quand il est visiblement destiné à réussir prend comme le greffon inclus dans les parties molles les apparences histologiques de la mort. Ce n'est qu'une apparence, le greffon donne des preuves décisives de sa vitalité, la fusion est parfaite et aboutit au résultat désiré : la réparation de la brèche osseuse.

Vaccination antidiphtérique. — M. Jules RENAULT rend compte des travaux de la Commission nommée par M. A. Fallières, ministre du Travail et de l'Hygiène, pour étudier la vaccination antidiphtérique. Cette Commission, composée de membres de l'Institut Pasteur, de médecins des hôpitaux d'enfants, d'un médecin-inspecteur des Ecoles, de représentants de l'Administration, a été unanime dans ses conclusions : 1° la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de l'Institut Pasteur, confère une immunité qui s'établit en six semaines et persiste indéfiniment; 2° elle est d'une innocuité absolue; elle provoque, dans quelques cas, une réaction locale et une réaction générale de très courte durée, sans aucun danger, et d'autant plus rares que l'enfant est plus jeune; ne contenant pas de sérum, l'anatoxine peut être injectée sans préoccupation d'un traitement sérothérapique antérieur ou ultérieur; 3° elle peut être faite à tous les âges mais doit être appliquée à tous les enfants qui sont beaucoup plus souvent atteints que les adultes; 4° elle doit être recommandée dès la fin de la première année parce que la diphtérie est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes; 5° une propagande ardente et continue sera préférable à une obligation légale; elle présentera aux familles la vaccination antidiphtérique sous son vrai jour, c'est-à-dire, non comme une nouvelle servitude,

mais comme un bienfait de la science, dont l'application générale conduirait à la disparition d'un terrible fléau.

M. A. FALLIÈRES a décidé de charger l'Office national d'hygiène sociale de cette propagande.

Eaux minérales. — M. MEILLÈRE lit un rapport sur des demandes d'autorisation de sources minérales, l'organisation des services publics d'hygiène.

Discusion des vœux proposés par M. Paul Strauss. — M. CHAUFFARD ouvre la discussion en réclamant la « création d'un ministère de la Santé publique autonome, d'ordre exclusivement technique, pourvu de moyens d'action suffisants et doté de larges crédits ».

Cette proposition amène à la tribune M. MARCHOUX, rapporteur de la Commission d'hygiène, et une discussion très animée s'engage entre M. le rapporteur et MM. Léon Bernard, Georges Brouardel, Roux, Louis Martin.

Tous sont d'accord pour déplorer l'éparpillement des services d'hygiène dans tous les ministères et réclamer une nouvelle organisation, dont M. Paul Strauss avec sa haute autorité proclame la nécessité.

— L'Académie vote à l'unanimité la proposition de M. Chauffard; elle adopte ensuite les vœux de la Commission d'hygiène dont voici le texte :

« L'Académie émet le vœu que soient réorganisés les services publics d'hygiène d'après les principes suivants :

1° L'organisation des services publics d'hygiène doit être technique et non bureaucratique.

2° Les services d'hygiène doivent être à l'abri des fluctuations politiques, ils ont besoin d'autorité et de durée pour faire œuvre utile.

3° Une relation étroite sera établie entre les services d'hygiène épars dans les diverses administrations.

4° L'hygiène ne peut se faire à distance, mais par des techniciens en contact permanent avec les autorités locales, les médecins praticiens et les populations.

5° Les services publics d'hygiène doivent collaborer avec les organisations privées en coordonnant les efforts trop souvent dispersés.

6° Les auxiliaires du médecin hygiéniste seront des infirmières, capables non seulement de faire une enquête sociale, mais aussi d'exécuter les mesures qu'il prescrit et de donner aux malades les soins indiqués par le médecin traitant.

Ces principes directeurs étant adoptés, l'Académie reconnaît avec M. Strauss que des mesures urgentes doivent être prises :

1° Revision de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique :

Inspection départementale d'hygiène obligatoire;

Déclaration des maladies contagieuses aux autorités sanitaires;

Dispositions relatives aux vaccinations et revaccinations.

2° *a.* Déclaration exacte des causes de décès sous la garantie du secret professionnel, en vue de réduire la proportion d'un tiers environ des causes de décès classées dans les statistiques sous la rubrique suivante : « Autres maladies » et « Maladies non spécifiées ou mal connues ».

b. Déclaration obligatoire de la tuberculose aux autorités sanitaires.

c. Liaison des conseils de revision avec les dispensaires d'hygiène sociale.

d. Généralisation et consécration légale des offices départementaux d'hygiène sociale.

e. Assimilation des préventoriums aux sanatoriums publics.

3° *a.* Organisation complète et méthodique de l'assistance maternelle.

b. Prolongation des périodes de repos maternel indemnisé avant et après l'accouchement.

c. Accroissement des ressources destinées à encourager et à faciliter l'allaitement maternel.

d. Adjonction aux consultations maternelles d'un service annexe de dépistage et de traitement de la syphilis.

e. Abaissement de la mortalité des enfants assistés par diverses mesures, notamment par la création d'établissements intermédiaires entre l'hospice dépositaire et le placement familial, par le renforcement du service médical et par l'adjonction d'infirmières-visiteuses aux centres d'élevage et de placement familial.

f. Revision et extension de la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge : utilisation des consultations de nourrissons, carnet de croissance obligatoire, etc.

g. Centres d'élevage de nourrissons.

h. Emploi rationnel des sages-femmes et formation accrue d'infirmières-visiteuses pourvues du diplôme d'Etat pour la protection maternelle et infantile.

i. Inspection médicale obligatoire dans les écoles maternelles, dans les jardins d'enfants, dans les écoles primaires.

j. Enquête approfondie sur la morbidité et la mortalité des enfants de un an à quatre ans.

4° *a.* Utilisation généralisée des infirmières d'hygiène sociale sous l'autorité du médecin, pour la protection sanitaire des écoliers, pour la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer, pour l'hygiène mentale.

b. Généralisation et extension du service social.

5° *a.* Accélération du programme d'assainissement des localités et notamment des voies privées et des lotissements défectueux; démolition des îlots et des immeubles insalubres, d'après les indications du casier sanitaire obligatoire des maisons; alimentation des communes en eau potable.

b. Accroissement des moyens financiers destinés :

I. A la construction des habitations à bon marché pour familles nombreuses et jeunes ménages, et à la création de cités-jardins, avec adjonction d'un service social;

II. A l'accession de la petite propriété (loi Ribot) et au développement du crédit agricole. »

Sept cas d'amibiase pulmonaire en un an et demi dans une localité de la banlieue parisienne. — MM. E. GRASSET et G. FOURQUIER, ayant eu l'occasion de rechercher et de constater la présence d'amibes dysentériques dans les expectorations de deux malades infectés aux colonies, se sont avisés de pratiquer la même recherche dans toutes leurs analyses de crachats ultérieurs; or, cinq fois chez des malades n'ayant que des antécédents vagues ou totalement nuls et présentant les formes cliniques des affections thoraciques aiguës ou chroniques les plus banales en même temps que les plus variées, les plus graves, les plus étendues, ils ont eu la surprise et l'étonnement de trouver cette recherche positive; le succès rapide, certaines fois cliniquement paradoxal du traitement antiamibien, a confirmé le diagnostic. Ils insistent sur la nécessité primordiale, qui découle désormais de ces constatations, de pratiquer précocement l'examen bactériologique des crachats de toutes les affections thoraciques, et de le pratiquer « à l'état frais », sans colorations en réalité, et surtout sans les avoir laissé refroidir, l'abaissement de la température faisant, comme on sait, cesser les mouvements des amibes et rendant leur diagnostic beaucoup plus aléatoire.

M. BRUMPT fait remarquer que, pour pouvoir affirmer l'amibiase, il faudrait à l'examen « frais » ajouter les colorations spéciales et l'inoculation au chat.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 MARS 1928)

De la vaccination anticolibacillaire. Etude de l'immunité locale. — M. M. GOLOVANOFF. Il ressort de nos expériences que les lapins vaccinés par voie buccale, après sensibilisation au moyen de la bile, accusent par la suite une immunité beaucoup plus solide que les lapins ayant simplement ingéré les bacilles sans bile.

Excitabilité de l'écorce cérébrale. — M. RIZOLO établit que : 1° pendant l'arrêt du cœur, par excitation du pneumogastrique, il se produit une diminution légère et temporaire suivie d'une augmentation de la chronaxie; 2° la caféine diminue la chronaxie de l'écorce cérébrale.

L'immunité antidiphtérique chez les rougeoleux. — MM. G. RAMON et Chr. ZOELLER rapportent les résultats qu'ils ont obtenus en étudiant chez des rougeoleux à la période d'état le bond antitoxique produit par une injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube d'anatoxine diphtérique. Deux titrages d'antitoxine sont pratiqués, le premier le jour de l'injection, le second dix jours après l'injection d'anatoxine. On constate que la valeur de l'antitoxine humorale subit un accroissement notable du premier au second titrage. Chez les sujets témoins qui n'ont pas reçu d'injection d'anatoxine le taux de l'antitoxine humorale reste inchangé. L'ascension observée chez les premiers était donc bien due à une stimulation de la réactivité acquise par l'anatoxine injectée. Cette aptitude acquise à réagir à l'introduction d'anatoxine garde donc sa valeur au cours de l'évolution d'une infection dite anergisante telle que la rougeole. La rencontre du malade et de l'antigène diphtérique se traduit, non par un fléchissement mais par une exaltation de l'immunité.

La régulation de la glycémie par des quantités diverses de tissu pancréatique transplanté. — M. René GAYET et Mˡˡᵉ M. GUILLAUMIC. Dans de nouvelles expériences confirmant entièrement les résultats signalés dans des communications antérieures, ces auteurs ont constaté que les variations de poids du pancréas greffé vasculairement au cou de chiens diabétiques (par rapport au poids de l'organe que possédait l'animal avant sa dépancréatation) influaient sur les vitesses de chute de l'hyperglycémie, mais non sur le taux de stabilisation de la glycémie, taux toujours compris dans leurs expériences entre 1g05 et 0g85, chiffres normaux.

S'ajoutant à ceux qu'avaient observés antérieurement les auteurs, ces faits achèvent de montrer que le pancréas ainsi greffé, totalement privé de ses connexions avec le système nerveux, est le siège d'un processus de sécrétion interne d'insuline remarquablement réglé, remarquablement précis, tout à fait comparable à celui par lequel, dans les conditions physiologiques, le pancréas assure la constance de la gyccémie.

Sur la production de sclérose cicatricielle pérituberculeuse dans l'organisme jeune après collapsothérapie pulmonaire. — MM. P. ARMAND-DELILLE et Ch. LESTOCQUOY montrent, d'après des pièces recueillies dans des conditions accidentelles qui réalisent une démonstration expérimentale, que la collapsothérapie provoque, même dans le poumon du très jeune enfant, une sclérose caractéristique.

Si elle ne se produit habituellement spontanément qu'autour du chancre d'inoculation, c'est que le processus caséo-ulcéreux marche trop vite pour permettre à la sclérose de se produire.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

LIVRES NOUVEAUX

La Dyspepsie simplifiée (1), par le docteur L. PASCAULT (de Cannes).

Clinicien très averti, le docteur L. PASCAULT s'est spécialisé depuis longtemps dans la pratique des maladies de la nutrition, et il a publié plusieurs ouvrages : *L'Arthritisme par suralimentation* et de savantes études de diététique qui font autorité. Il était naturel qu'il fût amené à nous donner le résultat de ses observations concernant la dyspepsie, qui pour n'être qu'un symptôme n'en tient pas moins une grande place dans les préoccupations des malades. Mais la dyspepsie dépend de causes multiples et est, en réalité, polymorphe. Ce que l'auteur a cherché, c'est de fournir au médecin, grâce à une méthode rigoureuse, le moyen de poser, d'une manière rapide et sûre, le diagnostic causal; et, ce diagnostic posé, d'instituer le traitement qui y répond exactement.

Tout d'abord de quoi la dyspepsie est-elle le symptôme? A cette question répondent l'interrogatoire, la palpation et la percussion, faites suivant des règles précises, et aidées, si besoin est, de la radioscopie et des autres méthodes de laboratoire. L'interrogatoire apprend s'il s'agit d'ulcère gastrique et duodénal, de cancer en formation ou d'insuffisance hépatique; la palpation, s'il s'agit de cholécystite, de cholélithiase ou d'appendicite chronique; la percussion, de constipation droite ou gauche. Ces diverses causes écartées, on ne peut plus être en présence que d'une dyspepsie, ou nerveuse (vago ou sympathicotonique), ou tachyphagique ou aérophagique, dont la discrimination se fait sans grandes difficultés.

Le diagnostic posé, on arrive au traitement qui doit nécessairement être à la fois symptomatique et causal. Le traitement symptomatique combat, d'une part l'hyperacidité ou l'insuffisance motrice et la ptose par le régime, la médication saturante ou stimulante et le procédé de GLÉNARD; de l'autre, la tachyphagie et l'aérophagie, en apprenant à manger, à bien mastiquer, à ne pas avaler l'air ou à l'expulser. Quant au traitement causal, il est naturellement variable suivant l'affection en jeu : chirurgical surtout dans l'ulcère gastro-duodénal, le cancer, l'appendicite chronique et la cholélithiase; il demeure médical dans l'insuffisance hépatique, les constipations et la dyspepsie nerveuse pure et comporte un régime (sauf dans cette dernière), des soins d'hygiène physique et mentale et quelques médicaments (purgatifs, stimulants, ferments ou sucs digestifs), et antiseptiques (fluorures), etc. Un appendice donne enfin le tableau des régimes des principaux types de dyspepsie.

Tel est le schéma, pour ainsi dire, de ce petit livre. Petit livre, en effet, par ses dimensions (il ne compte pas 100 pages), mais combien riche en indications précieuses, en remarques sagaces et en faits frappants. Et quelle parfaite connaissance de l'âme du malade. Qu'on lise le petit chapitre intitulé : « Qualités nécessaires au médecin pour prendre son malade » et l'on ne sera pas surpris que le docteur L. Pascault, non seulement ait su débrouiller, simplifier, avec tact de savoir et d'adresse, ces questions de pathologie, confuses entre toutes, mais encore ait exercé, sur ceux qui l'approchent ou qui ont reçu ses soins, la plus bienfaisante influence.

J. LAUMONIER.

(1) In-8. — Editions de la Clinique, 1927.

Suis-je syphilitique? Fréquence de la syphilis héréditaire ou acquise ignorée. Tempéraments et syphilis. Les petits malaises et les troubles graves d'origine syphilitique méconnue (1), par le docteur V SCHEIKEVITCH, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Saint-Louis.

L'auteur du présent livre expose, avec un rare compétence et une documentation extrêmement étendue, les rapports de la syphilis avec les troubles de la santé les plus divers.

Il montre la fréquence, très grande, de la syphilis héréditaire ou acquise ignorée et les dangers fort graves auxquels ces multiples cas de syphilis exposent les malades.

Cet ouvrage contribuera, non seulement à divulguer dans le public les signes de la syphilis, mais il sera également pour les médecins un guide précieux.

Rayons ultra-violets et chaleur radiante. Traité d'actinologie pratique (2), par L.-G. DUFESTEL.

Ce livre est la synthèse des nombreux travaux parus de tous côtés sur les rayons ultra-violets et infra-rouges, il est en outre le fruit de cinq années d'expériences personnelles quotidiennes et de recherches scientifiques; il constitue en somme un traité complet d'actinothérapie qui ne fait double emploi avec aucun autre parce qu'il est orienté essentiellement du côté pratique.

Le médecin non spécialiste trouvera dans ce volume ce qu'il est en droit d'attendre des traitements par la lumière et le spécialiste sera renseigné sur les techniques nouvelles.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 19 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; Legueu, Lemierre, Moussu, Robin et Henry. — M. VENDIESSE. Affections rhumatismales chez les grandes femelles domestiques. — M. GUEUGNIAUD. Le pissement de sang chez les bovins. — M. MORDINE. Des mammites chez les brebis (troupeaux d'élevage de la Beauce).

Jeudi 22 mars. — Jury : MM. Carnot, président; Guillain, Alajouanine et Dognon. — Mlle ROBERT. Etude sur la thérapeutique dentaire. — M. BAUDET. Etude sur l'encéphalite épidémique. — M. MONTAKHAB. Traitement des névralgies du plexus brachial.

Jury : MM. Brindeau, président; Ménétrier et Jeanselme. — M. DEFAUT. Essai d'application en obstétrique. — M. VINSON. Etude critique de la pathogénie de la fièvre bilieuse. — M. LEFAS. L'art de connaître le caractère par la physionomie.

Samedi 24 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury: MM. Brindeau, président; Nobécourt, Panisset, Nicolas, Robin et Dechambre. — M. MERLE. De l'avortement contagieux des juments. — M. MALVEZIN. Contribution à la production d'un lait propre et sain.

(1) Un volume in 18, 200 pages. Prix : 10 fr. — Paris, Librairie Le François.

(2) Un volume de 400 pages, 47 planches hors texte. Prix : 10 fr. — Paris, Amédée Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 mars. — MM. Welti et Pascalis, 15; Charrier, 20; Wilmoth, 13.

Séance du 16 mars. — MM. Soupault et Oberlin, 16; Huet, 20; Thalheimer, 17.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Quinqueton, qui accepte; Lubetzki, Le Bas, Dufour et Descouleurs, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Léon Bernard, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de clinique de la tuberculose à la Faculté [chaire nouvelle]. (*J. O.*, 15 mars 1928.)

VOTE DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES. — En deux séances la Chambre des députés a voté la semaine dernière, par 477 voix contre 2, la loi sur les assurances sociales.

Deux séances pour une loi dont l'importance n'égale que le décousu! On voit que nous sommes à la veille des élections et les parlementaires sont plus soucieux de se livrer à une manifestation que d'examiner, à tête réfléchie, une loi si grosse de surprises, de déceptions et de périls, en particulier pour notre profession.

Il est vrai qu'on nous promet une revision prochaine de la loi...

GUERRE. — Sont désignés pour assurer en 1928 le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin au 30 septembre). — MM. le médecin principal de 2e classe Rebierre, médecin chef; le médecin-major de 2e classe Sarrelabout.

Hôpital militaire de Bourbonne (26 mai au 30 septembre). — MM. le médecin principal de 2e classe Delacroix, médecin chef; le médecin-major de 1re classe Dellys; le médecin-major de 2e classe Marion.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (15 mai au 30 septembre). — M. le médecin-major de 1re classe Delacroix, médecin chef.

Hôpital militaire du Mont-Dore (15 mai au 30 septembre). — M. le médecin-major de 1re classe Langlois, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai au 26 octobre). — MM. le médecin-major de 1re classe Fauque; les médecins-majors de 2e classe Pambet, Dillenseger et Audouy.

Hôpital militaire de Barèges (12 juillet au 9 septembre). — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Chemin et Gorsse.

Hôpital militaire de Bourbonne (12 juillet au 15 septembre). — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Poulin et Robert.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (12 juillet au 15 septembre). — M. le médecin aide-major de 1re classe Spetebroet.

Hôpital militaire du Mont-Dore (12 juillet au 15 septembre). — M. le médecin aide-major de 1re classe Cadi.

Hôpital militaire de Vichy, (12 juillet au 25 septembre). — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lacaux, Nahon et Pages.

Hôpital militaire de Briançon (12 juillet au 15 septembre). — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Harter et Humann.

ASSOCIATION DES CHEFS DE CLINIQUE DE MONTPELLIER. — Tout récemment a eu lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, sous la présidence du docteur Diffre, l'assemblée générale des chefs de clinique de Montpellier (anciens et en

exercice); des délégués des facultés de Bordeaux, de Lille, de Toulouse, assistaient à la réunion.

L'assemblée avait surtout pour but de préparer et d'organiser le groupement des associations similaires des autres villes de faculté en une fédération générale.

Les vœux suivants ont été émis :

1° Assimilation des chefs de clinique aux préparateurs des facultés de médecine;

2° Représentation des chefs de clinique au Conseil supérieur de l'Instraction publique.

Ces vœux ont été transmis à M. le ministre de l'Instruction publique.

FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Nous recevons communication de l'ordre du jour sur le secret médical, voté par le Conseil d'administration le 26 février 1928 :

« Le respect du secret médical constitue pour le médecin une règle absolue en toute circonstance.

L'expérience du passé montre que la violation de ce secret n'a donné aucun résultat favorable dans les lois et règlements et confirme la justesse des principes fondamentaux de la médecine.

En conséquence, le Corps médical demande non seulement que le secret médical soit rigoureusement respecté par les lois et règlements futurs, mais aussi que les lois et règlements actuellement en vigueur soient revisés au même effet, dans la mesure du possible.

Il est à la disposition du législateur et des administrations publiques ou privées pour étudier avec eux les moyens d'assurer la défense de la santé publique sans violation du secret médical. »

Cet ordre du jour a été transmis à l'Académie de médecine.

ASSOCIATION DES ANATOMISTES. — Conformément aux décisions prises à Liége en 1926 et à Londres en 1927, l'Association des anatomistes tiendra sa XXIIIe réunion les 2, 3 et 4 avril prochain, à Prague.

ASSOCIATION DE L'ŒUVRE SOCIALE DU BON LAIT (11, rue de Valois, reconnue d'utilité publique). — L'assemblée générale annuelle de cette Association vient d'avoir lieu. D'après les renseignements fournis dans le rapport, pendant l'année 1927, elle a suivi dans ses dispensaires 6.774 enfants sur lesquels 54 décès seulement se sont produits, surveillé 246.055 analyses et contrôles de lait et vendu à prix réduit 93.660 litres de lait en bons.

Rappelons que tout adhérent à cette Œuvre a droit à deux analyses gratuites de lait par an.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaston Odin, Henriot et Joseph Costilhes (de Paris), François Colanéri (de Reims).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, du 2 avril au 15 avril, avec le concours de M. Lance, assistant d'orthopédie; M. Aurousseau, chef de clinique; M. Saint-Girons, chef de laboratoire; M. Huc, ancien chef de clinique.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 23 avril au samedi 28 avril 1928 inclus, par MM. Sergent, Pruvost, Francis Bordet, Cottenot, Mignot, Henri Durand, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Couvreux et Benda.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les examens pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — NOUVELLE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Un cours de perfectionnement aura lieu, du lundi 16 juillet au samedi 28 juillet 1928, sous la direction du professeur Canuyt, avec la collaboration de MM. les professeurs Borrel, Leriche, Pautrier, Rohmer et Schwartz, de M. le docteur Terracol, professeur agrégé; de MM. Gunsett et Vaucher, chargés de cours; de M. le docteur Woringer, chef de laboratoire, et M. le docteur Joublot, chef de clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique. Les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'examen, aux méthodes de traitement et aux exercices de médecine opératoire.

La Clinique oto-rhino-laryngologique contient 102 lits répartis en service d'hommes, de femmes, d'isolés et surtout d'enfants.

Un développement tout particulier sera donné à l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie chez les enfants.

La Clinique possède un laboratoire, une bibliothèque qui renferme tous les ouvrages intéressant la spécialité et la collection des atlas et des périodiques, un musée photographique, radiographique et histologique. Les auditeurs y auront accès.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Canuyt.

Droit d'inscription : 300 fr.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — MM. les docteurs Bensaude, Le Noir et Félix Ramond feront, du 23 avril au 13 mai, une série de conférences de gastro-entérologie avec travaux pratiques.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques se faire inscrire à l'hôpital Saint-Antoine.

Droit d'inscription : 250 fr.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé à la fin du cours. Le prix du voyage à Vichy sera fixé ultérieurement.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — M. Leveuf fera le dimanche 25 mars, à 10 h. précises, à l'amphithéâtre des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères, une conférence sur « Le traitement de l'ostéomyélite des adolescents. »

MALADIE DE BUERGER

APERÇUS GÉNÉRAUX ET OBSERVATION CLINIQUE

Par Antonio BELLEROSE,
Assistant à l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Deux raisons m'ont déterminé à désigner par un nom propre la maladie que je dois étudier avec vous : d'abord, je désire attirer l'attention sur l'effort intellectuel qui se fait aux Etats-Unis dans le domaine médical — il s'y trouve des hommes dont les travaux scientifiques portent l'empreinte de la personnalité — puis, je le fais pour rendre un témoignage de reconnaissance à Léo Buerger (de New-York); son livre, *Circulatory disturbances of the extremities*, ajoute un chapitre à la pathologie des lésions vasculaires, et individualise une nouvelle maladie dont il faudra tenir compte dans nos études.

La maladie de Buerger, ou comme il l'appelle lui-même, la « thrombo-angiitis obliterans », semble avoir été confondue avec une infinité d'autres affections vasculaires des extrémités; ici on l'appelait « endartérite ou artérite oblitérante », « gangrène présénile », « gangrène juvénile », là, « spontan gangran », « endartéritis oblitérans ». En 1924, lorsque Buerger publia son volume, elle prit le nom de « thrombo-angiitis obliterans », ce nom est accepté aujourd'hui dans tous les pays de langue anglaise et s'introduit actuellement dans les autres pays : en France, on l'appelle maladie de Buerger ou thrombo-angéite oblitérante.

Définition. — C'est une affection caractérisée par l'inflammation de gros troncs vasculaires, veines et artères, suivie de thrombose oblitérante avec troubles trophiques aboutissant la plupart du temps à la gangrène.

Siège. — Le plus souvent elle siège aux membres inférieurs, et se rencontre très rarement aux membres supérieurs. Buerger l'a trouvé dans les vaisseaux spermatiques et Murphy dans ceux du rein. Dans ce travail, j'aurai en vue les membres inférieurs.

Étiologie. — La cause n'est pas encore parfaitement établie, les observations cliniques et les recherches anatomo-pathologiques de Buerger et de Parks Weber indiquent qu'il s'agit selon toute probabilité, d'un agent infectieux. Ce germe n'a pas encore été isolé.

Si l'on en juge par la littérature médicale, cette maladie jusqu'à ces dernières années semblait limiter son champ d'action à la race juive et à la race japonaise; des 500 cas observés par Buerger, 490 appartiennent à ces nationalités. Depuis un an ou deux, on s'est aperçu qu'elle se rencontre assez souvent en dehors des deux races précitées, si bien que le professeur P. Delbet pouvait dire, il y a quelques mois, que la maladie de Buerger s'étend rapidement et progressivement sur le monde entier.

Le sexe féminin semble en être indemne ou à peu près indemne; il n'est atteint que dans la proportion de 1 p. 100.

Les individus atteints sont ordinairement jeunes, de vingt à trente-cinq ans.

On a invoqué comme causes : le tabac (Erb), les traumatismes répétés, l'exposition répétée des membres inférieurs au froid ou à la chaleur, les aliments malsains (Delbet), l'hyperadrénalinémie (Leriche), l'hyperviscosité sanguine (Meyer), l'hyperglycosurie, l'hypercholestérinémie, etc. Il ressort des études de Buerger lui-même, que ces causes n'existent pas dans la plupart des cas, excepté le tabac auquel il semble accorder une certaine importance.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique fournit des renseignements intéressants. Les recherches de Buerger portent sur quarante-six membres amputés et vingt-cinq biopsies prises dans les cas de thrombo-phlébite superficielle. Elles établissent : 1° que des lésions existent aussi bien dans les veines que dans les artères; 2° que l'oblitération primitive est due à un caillot.

Lésions macroscopiques. — Elles siègent la plupart du temps dans les vaisseaux de la jambe, tronc tibio-péronier, etc., elles se voient beaucoup plus rarement dans ceux de la cuisse.

Les vaisseaux sont oblitérés sur une plus ou moins grande étendue. La section d'une portion thrombosée permet de distinguer la paroi du vaisseau de la masse solide qui le remplit, cette dernière est jaunâtre et percée de fines ouvertures d'où la pression fait sourdre des gouttelettes de sang rouge. En dehors de ces régions, la lumière des vaisseaux est diminuée et leur paroi épaissie : naturellement il s'agit ici de lésions anciennes.

Lésions histologiques. — Elles diffèrent selon que l'on a affaire à la période initiale ou à la période de cicatrisation.

Période initiale. — A cette période, l'étude histologique porte le plus souvent sur les lésions des veines superficielles. La paroi de la veine présente dans sa totalité les caractères de l'inflammation aiguë. La média, l'adventice et même les tissus périvasculaires sont infiltrés de leucocytes polynucléaires, la lumière du vaisseau est remplie par un caillot rouge.

Période de cicatrisation. — La lésion la plus apparente est l'obstruction des vaisseaux, veines et artères, par du tissu conjonctif nettement différencié de celui des parois vasculaires (absence de fibres élastiques).

Même à cette période, Buerger a constaté des lésions aiguës, en certains points des vaisseaux profonds il a trouvé des caillots contenant des foyers purulents à polynucléaires et des abcès miliaires. En somme, comme il le dit, les lésions histologiques de la thrombo-angéite oblitérante sont par ordre chronologique : 1° une lésion inflammatoire aiguë avec thrombose; 2° la formation de foyers de cellules embryonnaires; 3° la canalisation du caillot; 4° la transformation des cellules embryonnaires en tissu cicatriciel avec disparition des éléments de l'inflam-

mation aiguë; 5° la formation d'un manchon fibreux qui engaine l'artère, les veines satellites et souvent le nerf.

Symptomatologie. — La symptomatologie de la thrombo-angéite est assez complexe, elle varie suivant l'âge et l'étendue des lésions. Pour la commodité de la description nous la diviserons en deux périodes : 1° la période aiguë ou prodromique; 2° la période chronique ou de cicatrisation.

En réalité, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement chez le malade, les périodes au lieu d'être nettement tranchées se superposent.

La période prodromique comprend les symptômes de la maladie per se, elle passe souvent inaperçue, ou parce que le malade ne juge pas à propos de consulter un médecin, ou parce que ce dernier attribue à d'autres causes les troubles légers pour lesquels on vient le consulter.

Au début, les symptômes subjectifs se résument à un simple malaise, parfois à des douleurs vagues dans la plante des pieds et dans le mollet. Ces douleurs sont calmées par le repos. (Claudication intermittente). Un examen attentif, assez souvent, révèle déjà la disparition des pulsations de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied, et toujours l'examen du sang montre une augmentation dans le nombre des leucocytes polynucléaires.

L'affection peut débuter simultanément dans les deux membres, le plus souvent elle débute dans un seul, le gauche habituellement.

Le diagnostic de thrombo-angéite oblitérante à la période initiale est difficile, elle se présente sous un aspect clinique qui ressemble à celui de beaucoup d'autres affections vasculaires. Il est pourtant des cas où même tout à fait au début, on peut faire un diagnostic à peu près certain, ce sont ceux qui présentent de la thrombophlébite migratrice de la saphène interne ou externe. Celle-ci se rencontre dans 20 p. 100 des cas, et permet d'étudier histologiquement les lésions anatomiques de la période aiguë.

La maladie de Buerger est une affection du jeune âge, elle s'attaque à des individus ayant un cœur sain, une vis à tergo puissante et un pouvoir de compensation considérable, c'est pourquoi il se passe des mois, parfois même des années, avant qu'apparaissent les troubles caractéristiques de la seconde période.

La période chronique, en plus des symptômes du début, comprend ceux de la maladie in se, c'est-à-dire les troubles trophiques.

Apparence du membre. — Même dans les formes atténuées, on note des altérations trophiques des ongles, ceux-ci ne poussent pas ou poussent déformés. L'extrémité distale de l'orteil est bouffie, la peau d'épaisseur normale a perdu son élasticité, elle ressemble au cuir. La jambe, souvent même la cuisse sont atrophiées.

Ischémie. — Abstraction faite des régions gangrénées ou en éminence de gangrène, le pied et plus particulièrement les orteils présentent une coloration rosée ou rouge, si le membre lésé est en position déclive.

Angle de compensation circulatoire. — Le malade étant en décubitus dorsal, si on élève le membre au-dessus de la ligne horizontale pour le placer dans un plan vertical, une pâleur livide remplace la coloration rouge des orteils. Dans les mauvais cas, l'ischémie apparaît à 45 p. 100 au-dessus du plan horizontal, dans les cas extrêmes, elle persiste à 20 p. 100 en-dessous du plan horizontal. Plus vite elle apparaît, plus considérable est l'obstruction vasculaire.

Rougeur. — On l'observe chez certains individus atteints de thrombo-angéite oblitérante, elle disparaît si on élève le membre dans le plan vertical, le malade étant couché. Elle est due à ce que la circulation se fait surtout par la périphérie au moyen des capillaires qui sont dans un état de vaso-dilatation chronique.

Cyanose. — Si l'obstruction veineuse est considérable, le pied en position déclive est cyanosé, à l'élévation du membre l'ischémie remplace cette cyanose.

Œdème. — Lors des poussées de phlébites migratrices, on note un œdème superficiel dans le territoire de la veine thrombosée.

Modification osseuse. — Contrairement à ce qui se produit dans la maladie de Raynaud, les phalangettes ne subissent aucune modification osseuse en dehors de la période gangréneuse, comme le démontre la radiographie.

Pulsations. — L'absence des pulsations au niveau des membres est considérée comme un élément essentiel au diagnostic de la maladie de Buerger, surtout lorsque cette absence persiste après l'épreuve du bain chaud préconisée par Babinsky.

On note l'abolition des pulsations dans la dorsale du pied et la tibiale postérieure, plus rarement dans la fémorale. Lorsque les vaisseaux atteints sont imperceptibles au toucher, l'oscillométrie, nous renseigne sur leur plus ou moins grande perméabilité (J. Heitz).

Douleur. — La douleur, qui au début de la maladie est légère, devient insupportable chez certains individus à la période des troubles trophiques, souvent même la morphine est sans action. Les douleurs causées par la marche se localisent dans le mollet, celles du décubitus se manifestent au talon et dans les orteils, elles apparaissent après deux ou trois heures de sommeil; pour les calmer, le malade laisse pendre ses membres en dehors du lit.

Gangrène. — La gangrène peut frapper d'emblée tout un segment de membre, ou bien se cantonner à un ou plusieurs orteils. Dans la gangrène diffuse les douleurs sont modérées, dans les gangrènes partielles et localisées elles sont atroces : de longs jours, de longues nuits s'écoulent avant qu'apparaisse le sillon d'élimination et que l'escharre se détache. On peut considérer comme menacée de gangrène toute région présentant une pâleur ischémique, qui ne disparaît ni dans la position déclive, ni à l'épreuve du bain chaud.

Formes cliniques. — La thrombo-angéite est

une maladie lente et progressive dont la symptomatologie diffère légèrement selon les individus atteints et l'étendue des lésions.

La période prodromique peut passer complètement inaperçue, souvent on ne reconnaît l'affection que lorsque le deuxième membres est pris, ou bien lorsque apparaissent les troubles trophiques.

A la période chronique, on peut diviser les malades en différentes classes selon l'ensemble des symptômes qu'ils présentent.

Ceux qui ne souffrent que de claudication.

Ceux qui souffrent de claudication intermittente et présentent de l'ischémie à l'élévation du membre avec rougeur en déclivité et asphygmie de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied.

Ceux présentant les symptômes typiques : claudication intermittente, rougeur ou érythromélie en déclivité, ischémie en élévation, troubles trophiques avec gangrène localisée.

Ceux chez qui sont disparus les troubles subjectifs et objectifs, moins l'asphygmie de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied.

Ceux chez qui les membres supérieurs sont atteints après les membres inférieurs.

Les cas foudroyants où la gangrène se déclare un ou deux mois après le début de la maladie.

Pronostic. — Dans 78 p. 100 des cas, l'amputation devient nécessaire, soit à cause des douleurs, soit à cause de la gangrène; celle-ci d'une façon générale apparaît de deux à quinze ans après le début de l'affection. Si l'on sait intervenir à temps, il est très rare que la thrombo-angéite oblitérante cause la mort, cependant il faut toujours craindre l'embolie.

Diagnostic. — Certaines données cliniques nous permettent de faire le diagnostic de la maladie de Buerger. Ce sont :

La race, les Juifs surtout en sont affectés.

Le sexe, 99 p. 100 des sujets atteints sont des hommes.

Son début aux membres inférieurs.

La claudication intermittente précoce.

La thrombo-phlébite superficielle migratrice.

L'absence de pulsations dans les vaisseaux après l'épreuve du bain.

La pâleur des extrémités dans la position élevée et leur rougeur dans la position déclive.

L'âge, vingt à trente-cinq ans.

L'évolution lente, progressive, conduisant à la gangrène d'un membre, très souvent des deux.

Traitement. — Jusqu'à présent il n'existe aucun traitement spécifique reconnu comme étant efficace à la période aiguë. Peut-être les injections intraveineuses d'un bactéricide, comme le novo-arsénobenzol, sont-elles efficaces? Les observations de Buerger ne permettent pas encore de se prononcer d'une façon définitive.

A la période chronique, il faut éviter tout ce qui peut détruire l'équilibre nutritif qui s'est établi par la compensation circulatoire. Il faut éviter :

La station debout prolongée.

Les longues marches.

Les compressions par les chaussures ou les jarretelles.

L'exposition au froid.

Les blessures.

a. *Traitement conservateur.* — Contre la douleur. La diathermie est ce qui m'a donné le plus de succès contre la douleur.

Contre la déficience circulatoire, on emploie :

Les mouvements actifs. Le malade, étant dans le décubitus dorsal, élève pendant une à trois minutes le membre lésé en position verticale, puis il le ramène en position déclive pendant trois à cinq minutes et le laisse reposer pendant cinq minutes dans le plan horizontal. Ces mouvements sont répétés six ou sept fois à chaque séance, si les douleurs ne sont pas trop grandes, on fait cinq séances par jour.

La chaleur produite par l'air chaud, par l'eau chaude, par des lumières électriques, ou l'electric pad.

La diathermie. C'est un excellent traitement pour ceux qui sont dans l'obligation de travailler.

Le sérum de Ringer en injections hypodermiques (500 centimètres cubes tous les deux jours).

b. *Traitement chirurgical.* — L'anastomose artério-veineuse ne donne rien et pour cause.

Il en est de même de la sympathectomie périartérielle.

L'amputation. Deux raisons peuvent nous forcer d'intervenir : d'abord les douleurs qui parfois deviennent intolérables, puis la gangrène. Si la gangrène se limite aux orteils, il vaut mieux attendre et surtout se garder de sacrifier tout le membre. Seule la gangrène massive du membre est une indication impérieuse de l'amputation immédiate à cause de la septicémie ou du shock qu'elle peut engendrer. La difficulté est de fixer le niveau où doit se faire l'incision, on peut recourir à l'épreuve de Moschcowitz. On enroule une bande d'Esmarch depuis l'extrémité du membre jusqu'à sa racine, on la maintient quelques minutes puis on l'enlève rapidement, alors apparaît une teinte rouge qui descend de la racine du membre et s'arrête à l'endroit où les tissus ne sont plus irrigués, c'est là qu'il faut inciser.

La surrénalectomie unilatérale, préconisée par von Oppel, est employée en France par Leriche dans le traitement de la maladie de Buerger.

Observation clinique. — W. H..., âgé de vingt-sept ans, médecin canadien français, se présente à la consultation pour gangrène du deuxième orteil droit; la douleur causée par cette plaie est devenue intolérable.

Maladie actuelle. — La maladie a débuté, au mois de septembre 1924, par l'apparition au mollet gauche d'une série de petits nodules (sept ou huit) sur le trajet de la saphène externe. Ces nodules, de forme allongée, ont la grosseur d'une fève et sont légèrement douloureux à la pression. L'affection durait déjà depuis deux mois, lorsque celui-ci vint me consulter : le diagnostic de thrombo-phlébite fut fait sans pouvoir en déterminer la cause, et après dix jours de traitement dans un hôpital le tout rentrait dans l'ordre ou du moins semblait rentrer dans l'ordre.

Au mois de juin 1925, le malade s'aperçoit que sa démarche devient difficile, une marche d'un kilomètre l'oblige à s'arrêter

deux ou trois fois pour faire disparaître, comme il le dit lui-même, la lassitude douloureuse qu'il ressent dans ses jambes.

Jusqu'à l'été 1926, la symptomatologie se résume à de la claudication intermittente. Au mois de juillet, un ongle incarné du gros orteil gauche, que j'attribue à des troubles trophiques, l'arrête dans l'exercice de ses fonctions et l'oblige à réfléchir un moment sur son état de santé. Il constate que les ongles de ses orteils ne poussent plus comme autrefois et que les poils se font de plus en plus rares sur ses pieds; bref, il s'aperçoit que ses membres inférieurs présentent des troubles de nutrition.

Dans les premiers jours de septembre apparaît, à la face interne du deuxième orteil droit près de la racine, un petit nodule suivi de la formation d'un œdème léger. En même temps que les douleurs deviennent presque intolérables, il note, à la face plantaire de cet orteil, une plaque de la grandeur d'un centime, présentant une pâleur cireuse. La tache, de blanche qu'elle est au début, devient bleuâtre, puis brunâtre; enfin, les tissus se mortifient et après un certain temps il se forme un sillon d'élimination.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier, si ce n'est qu'il est le septième d'une famille de neuf enfants, dont huit sont en bonne santé. Le père vivant est bien portant, la mère est morte d'un cancer d'estomac.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans l'enfance et l'adolescence. En 1922, il a été victime d'un accident qui, pendant un mois, a causé des douleurs dans le mollet gauche. Notre patient, qui mesure 5 pieds et 11 pouces, s'est toujours livré aux sports, surtout les courses à pied où il excellait pendant ses études universitaires.

Examen local. — Membre inférieur gauche : Les ongles sont déformés, petits, les poils ont disparu, la peau est sèche. En position déclive, le pied et les orteils sont cyanosés; si on élève la jambe dans le plan vertical, après avoir placé le malade en décubitus dorsal, le pied et les orteils prennent une coloration ivoire, ils présentent une pâleur livide qui disparaît lentement lorsque la jambe est ramenée en position horizontale. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied sont abolies, même après l'épreuve du bain chaud. L'indice oscillométrique est égal à la moitié de celui du membre supérieur.

Membre inférieur droit : Les ongles sont épaissis, leur bord libre est crénelé. L'ongle du deuxième orteil est en voie d'élimination, et à la face plantaire de cet orteil il y a une plaque de gangrène grande comme un centime. La moindre pression exercée sur cet orteil cause des douleurs intenses. En position déclive les orteils présentent une coloration rouge vif, alors que le pied et la jambe sont très pâles; si l'on élève celle-ci, le malade étant couché, les orteils deviennent à leur tour d'une pâleur cireuse qui ne disparaît que lorsque le pied est à 80 degrés, c'est-à-dire 10 degrés au-dessous de l'horizontale. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied n'existent pas, même après l'épreuve de Babinski. L'indice oscillométrique est un quart de celui du membre supérieur. Il y a un œdème léger sur le trajet de la saphène commençant près de la malléole interne. Une radiographie du pied droit montre une calcification normale des phalangettes; les artères sont invisibles.

Examen général. — La température oscille entre 97° et 98° Farenheit, la pression est 13 maxima, 7,6 minima. Le métabolisme est légèrement augmenté.

Système sensoriel. — Normal.

Système nerveux. — Les réflexes rotuliens et achilléens sont considérablement diminués.

Système respiratoire. — Normal : radiographie négative, examen des crachats négatif.

Système digestif. — Normal.

Système vasculaire. — Le cœur est normal, les vaisseaux sanguins des membres inférieurs sont lésés.

L'examen du sang donne :

Globules rouges	3.600.000
Globules blancs	4.687
Polynucléaires	86 p. 100
Mononucléaires	8 p. 100
Lymphocytes	5 p. 100
Eosinophiles	1 p. 100
Hémoglobine	79 p. 100
Valeur globulaire	9,9
Alcalinité normale.	
Urée	0g46

Dosage du sucre normal.

Dosage de la cholestérine normal.

Bordet-Wassermann négatif.

Culture du sang négative.

Système génito-urinaire. — L'analyse d'urine donne des tracés d'albumine.

Système cutanéo-osseux musculaire. — Troubles de la maladie actuelle.

Diagnostic. — Thrombo-angéite oblitérante des membres inférieurs ou maladie de Buerger.

Traitement. — 1. CHIRURGICAL. — Désarticulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil droit à cause de la douleur qui est devenue insupportable.

2. MÉDICAL. — Il faut éviter la station debout, la marche, la compression par les chaussures et les jarretelles, le froid, les blessures.

Contre la douleur et la déficience circulatoire, j'ai conseillé la diathermie, deux séances de vingt minutes par jour.

L'amputation a fait disparaître la douleur ressentie dans le deuxième orteil droit, mais l'oblitération des troncs vasculaires des deux jambes existe toujours. La claudication intermittente devient de plus en plus prononcée. Le malade, revu il y a un mois, déclare qu'il peut à peine faire cent pas sans s'arrêter; il éprouve alors la même sensation que si l'on comprimait ses mollets dans les mâchoires d'un étau. La nuit, après deux ou trois heures de sommeil, il doit se lever pour calmer la douleur qui envahit ses orteils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 MARS 1928)

Œdème inflammatoire et cellulite. — M. COMBY rapporte quelques cas offrant des analogies avec ceux de M. Etienne May et Mlle G. Dreyfus-Sée.

1. Garçon de trois ans et demi présente, à la suite d'une grippe, des plaques d'œdème pseudo-inflammatoire au-dessus du coude droit, à la face externe de la cuisse gauche, au dos de la main droite, ensuite l'enfant s'étant levé trop tôt on a assisté à deux poussées de purpura orthostatique aux jambes; guérison.

2. Jeune homme de vingt-deux ans; champion de tennis; sensibilité et gêne des mouvements à la racine des cuisses. On constate la présence, sous la peau des régions inguino-crurales, de petites nodosités sous-cutanées, peu dures et peu douloureuses à la pression. Ces noyaux de cellulite ont disparu complètement, en quelques jours, par le repos et des applications émollientes.

3. Garçon de dix-huit ans, fatigué. Une large plaque d'œdème pseudo-inflammatoire s'est formée, faisant redouter la suppuration. Pas d'adénopathie inguinale. Induration étendue, sans chaleur notable, sans douleur bien vive par la

pression. Repos, applications émollientes. Guérison complète par résolution en une semaine.

Des rapports de la réactivité antitoxique et de l'anergie. — M. Chr. ZOELLER. En matière d'immunité antidiphtérique trois éléments d'information peuvent être utilisés : les données de la réaction de Schick ne donnent qu'une appréciation qualitative; l'étude de la réactivité antitoxique met en évidence un élément dynamique de l'immunité.

L'auteur montre la persistance de la réactivité antitoxique chez les rougeoleux; ceci quelles que soient les variations de l'anergie tuberculinique exprimées par la cuti-réaction. L'éclipse de l'allergie tuberculinique au cours de la rougeole ne s'accompagnerait donc pas obligatoirement d'une éclipse de la réactivité, d'une irréactivité totale passagère.

Coexistence chez le même malade de deux côtes cervicales et d'une atrophie des muscles de l'éminence thénar. — MM. RIST et HIRSCHBERG.

La vaccination antituberculeuse de l'enfant par le B. C. G. (voie digestive et sous-cutanée). — MM. WEILL-HALLÉ et TURPIN. 1. La vaccination antituberculeuse par le B. C. G., pratiquée sur des sujets non contaminés antérieurement, est sûrement inoffensive.

2. Elle peut être effectuée, soit par voie digestive dans les dix premiers jours de la naissance, soit par voie sous-cutanée au delà de ce terme.

3. Par voie digestive, on fait ingérer au nouveau-né trois doses de 1 centigramme de B. C. G.

4. Par voie sous-cutanée, on injecte une dose variant de $0^{mmg}02$ à $0^{mmg}5$.

5. L'injection sous-cutanée sera précédée d'une période d'observation de cinq à six semaines, avec contrôle de cuti-réaction négative.

6. Les résultats fournis par sept années d'observation, les essais confirmatifs pratiqués en France et à l'étranger, autorisent à recommander l'extension de la méthode aux nourrissons menacés, aux nourrissons non menacés dont les familles sollicitent la vaccination, aux adultes notamment et au personnel infirmier.

Pleurésie purulente aiguë devenue chronique et reconnue tardivement tuberculeuse. — MM. Maurice RENAUD et JUGE. Cette observation est intéressante pour l'histoire des pleurésies dites chroniques. En raison de la difficulté qu'on a eue à établir le diagnostic de tuberculose, on peut se demander si certaines des pleurésies chroniques intarissables ne sont pas elles aussi de nature tuberculeuse, et si ce n'est pas la vraie raison pour laquelle échouent la plupart des énormes interventions chirurgicales dirigées contre elles.

Elle montre surtout qu'une pleurésie tuberculeuse peut être largement ouverte, non seulement sans dommage, mais avec le plus grand bénéfice, car l'état général ne se maintient excellent que grâce au drainage.

Poliomyélite antérieure consécutive à une vaccination antityphoïdique. — MM. ALAJOUANINE, FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER présentent un malade de vingt et un ans qui fut atteint, dans les quarante-huit heures suivant une revaccination antityphoïdique, d'un syndrome de poliomyélite antérieure, avec monoplégie du membre inférieur gauche. Il présente encore six mois plus tard une monoparésie de ce membre avec réaction de dégénérescence partielle du jambier antérieur et grosse amyotrophie de la cuisse.

Processus d'oblitération complète de la sous-clavière et de la carotide primitive gauche et incomplète de la sous-clavière droite chez un aortique. — MM. Etienne BERNARD, Gilbert DREYFUS et FOULON présentent l'observation anatomo-clinique d'une aortite syphilitique compliquée d'oblitération des gros vaisseaux nés de la crosse aortique; sténose complète de la carotide primitive gauche due à des placards d'aortite rendant punctiforme l'orifice du vaisseau; sténose complète de la sous-clavière gauche qui relevait d'un thrombus obstruant le vaisseau à un centimètre de son origine; sténose incomplète de la sous-clavière droite diagnostiquée par l'existence d'un thrill systolique et due à un épaississement si marqué de l'intima et de la mésartère qu'un clivage des tuniques se produisit à l'ouverture du vaisseau.

Infarctus rénal « en corbeille ». — M. APERT et Mlle BACH présentent les deux reins d'un enfant de quatorze ans qui a subitement succombé en urémie aiguë; la substance corticale des deux reins est nécrosée dans sa totalité, tandis que la substance pyramidale est respectée; un liséré hémorragique sépare les deux substances.

Algies précordiales et encéphalite épidémique. — MM. MUSSIOOURNIER, GARRA, ROCCA et MONESTIER (de Montevideo).

Amibiase pulmonaire pure à rechutes, guérie par l'émétine, le stovarsol et le tréparsol. — MM. VIALARD et PAPONNET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1928)

A propos des urétéro-anastomoses. — M. HARTMANN, après la communication récente de M. BAZY, apporte une observation identique; malade opérée par lui pour hydronéphrose intermittente, par urétéro-pyélo-néostomie, revue en bon état après vingt et un ans.

Tumeur du maxillaire. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation de M. R. MONOD qui, chez un homme de vingt-trois ans a enlevé après ligature de la carotide, une tumeur du maxillaire supérieur à développement considérable et a obtenu la guérison du malade; il s'agissait, d'après l'examen de M. LECÈNE d'un fibro-myxome.

Tumeurs à myéloplaxes. — M. ABADIE (d'Oran), communique deux observations rares; une de tumeur de la synoviale du genou, et une de rotule géante (9×11^{cm}); extirpation dans les deux cas; il s'agissait de tumeurs à myéloplaxes. M. Abadie fait suivre sa communication de projections des examens radiologiques et histologiques des pièces.

Exploration de la fonction chromagogue du foie au cours des anesthésies et interventions chirurgicales. — MM. Noël FIESSINGER et Henry WALTER résument leurs études sur l'exploration du foie par leur technique du rose bengale chez soixante-cinq opérés. Les opérations sans anesthésie ou les anesthésies locales et le protoxyde d'azote pur ne modifient pas la fonction chromagogue. Dans la majorité des cas, le chloroforme élève le taux du rose bengale et le coefficient d'élévation suit la courbe de la durée de l'anesthésie. Avec l'éther, élévation du rose bengale dans les trois quarts des cas. Le balsoforme agit d'une façon analogue, de même les anesthésies au protoxyde-éther, et les rachi-stovaïne avec éther. En établissant pour un temps moyen d'anesthésie, un coefficient moyen d'élévation, les auteurs inscrivent en tête le chloroforme, mais montrent que les anesthésiques d'inhalation élèvent tous le taux rétentionnel du rose bengale. Ils comparent les taux ainsi obtenus avec le taux de la bilirubinémie jugé par l'indice biliaire plasmatique et par la réaction au diazonium de H. van den Bergh. Le chloroforme élève toujours la bilirubinémie, l'éther plus rarement, le balsoforme presque autant. Le protoxyde agit sur la rétention biliaire, les anesthésies locales pas du tout. Les anesthésiques n'exercent pas constamment la même influence sur les deux fonctions chromagogue et biliaire. Ainsi l'éther élève plus le rose que la bilirubinémie, tandis que le chloroforme élève les deux à la fois.

Les auteurs cherchent d'après ces constatations à baser un pronostic opératoire. Ils étudient des faits séparés avec taux élevés de rose avant ou après l'opération. Certes des chiffres élevés de rose appellent un pronostic des plus réservés; mais les surprises sont toujours possibles et les renseignements de laboratoire ne peuvent se substituer aux renseignements cliniques. Le rose bengale ne fournit qu'un renseignement sur la fonction hépatique; il a certes autant d'importance que la recherche de l'azotémie, mais il n'a pas de valeur à l'état isolé; il entre dans le faisceau clinique, en permettant d'évaluer le mode fonctionnel du foie avant et après l'intervention chirurgicale.

Kyste de l'ovaire à bacilles d'Eberth. — M. Abadie (d'Oran) communique l'observation d'une femme à qui il enleva un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire à bacilles d'Eberth. C'est une lésion rare, quatorze cas seulement ont été publiés jusqu'à présent.

Actinomycose et radium. — M. Proust fait un rapport sur un travail envoyé par MM. Corniollet et Fischer; actinomycose chez un jeune homme, tumeur sous-maxillaire fistulisée, traitement par injection intraveineuse d'un sérum à base d'émanation de radium, avec valeur en radium de 17 mmcuries, guérison depuis plusieurs années.

M. Dehelly a eu un échec complet dans un cas d'actinomycose traité par l'iodure.

M. Gernez a fait faire des dosages dans les cas d'actinomycose et n'a eu des résultats que chez des malades en état de rétention iodurée; il donne des doses considérables d'iodure.

Fractures de l'humérus. — M. Mouchet fait un rapport sur un travail de MM. Marcel Lheureux (de Lille) et Bressot (de Constantine), sur les fractures de l'humérus par contraction musculaire violente chez les lanceurs de grenade. Il étudie le mécanisme de ces fractures que les auteurs ont traitées soit par appareil plâtré, soit par application de l'attelle de Rouvillois.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SITUATION DENTAIRE

L'art dentaire, trop longtemps tenu à l'écart, est sur le point de prendre, parmi les spécialités médicales, la place qu'il devrait avoir depuis longtemps. Ce sont des questions de personne qui ont retardé cette évolution normale à laquelle tout le monde, praticiens et patients, étaient intéressés.

Seuls, les dirigeants des groupements odontologiques étaient désireux de maintenir le plus longtemps possible une situation qui leur valait quelques avantages; mais, dans l'ensemble, les chirurgiens-dentistes avaient depuis longtemps constaté que l'intérêt de la profession tout entière était en opposition avec celui ou ceux de ces dirigeants.

Toujours est-il que la question dentaire est entrée dans une phase nouvelle à la suite du dépôt, au Sénat, du projet de loi de MM. Milan et Rio. Ce projet remet l'art dentaire à sa place normale, décidant que nul ne pourra exercer cette spécialité s'il n'est préalablement docteur en médecine.

La solution ainsi apportée à cette question irritante est conforme aux désirs maintes fois exprimés par les Facultés de médecine et les syndicats médicaux, comme elle l'est au plus élémentaire bon sens.

Les temps sont donc proches et les protagonistes du « doctorat en chirurgie dentaire » et autres billevesées ne vont pas tarder à demander l'aman. Cependant le Corps médical ne doit point cesser de suivre de très près cette évolution. Elle comporte des mesures de transition et s'il convient qu'elles soient aussi larges que possible, qu'elles tiennent compte des droits acquis, tant des personnes que des établissements sérieux d'enseignement, il importe également qu'elles ne portent atteinte d'aucune façon au doctorat en médecine.

A. Herpin.

PROPOSITION DE LOI AYANT POUR OBJET DE MODIFIER LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Présentée par MM. Milan et Rio, sénateurs.

Exposé des motifs

Messieurs,

Les études médicales complètes, sanctionnées par le titre de docteur en médecine, constituent le minimum de culture médicale générale indispensable à l'exercice de toutes les branches de l'art de guérir. L'art dentaire ne saurait plus longtemps échapper à cette nécessité.

La volonté d'autonomie qui tend à séparer l'art dentaire définitivement de la médecine, n'est que l'héritage d'une époque où l'on pratiquait cet art par des moyens et suivant une conception purement mécaniques; tout ceci, sans discernement de la complexité des états morbides auxquels s'appliquait une thérapeutique aussi rudimentaire.

La loi du 19 ventôse an XI, n'avait pas mentionné l'art dentaire. Après l'arrêt de la Cour d'Amiens, confirmant en 1846 que « la loi du 19 ventôse an XI n'est point applicable aux dentistes », les empiriques devinrent si nombreux et menacèrent si gravement la santé publique, que le législateur dut intervenir en 1892.

Avant de remettre cette spécialité entre les mains des docteurs en médecine, la loi du 30 novembre voulut seulement qu'une certaine période en permît la réorganisation, et c'est dans cette intention que fut créé le diplôme de chirurgien-dentiste. Les rapports préparatoires et les discussions devant le Parlement ont insisté sur le caractère provisoire de cette législation.

Le législateur avait donc parfaitement compris le danger d'une autonomie définitive d'une branche quelconque de l'art de guérir, autonomie qui eût pu, dans l'avenir, servir d'amorce à un démembrement progressif de la médecine.

Aujourd'hui, la stomatologie est devenue une spécialité extrêmement vaste, elle déborde de tous côtés le cadre de l'art dentaire, et il est nécessaire, pour la protection de la santé publique, que les études générales préparant aux soins de la bouche et des dents soient identiques à celles que l'on exige à la base des autres spécialités médico-chirurgicales et que personne ne songe à discuter.

Il n'y a pas moins de liens entre les états morbides qui arment la main du chirurgien, celle de l'ophtalmologiste ou de l'auriste et l'état général, qu'entre les états morbides que le stomatologiste doit interpréter au regard de l'état général, avant de les traiter.

La pathologie buccale, dans chacune de ses manifestations, nécessite la recherche des causes éloignées, et, inversement, nombre de maladies de la bouche jouent un rôle capital dans l'origine des maladies générales.

Depuis 1892, l'évolution des sciences médicales a véritablement transformé l'art de guérir. L'art dentaire seul n'a pu, dans les conditions spéciales où il était placé, progresser aussi rapidement que les autres portions de la médecine. Orienté par des préoccupations surtout techniques, il se trouve aujourd'hui devant des problèmes de pathologie et de thérapeutique qu'il ne saurait résoudre.

Il faut donc conclure que le chirurgien-dentiste est forcément, et sera de plus en plus, impuissant s'il renonce aux thérapeutiques qui dépasseut sa compétence, ou dangereux, s'il les utilise. La même observation s'applique du reste à l'emploi de médicaments toxiques.

Le moment est donc venu d'exiger des études médicales complètes pour l'exercice de l'art dentaire.

Modifier encore une fois le statut actuel des chirurgiens-dentistes, sans aller jusqu'au doctorat en médecine, ne répondrait pas, nous venons de le démontrer, aux exigences de la santé publique. Outre que toute réforme partielle déterminerait un temps d'arrêt retardant la seule solution nécessaire, il faut insister sur le caractère illusoire qu'elle présenterait.

Il ne s'agit pas d'augmenter plus ou moins par un dosage, toujours discutable, les connaissances médicales théoriques des chirurgiens-dentistes, il s'agit de faire de ceux-ci, de véritables médecins, abordant leur spécialité avec une culture, une mentalité et des disciplines médicales.

Si la stomatologie doit être introduite dans la médecine et si le praticien qui veut exercer cette spécialité doit être docteur en médecine, il est non moins nécessaire que tous les médecins possèdent des notions de stomatologie, ne serait-ce qu'à cause de l'extrême fréquence des affections bucco-dentaires et des complications graves qu'elles déterminent, et des services incalculables qu'ils pourraient rendre à la population rurale et des petites villes.

Aucune objection de principe sérieuse n'a pu être faite à la thèse stomatologique, et les partisans du maintien d'un diplôme restreint, n'objectent, en réalité, que les répercussions possibles sur le nombre de praticiens nécessaires au traitement de la population.

Cette objection ne résiste pas à la discussion.

Les chirurgiens-dentistes actuels conserveront évidemment tous leurs droits à l'exercice de leur profession. De plus, pendant un certain délai — quatre années par exemple — les études de chirurgien-dentiste continueront à pouvoir être entreprises suivant le régime actuel. Compte tenu de la durée des études, la période transitoire serait donc de neuf années au minimum.

Cette période permettra une adaptation progressive du nombre des médecins spécialisés aux besoins de la santé publique.

Depuis quarante ans de nombreuses spécialités se sont créées ou développées : chirurgie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, radiologie, électrologie, stomatologie elle-même dans la mesure où l'a permis l'existence des chirurgiens-dentistes, etc., etc... C'est un fait, que le recrutement des médecins spécialisés n'a pas été inférieur aux besoins, et qu'il ne s'est nullement effectué au détriment des autres branches de la médecine.

Il est certain que l'obligation du doctorat en médecine étant votée, un très grand nombre d'étudiants en médecine se dirigeront vers la stomatologie. Ce nombre augmente déjà chaque année, combien davantage augmentera-t-il lorsque la réforme aura fait tomber les derniers préjugés qui détournent encore de cette spécialité, et, lorsque nouvellement ouverte à l'activité médicale, elle offrira un débouché où la réussite semblera à la fois plus certaine et plus rapide.

Une autre source de recrutement des plus importantes existera dans le milieu même où se seraient recrutés les chirurgiens-dentistes, le baccalauréat étant réclamé dès maintenant par les partisans du maintien du diplôme restreint.

En réalité, le problème n'est pas tant de quantité que de répartition.

Plus encore que les médecins, les chirurgiens dentistes s'entassent dans les grandes villes, et la concurrence acharnée qu'ils se font les uns aux autres — concurrence dont les modes de publicité qu'ils emploient est une preuve trop évidente — démontre bien la disproportion de leur nombre avec celui qu'exigerait une saine médecine stomatologique.

Qu'il n'y ait pas assez de dentistes dans certaines campagnes, cela est possible, mais comment y faire refluer le trop plein des grandes villes? C'est là un problème social et économique et non un problème médical. Nous estimons, du reste, que seule la solution stomatologique intégrale permettra de le résoudre :

En effet, le jour où tous les médecins posséderont les notions générales indispensables de stomatologie, le médecin de campagne desservant de très petites localités, comme il fait du reste pour la plupart des spécialités médicales, adjoindra de plus en plus à sa pratique, les interventions les plus courantes de la stomatologie. Il est certain que son effort portera plutôt sur la stomatologie que sur les autres spécialités, car il aura la certitude d'y trouver un complément d'honoraires fort intéressant. Dans les campagnes où le médecin vit difficilement, où surtout le dentiste ne pourrait vivre, le médecin faisant un peu de stomatologie pourra se maintenir. Le médecin et les populations des bourgs ou des campagnes ne pourront que reconnaître les avantages de la situation nouvelle.

En résumé, deux conceptions s'opposent :

L'une, celle des odontologistes, s'objective dans le terme « art dentaire ». Elle considère celui-ci comme une spécialité presque entièrement faite et s'inspire de tendances avant tout techniques. Si elle envisage la nécessité d'une culture générale, c'est en la limitant strictement à ce qui est immédiatement indispensable aux applications techniques.

L'autre conception, qui est celle des stomatologistes, considère la stomatologie comme une spécialité presque entièrement à faire qui absorbe et déborde l'art dentaire, et dont l'intégration dans la médecine permettra seule le développement. La technique pour eux ne saurait, pas plus ici du reste qu'en aucune autre spécialité médicale, constituer une fin, mais un moyen.

Conclusion. — Pour les raisons précisées dans cet exposé des motifs, l'intérêt public exige, étant donné les progrès de la science, que les études médicales complètes soient exigées pour l'exercice de la stomatologie et que les dispositions légales relatives à l'art dentaire soient abrogées. Les mêmes connaissances générales seront ainsi désormais exigées de tous les praticiens de l'art de guérir.

C'est pourquoi nous proposons les modifications suivantes au texte de la loi de 1892 :

PROPOSITION DE LOI

Article premier. — L'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine. »

Art. 2. — Il est ajouté à l'article 29 de la loi du 30 novembre 1892, l'alinéa suivant :

« Les chirurgiens-dentistes reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après auront le droit d'exercer l'art dentaire sur tout le territoire de la République, dans les conditions fixées par la loi du 30 novembre 1892. »

Art. 3. — Il est ajouté à l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 l'alinéa suivant :

« Il en sera de même pour les étudiants qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. »

Art. 4. — La présente loi ne sera exécutoire que quatre ans après la promulgation. Elle est applicable à l'Algérie et aux Colonies.

Art. 5. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un chirurgien-dentiste, reçu antérieurement à l'application de la présente loi, pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale des enfants. Affections du système nerveux (1), par P. Nobécourt.

L'activité de l'éminent successeur du professeur Hutinel ne se ralentit pas. En 1924, il s'occupait des *Affections de l'appareil respiratoire*; en 1925, des *Affections de l'appareil circulatoire*; en 1926, des *Troubles de la nutrition et de la croissance*; en 1927, des *Affections de l'appareil urinaire*. La plupart de ces volumes répondaient à un besoin si urgent, étaient d'une lecture si attrayante qu'ils sont déjà épuisés. Entre temps, paraissaient la cinquième édition du *Précis de médecine des enfants* (1926), ouvrage depuis longtemps classique, et la *Thérapeutique du nourrisson* (avec le docteur M. Maillet), dont la deuxième édition date de 1927. Aujourd'hui, nous avons le plaisir d'annoncer aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* un nouveau tome de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections du système nerveux*, et, particulièrement, à l'*encéphalite épidémique*, dont le professeur en apporte trois cas personnels, à l'étude de la *somnolence dans quelques affections de l'enfance*, au *syndrome de Parkinson* dans ses *rapports avec l'encéphalite épidémique*, chez l'enfant, aux *troubles psychiques dans la fièvre typhoïde*, à l'*étiologie*, encore si discutée, de la *chorée de Sydenham*, aux *méningites* : méningite tuberculeuse à ses débuts ou chez les hérédo-syphilitiques; premières phases cliniques des méningites à méningocoques chez les enfants, formes traînantes de la méningite à méningocoques chez les enfants, méningites à pneumocoques chez les enfants, aux *convulsions de la petite enfance* dans leurs relations avec l'hérédo-syphilis, aux *tumeurs cérébrales*, à une petite épidémie de *paralysie faciale*, à la *fièvre zoster*, à la *paralysie infantile*, aux *paralysies diphtériques mortelles*, à la *maladie de Friedreich*.

Ce livre ne le cède en rien, comme intérêt, aux précédents. Même méthode rigoureuse dans l'examen des cas, même impartialité dans l'exposé des doctrines, même souci justifié d'être, comme on dit aujourd'hui, « à la page ». Le temps n'est plus où les affections du système nerveux, chez l'enfant, étaient considérées comme n'ayant aucun contact avec la médecine générale, et où leur étude semblait devoir être réservée au spécialiste. Impossible, désormais, de faire de la pédiatrie sans en connaître les grandes lignes; impossible de s'en faire une idée plus exacte qu'en lisant ce nouveau livre qui, édité par la maison Masson avec son soin coutumier, est certain de rencontrer, auprès du grand public médical, le plus légitime succès. L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 374 pages. — Prix : 45 fr. — Paris 1928.

Laryngologue et phtisiologue (1), par M. L. de Reynier (de Leysin).

Depuis trente ans que M. de Reynier traite des tuberculeux à Leysin il ne cesse d'insister sur l'importance de l'examen systématique des premières voies respiratoires. Son livre démontre aujourd'hui une autre vérité c'est qu'on ne peut faire de l'oto-rhino-laryngologie sans faire en même temps de la pathologie. Ceci s'applique d'ailleurs à toutes les spécialités.

Tous les praticiens et tous les étudiants liront avec fruit ce livre. Ils comprendront comment on peut obtenir des succès thérapeutiques, surprenants au premier abord, par la volonté et la méthode. L. G.

(1) In-8. — Prix : 4 fr. — Lausanne, Payot.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS FROIDS DES PAROIS THORACIQUES

Il faut entendre sous ce nom les *abcès tuberculeux* développés primitivement dans la paroi thoracique et éliminer certains abcès torpides non tuberculeux rares, et les abcès d'origine vertébrale ou d'origine mammaire.

PATHOGÉNIE

Dans la règle leur origine est :

Costale. — *La plus fréquente de beaucoup* est l'origine *osseuse*, parfois cartilagineuse ou sternale.

Rarement **pleurale.** Péripleurite tuberculeuse.
Mais on peut observer également des abcès froids dus :
A la fonte d'une gomme tuberculeuse;
A des abcès musculaires;
A des adénites bacillaires (chaîne mammaire interne).
Ce sont des raretés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Abcès costaux.** — Siège : n'importe où mais surtout à l'extrémité antérieure de la côte.
Ils se développent soit à la *face interne*, soit plus rarement à la face externe de la côte.
Les *lésions osseuses* sont plus ou moins marquées :
a. Parfois un foyer d'ostéite costale important, pouvant même entraîner des fractures spontanées. La caverne avec séquestre est très fréquente, d'où suppuration et fistules interminables.
b. Parfois une côte atteinte seulement en surface.
Simple érosion, plus rare.

2. **Abcès chondraux.** — Niés autrefois. Leur existence est indiscutable. On a montré d'ailleurs la possibilité de vascularisation des cartilages.

3. **Abcès péripleuraux.** — Siège : trois points d'élection correspondant à l'émergence des rameaux perforants des intercostaux.
En arrière vers l'angle des côtes : abcès postérieurs.
A la partie moyenne sur la ligne axillaire : abcès latéraux.
En avant vers la jonction des cartilages et des côtes : abcès parasternaux. On admet leur origine lymphatique.
Toujours sous-costaux primitivement ils sont ensuite en *bouton de chemise* à deux poches superficielles et profondes qui communiquent à travers l'espace intercostal par un *orifice étroit.*
Tous ces abcès froids ont la structure des abcès froids banaux.

CLINIQUE

1. **Abcès sus-costal.** — (Origine costale le plus souvent).

Début. — *Phase de crudité.*
Tuméfaction allongée et fusiforme d'une côte.
Douleur à la palpation en ce point.
Peau normale.
C'est la phase d'ostéite costale.

État. — La tuméfaction se ramollit progressivement et bientôt l'abcès froid est constitué.
Tumeur bien limitée.
Régulière.
Allongée suivant le grand axe de la côte.
Volume variable en général inférieur à celui d'un œuf.
Fluctuante sauf à la périphérie.
Indolore sauf à la périphérie.
Irréductible. Pas d'*impulsion* à la toux.
A la périphérie elle est plus dure, on trouve souvent un point douloureux.

Radio. — Elle montre parfois l'ostéite costale.

Évolution. — Si on n'intervient pas :
La tumeur augmente de volume.
La peau est envahie, devient violacée.
La fistulisation survient suivie d'une suppuration interminable.

2. **Abcès sous-costal** (origine costale ou plus rarement pleurale).

Début. — Il passe *le plus souvent inaperçu au début.*
Douleur profonde, mal localisée.
Si l'origine est pleurale, pas de douleur à la pression.

Etat. — Le diagnostic devient facile.
Apparition de l'abcès. Il a les mêmes caractères que l'abcès sus-costal mais,
Il passe en un des points d'élection,
Réductibilité partielle de l'abcès,
Impulsion à la toux et à l'effort.
Ces deux derniers signes permettent de diagnostiquer une poche profonde, mais *manquent souvent.*
Faire un *examen complet* du malade, surtout examen de la plèvre et du poumon. Radio.

Evolution. Ouverture à la peau.

Pronostic entièrement fonction de l'existence d'autres lésions tuberculeuses.

AUTRES FORMES CLINIQUES. — 1. **Abcès d'origine sternale** peut s'accompagner de fractures et de luxations des côtes. Lésions souvent étendues.

Abcès précordiaux, peuvent être pulsatils s'il existe une poche profonde.

DIAGNOSTIC

1. **Abcès costal à la phase de crudité.** — Diagnostic difficile : sarcome, gomme syphilitique.

2. **Plus tard.** — Diagnostic facile.
On élimine facilement *le lipome*, fausse fluctuation, pas de point douloureux.
Certaines localisations soulèvent des diagnostics spéciaux :
Les abcès paravertébraux sont à diagnostiquer des abcès d'origine vertébrale (Pott) qui, dans la règle, sont verticaux. Ils peuvent cependant être parallèles aux côtes. On ne peut en faire le diagnostic que par la recherche systématique du mal de Pott.
Les abcès sous-mammaires ne seront pas pris pour des tumeurs du sein ou des abcès d'origine mammaire.

3. **Le diagnostic entre abcès sus-costal et sous-costal** est souvent difficile. L'impulsion à la toux, la réductibilité manquent souvent. Toujours penser à l'origine osseuse et la rechercher systématiquement à l'intervention.

TRAITEMENT

Ponctions insuffisantes.

Intervention radicale.
Ouvrir la poche superficielle, l'examiner.
Si la côte est malade, la réséquer.
Chercher et ouvrir la poche profonde.
Curettage des poches. Cautériser au chlorure de zinc.

Fermeture sans drainage.
On obtient, en général, la réunion par première intention.
Si fistulisation, faire de l'héliothérapie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 mars. — MM. Maurer, 19; Michon, 18; Bernard, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE — Lyon. — Le prix quinquennal Riboud (12.500 fr.) vient d'être décerné au docteur Charles Gardère, médecin des hôpitaux.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 12 mars 1928, les officiers de réserve ci-après désignés, libérés du service actif, reçoivent les affectations suivantes :

Les médecins aides-majors de 2e classe. — Au gouvernement militaire de Paris : MM. Rouchaud, Rosier, Prugniaud, Preaut, Minot, Marty, Lévy, Forgeois, Desoille, Baize, Corbin.

A la 1re région : MM. Heuclin, Galiot, Delplanche, Butin.
A la 2e région : MM. Verite, Capart.
A la 3e région : MM. Lepeuple, Auvray.
A la 4e région : M. Alain.
A la 5e région : MM. Galmier, Cougnot.
A la 6e région (pour ordre) : M. Kintgen.
A la 11e région : MM. Joubert, Bonte.
A la 12e région : M. Payard.
A la 13e région : MM. Nebout, Armynot du Chatelet.
A la 15e région : M. Casse.
A la 16e région : M. Ey.

Les pharmaciens aides-majors de 2e classe. — Au gouvernement militaire de Paris : M. Desseigne.

A la 3e région : M. Larquemin.
A la 5e région : M. Picot.
A la 8e région : M. Landrier.
A la 11e région : M. Chauvière.
A la 12e région : M. Renaudie.
A la 13e région : MM. Pinguet, Baraduc.
A la 14e région : M. Lapras.

LA LOI RELATIVE A LA CONSTITUTION DES CADRES ET EFFECTIFS DE L'ARMÉE. — Le Sénat, dans sa séance du 16 mars, a voté le projet de loi adopté par la Chambre des députés relatif à la constitution des cadres et effectifs de l'armée.

En ce qui concerne le Service de santé les cadres sont ainsi déterminés :

Médecins généraux inspecteurs : 6; médecins généraux, 23; pharmacien général : 1.

Le Corps de santé militaire comprend, outre les médecins généraux et le pharmacien général :

Médecins. — Médecins colonels, 72; médecins lieutenants-colonels, 110; médecins commandants, 367; médecins capitaines, 641; médecins lieutenants et sous-lieutenants, 427.

Pharmaciens. — Pharmaciens colonels, 6; pharmaciens lieutenants-colonels, 9; pharmaciens commandants, 29; pharmaciens capitaines, 52; pharmaciens lieutenants et sous-lieutenants, 34.

On remarquera les nouvelles appellations analogues à celles adoptées dans les armées étrangères. Ces appellations ne donneront naturellement pas droit au commandement des troupes.

Il est à remarquer que le Corps de l'intendance a demandé à conserver les anciennes appellations.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée au docteur Sallard (de Mogador).

LES JOURNÉES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES MAROCAINES. — Le programme des fêtes et excursions est définitivement organisé de la façon suivante :

A Casablanca. — *Mardi 3 avril.* — Réception par la ville

de Casablanca de tous les adhérents aux Journées médicales et vétérinaires.

A 18 h., réception à la Résidence par M. le Résident général et Mme Steeg.

Mercredi 4 avril. — A 21 h., au théâtre municipal, soirée offerte par le Comité d'organisation aux adhérents des Journées.

Jeudi 5 avril. — A 20 h., banquet dans les salons de l'hôtel transatlantique.

A MAZAGAN. — *Vendredi 6 avril.* — Réception des congressistes par MM. les médecins et médecins vétérinaires de Mazagan.

A MOGADOR. — *Samedi 7 et dimanche 8 avril.* — Réceptions organisées par M. Charrier, contrôleur de la Région et Mme, et par M. et Mme Bouveret, et offerte par L. E. les caïds Oumbarek el Knafi et Khoubane.

A MARRAKECH. — *Lundi 9 avril.* — A 17 h., réception par M. le général Huré, commandant la Région et Mme.

A 21 h., réception offerte en son palais par S. E. Si Thami El Glaoui Pacha de Marrakech.

A RABAT. — *Vendredi 13 avril.* — Réception par MM. les médecins et médecins vétérinaires de Rabat-Salé, par le Comité de la Foire de Rabat, par S. E. le grand-vizir El Mokri et à la Résidence par M. le Résident général et Mme Steeg.

A FEZ. — Réceptions organisées par MM. Grimpret et Salle.

Dimanche 15 avril. — Réception par MM. les médecins et médecins vétérinaires de Fez.

Lundi 16 avril. — Le matin, visite des palais de Bougeloud et du nord de la ville; le soir, promenade à Sefrou.

Mardi 17 avril. — Le matin, visite des Souks; le soir, tour de Fez. Thé offert dans le palais de la ville et grande réception au Dar Tazi par M. le général de Chambrun, commandant de la Région.

Programme détaillé de l'excursion des samedi, dimanche et lundi de Pâques indiqué plus haut.

Vendredi 6 avril. — A 15 h., départ de Casablanca pour Mazagan.

Samedi 7 avril. — Mazagan-Saffi. Visite de Saffi. Saffi-Mogador. Lunch à l'oued Tensift. Visite de Mogador. Dîner et coucher à la mode indigène à la Kasbah du Caïd Oumbarek El Knafi. Fêtes de nuit indigènes. Fantasia, danses, etc. Réceptions et fêtes.

Dimanche 8 avril (Pâques). — Dar Caïd Oumbarek-Dar Caïd Khoubane. Grande chasse à cor et à cri avec sloughis et rabatteurs. Diffa sous la tente et fêtes arabes offertes par le Caïd Khoubane. Départ pour Marrakech. Coucher à Marrakech.

Lundi 9 avril. — Sous la direction de MM. Valette et Deyras, visite de l'Aguedal de la Bahia des Tombeaux Saadiens, de la Menara; visite des Souks et promenade de la Palmeraie. Le soir, grande réception au palais de S. E. Si Thami El Glaoui, Pacha de Marrakech.

Pour cette excursion, il est recommandé de se munir d'une couverture de voyage.

Les membres adhérents ou associés des Journées médicales et vétérinaires peuvent y participer, soit en voyageant et en assurant leur vivre et leur coucher par leurs propres moyens, à l'exception des réceptions chez les Caïds Oumbarek et Khoubane, soit en s'inscrivant à l'excursion organisée par la Société des voyages et hôtels nord-africains, pour le prix forfaitaire de 575 fr.

Demander alors le bulletin d'inscription spécial et s'inscrire au secrétariat général, M. Lépinay, rue de Marseille, à Casablanca, qui reçoit aussi jusqu'au 30 mars les inscriptions aux Journées médicales et vétérinaires marocaines.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean-Jacques Matignon (de Paris), Emile-Alexandre Lenoble (de Brest), correspondant de l'Académie de médecine; M. Ernest Boisseau, ancien administrateur et bienfaiteur de l'hospice de Privas.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. GUILLAIN.) — M. le professeur Schroeder (de Montevideo) fera le samedi 24 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), une leçon sur le sujet suivant : « Nouvelles recherches sur la cyto, la glio, la vaso-architectomie du cortex cérébral. Quelques applications à la clinique neurologique. »

CORRESPONDANCE

LA REPRÉSENTATION MÉDICALE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CONFÉDÉRATION NATIONALE DES ANCIENS COMBATTANTS.

On sait que des Etats généraux de la France meurtrie, tenus à Versailles le 11 novembre 1927, est née la Confédération des anciens combattants et des victimes de la guerre qui groupe la totalité des associations d'anciens combattants, mutilés, veuves et ascendants de France, c'est-à-dire quatre à cinq millions de membres. C'est là le plus puissant groupement français de tout ordre qui existe; et le 11 mars dernier les 320 délégués nationaux de ces associations, parmi lesquelles celle des médecins de l'avant nommait le Conseil d'administration de quarante membres qui doit présider avec vigueur à ses destinées.

Nous sommes heureux de faire connaître au Corps médical que l'un des nôtres, le docteur Patou (du Pas-de-Calais), a été élu membre de ce Conseil d'administration. Notre camarade Patou, médecin blessé à l'ennemi, mutilé de guerre, saura soutenir dans cette haute assemblée, avec l'autorité que lui ont acquise dix années de dévouement aux victimes de la guerre, la cause des médecins de l'avant et même du Corps médical, dans toutes les circonstances à venir où l'activité sociale des anciens combattants devra s'exercer.

C'est pour le docteur Patou un grand honneur, mais qui, par contre, rejaillit sur les médecins de l'avant, et nous sommes certains que le Corps médical se réjouira avec nous d'apprendre qu'il est ainsi représenté jusque dans les conseils les plus hauts des organisations de l'après-guerre.

Ubi labor, ibi medicus.

Dr R. DE MÉDEVIELLE (1).

L'Hypertension artérielle solitaire. Essai critique. Recherches cliniques, étiologiques et thérapeutiques, par Louis PELLISSIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume de 272 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Association des médecins de l'avant, 62, rue Erlanger, Paris (XVIe).

REVUE GÉNÉRALE

LE PROBLÈME PATHOGÉNIQUE DE LA GRIPPE

Par P. BAIZE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Peu de questions ont été aussi discutées que celle de la pathogénie de la grippe. Les grandes pandémies de 1889 et de 1918 ont été l'occasion d'innombrables travaux d'où sont sorties diverses conceptions. On a d'abord cru au rôle pathogène du bacille de Pfeiffer; puis la spécificité de ce germe a été mise en doute par la plupart des auteurs; on admet à présent que la grippe est due à un virus filtrant, que des auteurs américains seraient même parvenus à voir et à cultiver.

C'est l'exposé de ces diverses étapes de nos connaissances que nous voulons faire : nous pensons que le mieux dans ce but est de présenter les faits dans l'ordre chronologique.

État de la Question avant la découverte de Pfeiffer. — Avant 1889, les bactériologistes s'étaient peu préoccupés de la nature de la grippe (Seiffert, 1883). Mais au cours de la grande épidémie de 1889-90, l'attention des médecins et des savants de l'Europe entière se porta naturellement sur une maladie qui, par ses caractères étiologiques et cliniques, ne pouvait relever que d'un agent pathogène bien défini. On était à la période d'essor de la bactériologie; les recherches se multiplièrent dans le but de mettre en évidence un microbe qui fût véritablement spécifique.

On trouva dans les exsudats ou le sang des grippés, et dans les organes recueillis à l'autopsie, tantôt des germes banaux : streptocoques [Bouchard, Vaillard et Vincent (1), Chantemesse et Widal]; pneumocoques (Menetrier, Weichselbaum, Netter); pneumobacille (Letulle et Frazer James); staphylocoques (Bouchard) — tantôt des microbes spéciaux : diplocoques signalés par Jolles et Kirchner (2), Teissier, Roux et Pition (3), Jarron (4), Krüse, Pansini et Pasquale (5); bacilles divers décrits par Arloing (6), Babès (7), Cornil et Chantemesse (8).

La multiplicité même de ces microbes rendait leur action, très douteuse, et personne ne put démontrer avec certitude la spécificité des germes précédents, dont beaucoup n'étaient sans doute que des saprophytes vulgaires.

La découverte du bacille de Pfeiffer. — En 1892, R. Pfeiffer (9) annonça qu'il avait isolé à partir des crachats de grippés, un très petit coccobacille existant en quantités énormes chez les sujets atteints d'influenza et qu'on ne retrouvait pas chez l'homme sain. Ce microbe, le plus petit qu'on eût encore découvert, ne prenait pas le Gram et ne cultivait que sur milieux spéciaux, au *sang* ou à l'*hémoglobine*.

Bien que Pfeiffer n'ait pu le déceler dans le sang circulant, ni transmettre l'infection grippale aux animaux, malgré ses nombreuses tentatives d'inoculation, il n'hésita pas à faire de son bacille l'agent spécifique de l'influenza.

De nombreux chercheurs aboutirent à la même époque à des résultats analogues : Kitasato (10), Weichselbaum (11), Hüber (12), Klein (13), Chiari (14), Borchardt (15), Pielicke (16) et indirectement Pfühl (17) retrouvèrent le bacille hémophile avec une fréquence plus ou moins grande dans l'expectoration et les tissus bronchiques des grippés. Enfin Canon (18), Meunier (19), Isambert (20), Ghedini (21) purent le mettre en évidence dans le sang même des malades atteints d'influenza.

La spécificité du bacille de Pfeiffer semblait acquise. On admit seulement qu'avec lui pouvaient s'associer divers microbes, streptocoque, pneumocoque et autres, et que ces germes d'*infection secondaire* étaient la plupart du temps responsables des complications, telles que broncho-pneumonie, pneumonie, etc., qui s'observent au cours de la grippe.

La spécificité du bacille de Pfeiffer. — On ne tarda pas cependant, en France surtout, à contester le rôle pathogène du bacille découvert par Pfeiffer. Chez nombre de grippés, en effet, on ne pouvait le mettre en évidence; au cours de certaines épidémies, il semblait absent ou très rare : c'est ainsi qu'en 1902, Ghon, H. Pfeiffer et Sederl (22) notèrent plus souvent la présence du microbe catarrhalis que celle du bacille de Pfeiffer, et qu'en 1904-05, Bezançon et I. de Jong (23) ne trouvèrent pas du tout ce dernier germe. Sacquépée (24) à Rennes, Kretz (25), à Vienne, Sternberg en Amérique ne l'avaient pas observé davantage en 1901.

Inversement, le bacille de Pfeiffer s'avérait fréquent en dehors de toute épidémie grippale et dans des affections absolument étrangères à l'influenza. Liebscher (26) le rencontrait dans la rougeole,

(1) Vaillard et Vincent. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 janv. 1890 et 7 fév. 1890.
(2) Jolles et Kirchner. *Wiener med. Blatt.*, 1890, n° 4.
(3) Teissier, Roux et Pition. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1892, t. CXIV, p. 857-860.
(4) Jarron. *Th. de Bordeaux*, 1894.
(5) Krüse, Pansini et Pasquale. *Centralbl. f. Bakt.*, 1890, t. VII.
(6) Arloing. *Lyon méd.*, 20 nov. 1892.
(7) Babès. *Centralbl. f. Bakt.*, n° 8, p. 15-19.
(8) Cornil et Chantemesse. *Acad. de méd.*, 9 fév. 1892.
(9) R. Pfeiffer. *Deut. med. Woch.*, 4 janv. 1892; — *Zeit. f. Hyg.*, 1893, t. XIII, p. 357; — *Hyg. Rund.*, juillet 1893, t. III, n° 14.
(10) Kitasato. *Soc. de pathol. int. de Berlin*, janv. 1892.
(11) Weichselbaum. *Wiener klin. Woch*, 1892, n°s 31 et 33.
(12) Hüber. *Zeit. f. Hyg.*, 1893, t. XIII, p. 357.
(13) Klein. *Report on Influenza* (Local government Board), 1893, p. 85.
(14) Chiari. *Prag. med. Woch.*, 1893.
(15) Borchardt. *Berl. klin. Woch.*, janv. 1894.
(16) Pielicke. *Berl. klin. Woch.*, juin 1894, n° 23.
(17) Pfühl. *Centralbl. f. Bakt.*, 1892.
(18) Canon. *Deut. med. Woch.*, 1892, p. 28 à 48.
(19) Meunier. *Arch. gén. de méd.*, 1897.
(20) Isambert. *Th. de Nancy*, 1904.
(21) Ghedini. *Centralbl. f. Bakt.*, 1907, 1 orig., t. XLIII, p. 407.
(22) Ghon, H. Pfeiffer et Sederl. *Zeit. f. klin. Med.*, 1902, t. XXV.
(23) Bezançon et I. de Jong. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 10 mars et 13 oct. 1905.
(24) Sacquépée. *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1901, p. 562.
(25) Kretz. *Wiener klin. Woch.*, 1905, n° 7, p. 177.
(26) Liebscher. *Prag. med. Woch.*, 1905, t. XXVII, p. 85.

Pick (27) et Jochmann (28) dans la coqueluche, Rosenthal (29) dans la broncho-pneumonie simple, Elmassian (30) chez des tuberculeux, Arthaud dans la flore des cavernes pulmonaires. Enfin on le trouvait, une fois sur six, dans le rhino-pharynx et les bronches de sujets sains [Rosenthal (31)].

Par ailleurs, les essais tentés par Cantani (32), Slatinéano (33), pour reproduire la grippe par inoculation de cultures de bacille de Pfeiffer aux animaux ne donnaient que des résultats négatifs.

La spécificité du bacille de Pfeiffer faisait l'objet de vives discussions à la Société médicale des hôpitaux de Paris (24 fév. 1905), à l'Académie de médecine de New-York (16 fév. 1905), à la Hunterian Society de Londres (13 mars 1905). Park (34), Rosenthal (35) lui dénient toute action, contrairement à l'opinion de Nobécourt et Paisseau (36), Ruhemann (37) constate qu'on le trouve rarement, même dans les cas d'influenza nettement caractérisés.

Enfin, Bezançon et I. de Jong (38) vont plus loin, mettent en doute la spécificité même de la grippe, et se demandent si ce que l'on désigne sous ce nom n'est pas une simple exaltation de virulence (momentanée et saisonnière) de certaines espèces saprophytes (bacille de Pfeiffer, ou autres). C'était aller trop loin; la grippe, en tant qu'entité nosologique, existe réellement, et possède des caractères bien tranchés.

L'épidémie de 1918-19. — Pendant les années qui suivent, les travaux sur la grippe se raréfient. En France, Besson, Achalme combattent la doctrine de la spécificité du bacille de Pfeiffer, défendue par Netter; Desguin (39), Curschmann (40), Rose (41) décrivent comme agents de l'influenza des pneumocoques, Mathers (42) un streptocoque hémolytique.

Il faut arriver à la grande épidémie de 1918 pour voir, grâce à des recherches très nombreuses, la question définitivement résolue dans le sens de la non-spécificité. En effet, si quelques auteurs [Olsen (43), Neufeld (44), Blake et Cecil (45), Carpano (46), Lœwenthal (47), The Advisory Board (48), Pfeiffer (49)] attribuent encore au bacille de Pfeiffer un rôle étiologique, la plupart [K. F. Meyer (50), Meyer et Bernhardt (51), Prein (52), Uhlenhuth (53), Selter (54), Brasch (55), Ishivara (56), Mandelbaum (57), etc.] le considèrent comme un microbe d'association, le plus fréquent des germes d'infection secondaire, mais non la cause efficiente du mal.

Une preuve de l'exactitude de cette conception est fournie par les expériences de Gosio et Missiroli (58) qui n'arrivent pas à transmettre l'infection grippale à l'animal, mais reproduisent chez lui par inoculation de cultures de bacille de Pfeiffer des lésions de pneumonie lobaire avec infarctus hémorragiques étendus, très comparables à celles qu'on observe dans la grippe humaine compliquée.

D'autre part, la recherche de l'agglutination montre que le sérum des grippés n'agglutine guère le bacille de Pfeiffer que dans la moitié des cas [M. Wollstein (59)], et jamais à des taux de dilution suffisamment élevés pour être caractéristiques. D'ailleurs, le sérum d'autres malades peut agglutiner le bacille de Pfeiffer; tel est le cas pour les coquelucheux.

Enfin, le bacille de Pfeiffer était absent dans de nombreux cas où le diagnostic de grippe était indiscutable; les Allemands le notaient rarement, tandis que les Anglais le trouvaient dans 50 à 70 p. 100 des cas; il parut à beaucoup d'auteurs plus fréquent à la fin de l'épidémie qu'au début [cf. Pottevin, Rapport sur l'épidémie de grippe ne 1718-19 (60)].

Tous ces caractères déjà notés vers 1900, les expériences rapportées plus haut, le résultat des agglutinations, permettent d'affirmer que le bacille de Pfeiffer n'est pas responsable du processus morbide primitif de la grippe; mais il joue certainement un rôle important dans la détermination des complications broncho-pulmonaires.

La grippe est due à un virus filtrant. — En même temps que le bacille de Pfeiffer était détrôné de sa qualité de germe spécifique, se faisait jour une conception nouvelle. Ch. Nicolle et Lebailly (61) de Tunis, en inoculant au singe et à l'homme le *filtrat*

(27) Pick. *XIIIe Congrès de méd. int.*, Wiesbaden, 12-15 avril 1905.
(28) Jochmann. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1905, t. LXXXIV, p. 470.
(29) Rosenthal. *Th. de Paris*, 1900; — *Presse méd.*, 1er mai 1901.
(30) Elmassian. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1899, t. XIII, p. 621.
(31) Rosenthal. *Presse méd.*, 2 déc. 1903; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 28 nov. 1903.
(32) Cantani. *Zeit. f. Hyg.*, 1901, t. XXXVI, p. 29.
(33) Slatineano. *C. R. de la Soc. de biol.*, oct. 1901.
(34) W. H. Patk. *Med. Record*, 18 mars 1905, p. 434.
(35) Rosenthal. *Arch. gén. de méd.*, 23 mai 1905, n° 17.
(36) Nobécourt et Paisseau. *Arch. gén. de méd.*, 25 avril 1905, n° 17.
(37) Ruhemann. *Berl. klin. Woch.*, 13 mars 1906, n° 11.
(38) Bezançon et I. de Jong. *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 119.
(39) Desquin. *Gaz. méd. belge*, 1908, n° 18.
(40) Curschmann. *Münch. med. Woch.*, 23 fév. 1909, n° 8, p. 377.
(41) Rose. *Münch. med. Woch.*, 2 nov. 1909.
(42) G. Mathers. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 3 mars 1917, t. LXVIII, n° 9, p. 678.
(43) O. Olsen. *Centralbl. f. Bakt.*, 1920, t. LXXXIV, p. 497, et 1920, t. LXXXV, p. 12.
(44) F. Neufeld. *Deut. med. Woch.*, 26 août 1920, p. 957.
(45) Blake et R. Cecil. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 17 janv. 1920, p. 170.
(46) Carpano. *Ann. d'Igiene*, 1919, t. XIX, f. 1.
(47) Lœwenthal. *Berl. klin. Woch*, 9 déc. 1918, p. 1171.
(48) Influenza committee of the advisory Board, *Brit. med. Journ.*, 9 nov. 1919, p. 505.
(49) R. Pfeiffer. *Centralbl. f. Bakt.*, 1921, t. LXXXV, p. 43.
(50) K. F. Meyer. *California State Journ. of med.*, juillet 1919, t. XVII, p. 216-245.
(51) O. Meyer et Bernardt. *Berl. klin. Woch.*, 19 août 1918, p. 778, et 26 août 1918, p. 814.
(52) F. Prein. *Zeit. f. Hyg.*, 1920, t. XC, p. 65-121.
(53) Uhlenhuth. *Med. Klin.*, 11 août 1918, p. 777.
(54) H. Selter. *Deut. med. Woch.*, 22 août 1918, p. 932.
(55) Brasch. *Münch. med. Woch.*, 23 juillet 1918, p. 809.
(56) Ishivara. *Centralbl. f. Bakt.*, 1923, t. XC, p. 55.
(57) Mandelbaum. *Münch med. Woch.*, 23 juillet 1918, p. 814.
(58) Gosio, Missiroti, Caldarola, etc, *Ann. d'Igiene*, janv. 1922, t. XXXII, p. 1 à 97.
(59) Martha Wollstein. *Journ. of experim. med.*, 1er déc. 1919, p. 555.
(60) *Bull. officiel intern. d'hyg. publ.*, 1921, t. XIII, p. 125.
(61) Ch. Nicolle et Lebailly. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 21 oct. 1918, p. 607; — *Presse méd.*, 1918, n° 58, p. 537; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1919, p. 394.

sur bougies Chamberland L^2 et L^3 des crachats d'un malade atteint de grippe non compliquée, déterminèrent chez ces sujets, après six jours d'incubation, les symptômes classiques de la grippe : début brusque, fièvre élevée, céphalée, courbature générale, catarrhe oculo-nasal, etc. Guérison rapide au bout de trois jours avec dépression et amaigrissement consécutifs.

Les auteurs conclurent que l'agent pathogène de la grippe est *un virus filtrant*. De plus, ayant trouvé dans une seconde série d'expériences que le sang des grippés n'est pas virulent, et que les inoculations par voie veineuse restaient négatives, ils admirent que ce virus se localisait exclusivement à l'arbre respiratoire des malades.

Dujarric de la Rivière (62) en France, da Cunha, Magalhaes et Fonseca (63) opérant au Brésil indépendamment des auteurs européens, Yamanouchi, Irashina et Sakakami (64) au Japon, Bradford, Bashford et Wilson (65), Gibson, Bowmann et Connor (66) dans l'armée britannique, Angerer (67) et Prell (68) en Allemagne, obtinrent des résultats identiques à ceux de Nicolle et Lebailly, non seulement avec les crachats, mais encore avec le sang filtré des grippés. Les auteurs anglais auraient obtenu en milieu de Noguchi, des globoïdes très ténus, gram-positifs, qu'ils considèrent comme des cultures du virus filtrable.

Par contre, en Italie, Michele et Sata d'une part, Moreschi de l'autre, en Allemagne Friedberger et Konitzer (69) ne purent reproduire l'infection grippale avec le sang et les sécrétions bronchiques filtrés.

Le virus semble d'ailleurs très peu résistant aux agents extérieurs, et ne paraît pas conserver sa vitalité en dehors de l'organisme.

« Il paraît logique, disent en résumé Nicolle et Lebailly, de se représenter la grippe comme une maladie à microbe spécifique invisible, éminemment contagieux et actif, désorganisant rapidement par ses poisons les défenses de l'organisme, en disparaissant vite, peut-être même sans envahir le sang, et laissant le malade dans un état de si faible résistance vis-à-vis des microbes d'infection secondaire, que ceux-ci prennent souvent et aussitôt le premier pas, et que leurs effets dominent et altèrent, dans les formes graves, le tableau clinique. »

A l'appui de cette manière de voir, Dujarric de la Rivière fait remarquer que, dès 1916, Foster avait attribué à un virus filtrant le coryza vulgaire, proche parent de la grippe par bien des points. D'autre part, on sait que la grippe équine, voisine de la grippe humaine, est due à un virus filtrant et à une pasteurella. Enfin, il est impossible de ne pas remarquer des analogies frappantes entre la grippe et la rougeole : haute contagiosité, catarrhe oculo-nasal du début, fréquence des complications broncho-pulmonaires, anergie consécutive, etc. Or, la rougeole, d'après les récents travaux d'Anderson et Goldberger, de Ch. Nicolle et Conseil, de Blake et Trask semble bien due à un virus filtrant.

De simples analogies ne permettent pas de conclure, d'autant que les résultats positifs obtenus sur l'homme et sur le singe sont encore peu nombreux. Mais la découverte, par Olitsky et Gates (70) du bacterium Pneumosintes est venue apporter une confirmation inattendue aux idées de Nicolle et Lebailly; en effet, il n'est pas irrationnel de penser que le germe excessivement tenu décrit par les auteurs américains s'identifie au virus filtrable découvert à Tunis.

Le bacterium Pneumosintes. — Dans une série de travaux remarquables, Olitsky et Gates commencèrent par injecter dans la trachée de lapins et de cobayes les produits de lavage (filtrés ou non) du nasopharynx de grippés choisis avant la trente-sixième heure de leur maladie; ils obtinrent ainsi une infection de courte durée (trois jours environ) ressemblant cliniquement à la grippe bénigne, et caractérisée anatomiquement par l'existence de lésions d'œdème pulmonaire hémorragique. A ces lésions d'ordinaire amicrobiennes s'ajoutaient des foyers d'hépatisation, quand on faisait, en même temps que l'inoculation trachéale, une injection d'une petite quantité de pneumocoques, de streptocoques ou de bacilles de Pfeiffer par voie intraveineuse.

Olitsky et Gates s'attachèrent ensuite à l'isolement et à la culture du germe spécifique. Le bacterium Pneumosintes est anaérobie; il pousse bien en milieu de Noguchi modifié et, après repiquage, sur bouillon peptoné ou gélose au sang; il se développe facilement en symbiose avec le pneumocoque, le streptocoque et le bacille de Pfeiffer, et surtout avec le B. Mesentericus et le B. coli.

Olitsky et Gates réussirent à mettre en évidence le microbe lui-même : c'est un très petit bâtonnet, de 0^m15 à 0^m3 de longueur sur une largeur trois fois moindre, *si ténu qu'il traverse les bougies Berkefeld V et N*. Il se colore difficilement et ne prend pas le Gram. On a pu le voir *in situ* sur des coupes de poumon de lapin inoculé, colorées au Giemsa : il forme des amas au niveau des cellules de l'épithélium cilié. Il ne paraît pas se développer dans les organes autres que le poumon.

Enfin, Olitsky et Gates montrèrent que le sérum des sujets grippés et des animaux inoculés est riche en anticorps; sur 47 convalescents, 26 agglutinaient fortement le B. pneumosintes, alors que cette réaction manquait chez les sujets indemnes de grippe. Ces faits, et l'immunité conférée expérimentalement au lapin par inoculation de B. pneumosintes

(62) Dujarric de la Rivière. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 21 oct. 1918, p. 606.

(63) Da Cunha, Magalhaes, Fonseca. *Mem. do Inst. Osw. Cruz*, 1918, t. X, f. 2, p. 174.

(64) Yamanouchi, Irashina, Sakakami. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1918.

(65) Bradford, Bashford, Wilson. *Brit. med. Journ.*, 1er fév. 1919.

(66) Gibson, Bowmann et Connor. *Brit. med. Journ.*, 22 mars 1919, p. 341, et 14 déc. 1918, p. 645.

(67) Angerer. *Münch. med. Woch.*, 12 nov. 1918, p. 1280.

(68) Prell. *Zeit. f. Hyg.*, 1920, t. XC, p. 127-174.

(69) Friedberger et Konitzer. *Med. Klin.*, 2 fév. 1919, p. 108.

(70) Olitsky et Gates. *Journ. of experim. med.*, 1921, t. XXXIII, p. 125-361-373-713; t. XXXIV, p. 1; 1922, t. XXXV, p. 1-553-813; t. XXXVI, p. 501-685; 1923, t. XXXVII, p. 303-471.

donnèrent aux auteurs l'idée de préparer un vaccin qui est encore à l'étude.

Ajoutons qu'un examen attentif et la recherche de l'agglutination ont montré l'identité des souches de B. pneumosintes provenant de trois vagues épidémiques (1918 19, 1920, 1922).

Tels sont les résultats obtenus par les auteurs américains; Detweiler et Hodge (71), Hall (72) ont repris ces recherches et retrouvé le B. pneumosivites, assez difficilement semble-t-il (1 fois sur 6), de sorte qu'à l'heure actuelle, on ne peut considérer le rôle pathogène de ce bacille comme absolument démontré. Il est probable que la grippe épidémique — au moins dans ses formes pures — est due à un germe de la classe des virus filtrants, germe qui prépare le terrain sur lequel viendront se greffer les infections secondaires.

Ce virus s'identifie-t-il au minuscule bâtonnet décrit par Olitsky et Gates? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer dans l'état actuel de la science.

Autres germes trouvés dans la grippe. — Pendant que ces recherches se poursuivaient, de nombreux bactériologistes observaient et décrivaient dans le sang ou l'expectoration des grippés des microbes extrêmement nombreux et variés :

— Des STREPTOCOQUES particuliers [Str. Pandemicus de Segale (73); Str. Viridans de Rosenow (74), également signalé par P. Courmont, Durand et Dufour (75), Mathers et Jordan (76); diplostreptocoque épidémique de Milinska (77); streptocoques divers vus par Le Marc'hadour et Denis (78), Meyer et Bernhardt].

— Des PNEUMOCOQUES A, B, ou C [Cayrel (79), H. Selter, Antoine et Orticoni (80), Nicolle et Truche, Mac-Callum].

— Des SPIROCHÈTES [de Verbizier (81), Rénon et Mignot (82), Loygue, Bonnet et Peyre (83)].

— Des DIPLOCOQUES SPÉCIAUX [Stephan (84), Mme Pommay-Michaux, Moutier et J. Michaux (85), Rappin et Soubrane (86), Dufour (87), Selter, Kœpchen (88), Voizard (89)].

— Un PROTEUS ATYPIQUE [Proteus submobilis de Bauer (90).]

— Le DIPLOCOCCUS CRASSUS [Galasesco et Jacnov (91)].

— Des germes divers [Bruschettini, Timpano, Cianri et Fabozzi, Hoffmann et Keuper (92), Moses (93), van Hoogenhuizje (94), micrococcus aureus de Bezançon et Legroux (95), Pasteurella d'Orticoni et Barbié, etc.].

Beaucoup de ces microbes sont considérés par leurs « découvreurs » comme les agents pathogènes de la grippe. Il est possible que dans certains cas, des germes banaux ou mal classés, comme ceux que nous avons énumérés plus haut, subissent une augmentation passagère de virulence et déterminent la production d'états infectieux, voire septicémiques, ressemblant cliniquement à la grippe.

Ces infections ne sont pas plus de la grippe qu'une diarrhée cholériforme n'est du choléra.

En réalité, la multiplicité des germes décrits, leur variabilité suivant les pays et les épidémies, leur inconstance, l'absence ordinaire d'agglutination des sérums des malades à leur égard, ne permettent pas, la plupart du temps, de les considérer autrement que des agents d'infection secondaire, au même titre que le streptocoque et le pneumocoque communs, que le pneumobacille, l'entérocoque, le m. catarrhalis et le bacille de Pfeiffer lui-même.

Il s'agit là, suivant l'expression de Ch. Nicolle, de « microbes de sortie » qui se développent dans les humeurs et exsudats des grippés à la faveur de l'état d'anergie si caractéristique de cette maladie, comme cela se produit aussi dans la rougeole.

Une preuve indirecte en est fournie par l'inefficacité des nombreux sérums antigrippaux préparés en partant de ces différents germes, seuls ou associés. Ils ne paraissent agir que *dans les formes compliquées*, sur l'infection secondaire, et dans les seuls cas où l'espèce prédominante correspond au sérum injecté.

Coup d'œil d'ensemble sur la grippe. — Nous pouvons maintenant, à la lumière des travaux ré-

(71) DETWEILER et HODGE. *Journ of experim. med.*, janv. 1924, t. XXXIX. p. 43.
(72) M. W. HALL. *Journ. of experim. med.*, oct. 1926, t. XLIV, p. 939.
(73) SEGALE. *Pathologica*, 1er janv. 1919, t. XI, p. 3, et 15 avril 1920, t. XII, p. 255.
(74) ROSENOW. *Journ. of inf. dis.*, juin 1920, t. XXVI, p. 469, 492, 504, 557, 566, 597, 614.
(75) P. COURMONT, DURAND, DUFOURT. *C. R. de la Soc. de biol.*, 9 nov. 1918, t. LXXXI, p. 950.
(76) O. JORDAN. *Journ. of inf. dis.*, juillet 1919, t. XXVI, p. 6, 28.
(77) MILINSKA. *Przeglad Epidem.*, 1922, t. I, f. 2, p. 29.
(78) LE MARC'HADOUR et DENIS. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918, t. LXXX, p. 233.
(79) CAYREL. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1er mars 1919, p. 204.
(80) ANTOINE et ORTICONI. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918, t. LXXX, p. 235.
(81) DE VERBIZIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 oct. 1918, t. LXXX, p. 310.
(82) RÉNON et MIGNOT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 oct. 1918, p. 894.
(83) LOYGUE, BONNET et PEYRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 nov. 1918, p. 1099.
(84) STEPHAN. *Corresp. Blatt. f. Schweizer Ærtze*, 30 juin 1917, p. 841.
(85) Mme POMMAY-MICHAUX, F. MOUTIER, J. MICHAUX. *Bull. de la Soc. méd des hôpit*, 27 déc. 1918, p. 1235, et *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 déc. 1918, t. LXXXI, p. 1255.
(86) RAPPIN et SOUBRANE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 12 oct. 1918, t. LXXXI, p. 818.
(87) DUFOUR. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 déc. 1918, p. 1255.
(88) KŒPCHEN. *Deut. med. Woch.*, 22 août 1918, p. 938.
(89) VOIZARD. *Soc. scient. de Bretagne*, 25 fév. 1927.
(90) A. BAUER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 juillet 1918, t. LXXXI, p. 775.
(91) GALASESCO et JACNOV. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, t. LXXXIV, p. 1013.
(92) HOFFMANN et KEUPER. *Deut. med. Woch.*, 23 janv. 1919, p. 91.
(93) MOSES. Recherches faites à l'hôpital « Pro matre », Rio de Janeiro 1919.
(94) VAN HOOGENHUIJZE. *Centralbl. f. Bakt.*, 1920, t. LXXXIV, f. 1, p. 88.
(95) BEZANÇON et LEGROUX. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 janv. 1919, p. 44.

cents, tenter une classification d'ensemble des états dits grippaux. En reprenant les idées anciennes de Kretz, Rubemann, Curschmann, Scheller (96), Castay (97), Connor, et d'autres, il est possible de distinguer dans le groupe assez disparate de la grippe deux ordres de faits : la *grippe essentielle*, d'une part, les *états paragrippaux*, de l'autre.

a. Le premier groupe comprend les cas de grippe vraie, de « bacillâre-influenza » de Kretz, que l'on peut appeler « grippe essentielle » ou plus simplement « grippe » et qui paraît causée par un virus filtrant, peut-être par le germe qu'ont aperçu Olitsky et Gates.

Maladie excessivement contagieuse, survenant par épidémies qui frappent le monde entier à époques plus ou moins éloignées (... 1837-1889-1918 ...), la *grippe essentielle* est caractérisée cliniquement par son incubation très courte (inférieure à vingt-quatre heures) un mode de début brutal, un crochet thermique à 40 degrés, l'intensité des réactions nerveuses (céphalée, courbature généralisée, asthénie profonde, du catarrhe oculo-nasal, le tout évoluant en quelques jours — dans les formes non compliquées — et suivi d'une convalescence longue et pénible.

Les phénomènes toxémiques qui impriment à la grippe son cachet si particulier sont parfois portés au plus haut point : c'est, alors une véritable sidération de l'organisme, aboutissant souvent à la mort par collapsus cardiaque (98).

Cet état d'anergie caractéristique de la maladie favorise éminemment l'éclosion des infections secondaires, et explique la fréquence extrême et la gravité des complications broncho-pulmonaires, qui font presque toute la mortalité de la grippe (99).

b. Le deuxième groupe comporte diverses affections saisonnières mal déterminées, rhino-pharyngites, laryngo-trachéites, rhumes vulgaires, voire angines ou simples coryzas aigus, auxquelles on accole abusivement l'épithète de « grippale » dès que leur marche un peu spéciale ou l'intensité de leurs symptômes les rapprochent de la grippe telle que nous l'avons définie plus haut.

Les *états paragrippaux* diffèrent cependant de la grippe. Ils n'ont pas le caractère épidémique de celle-ci et sont beaucoup moins contagieux qu'elle. L'asthénie manque, ou est peu marquée; la courbe thermique évolue selon des modes très divers. Les complications sont rares, d'où la gravité moindre; la guérison survient d'ordinaire rapidement.

Ces états infectieux relèvent de microbes non spécifiques, cantonnés dans les voies respiratoires des sujets atteints, parfois même de septicémies, les nuances symptomatiques que l'on observe entre eux tenant à la variété des germes qui les produisent.

(96) SCHELLER. *Centralbl. f Bakt.*, 1906, t. L, p. 503.
(97) CASTAY. *Th. de Paris*, 1910, n° 50.
(98) Cf. H. LEMAIRE et DEGRAIS. *Acad. de méd.*, 10 août 1918.
(99) L'épidémie de 1918-1919 aurait causé au bas mot 20.000.000 de décès (BROUARDEL, CHANTEMESSE et MOSNY. *Epidémiologie*, 1925, t. I, p. 531).
(100) JACQUET. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 mars 1927, p. 283.

Si l'on a décrit tant de microbes de la grippe, s'il y a tant de désaccord entre les bactériologistes, cela tient sans doute à la difficulté de distinguer cliniquement ces deux groupes l'un de l'autre, difficulté encore accrue par l'existence probable, entre deux épidémies, de cas sporadiques de grippe essentielle à symptomatologie atténuée.

Conclusions. — En résumé, en nous basant sur les caractères épidémiologiques, cliniques et bactériologiques, nous croyons qu'il est impossible de conserver au terme de « grippe » le sens qu'on lui donnait. On doit actuellement se représenter cette maladie comme un *syndrome* que peuvent réaliser nombre de microbes. Nous proposons de réserver le nom de grippe à la seule affection épidémique (probablement due à un virus filtrant), et de laisser le qualificatif de paragrippaux aux divers états infectieux qui peuvent, jusqu'à un certain point, lui ressembler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 MARS 1928)

Toxicités comparées des sérums provenant du sang veineux et du sang du cordon ombilical. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme R.-H. GRANGE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 MARS 1928)

Accidents d'hypoglycémie. — M. Marcel LABBÉ rapporte l'observation d'une femme atteinte de diabète grave traité par l'insuline et qui, au cours du traitement, a présenté des phénomènes d'agitation sans convulsions, hémiparésie sans troubles des réflexes. M. Labbé insiste sur l'intérêt de cas semblables et sur la difficulté de diagnostic entre le coma par acidose et les accidents d'hypoglycémie. Toutefois, comme signes différentiels, il signale l'absence de troubles respiratoires, la persistance du pouls, les commémoratifs. Dans l'acidose, le début des accidents est lent et progressif. Dans l'hypoglycémie, il s'agit d'un début toujours brusque.

M. Guy LAROCHE rappelle l'identité de symptômes observés dans l'hypoglycémie provoquée et spontanée. Cela n'explique peut-être pas une sensibilité particulière du système nerveux de certains sujets, ou bien le glucose que nous dosons n'est pas le seul élément qui soit en jeu dans le déclanchement de ces crises et peut-être existe-t-il d'autres éléments qui peuvent neutraliser ou non la diminution du sucre du sang.

Sur la similitude de troubles de l'accroissement déterminés par le processus de la dentification chez trois petites jumelles. — M. VARIOT présente trois jumelles et insiste à ce propos sur la ressemblance, sur les analogies physiologiques (première dent au même âge, marche à la même époque); il insiste également sur les accidents consécutifs à la dentification. Il considère qu'il ne s'agit pas de syphilis dans le cas qu'il rapporte, étant donné qu'il n'y a pas eu de troubles de développement.

Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax. Pleurésie enkystée à streptocoque fistulisée dans les bron-

ches guérie par la phrénicectomie. — M. H. Dufour et Mlle Pau rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans soignée depuis quatre ans pour tuberculose pulmonaire.

Première étape : Tuberculose pulmonaire unilatérale du côté gauche. Etablissement d'un pneumothorax artificiel. Arrêt des insufflations au bout de six mois.

Deuxième étape : Séjour de onze mois au sanatorium de Bligny. Quelque temps après la sortie du sanatorium, reprise de l'évolution tuberculeuse avec amaigrissement et mauvais état général.

Troisième étape : Trois ans après le début du traitement initial, apparition à la base du poumon gauche d'une collection pleurale enkystée. Le pus retiré par ponction renferme du streptocoque sans bacille de Koch.

Quatrième étape : Phrénicectomie gauche pratiquée par le docteur Gernez le 13 octobre 1927. Chute progressive de la température, assèchement de la pleurésie à streptocoque. Retour de la température à la normale depuis le 2 novembre 1927.

Appareil pour la transfusion du sang. — M. Aubertin présente un nouvel appareil.

Evolution de la dissociation auriculo-ventriculaire chez les jeunes sujets. — A propos de quatre cas personnels, MM. A. Clerc et Robert Lévy étudient la forme de la dissociation auriculo-ventriculaire qui se présente à l'état isolé ou bien associée à des malformations congénitales. Cette dernière variété, qui n'est pas la plus fréquente, est dépistée plus tôt que les premières dont le diagnostic se fait souvent tardivement vers la quinzième ou vingtième année et dont le début ne peut être alors que très approximativement repéré dans le passé.

Les lésions expérimentales dans l'aspergillose; les formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus et leur similitude avec les mêmes formes d'origine mycosique ou bactérienne. Comparaison des lésions expérimentales et des lésions pulmonaires humaines. — MM. Macaigne et Nicaud résument le résultat de leurs recherches expérimentales dans l'aspergillose.

Ils comparent les lésions expérimentales et les lésions pulmonaires humaines. Celles-ci sont caractérisées par des éléments très différents : lésions alvéolaires, bronchiques et artérielles avec présence de filaments et de têtes fructifères typiques sans aucune forme actinomycosique. Le terme de pseudo-tuberculose aspergillaire ne paraît pas à MM. Macaigne et Nicaud répondre au caractère des lésions humaines et expérimentales.

Granulie très discrète du poumon. Pneumonie catarrhale diffuse. Mort par œdème glottique consécutif à un abcès froid intra et rétro-cricoïdien. — MM. Mainini, Lambias et d'Amato.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 10 mars 1928)

Recherches sur le pouvoir oxydo-réducteur du rein pendant la diurèse. Influence du pH. — MM. L. Justin-Bezançon et R. Wolff montrent que le pH du milieu a une influence prépondérante sur le pouvoir oxydo-réducteur du rein.

Pour un pH urinaire dépassant 6,3, tout le bleu de méthylène est éliminé à l'état de leucobase. Au-dessous de pH 6,3, on trouve, chez un même sujet, un rapport de réduction sensiblement constant pour un pH donné. Quand, chez un sujet normal, éliminant une quantité à peu près constante de bleu, le pH passe de 5 à 8, le rapport de réduction varie parallèlement. Le même phénomène s'observe pour la thionine et le bleu de toluidine dont les pH sont voisins de celui du bleu de méthylène, mais pas pour le rouge neutre dont le pH est très différent.

Ces données physiologiques expliquent bien des divergences dans les résultats obtenus par ceux qui ont étudié la valeur clinique du chromogène urinaire.

Recherches sur le pouvoir oxydo-réducteur du rein au cours de la diurèse. L'élimination des colorants utilisés pour la mesure du pH. — MM. L. Justin-Bezançon et R. Wolff ont appliqué les notions nouvelles sur la mesure du potentiel d'oxydation-réduction (pH) à l'étude du pouvoir oxydo-réducteur du rein.

Cette fonction interne du rein peut être appréciée à l'aide de colorants appropriés. On sait que le bleu de méthylène se trouve, dans l'urine, partie à l'état de bleu, partie à l'état de leucodérivé (bleu réduit); les auteurs montrent que le rein effectue une oxydo-réduction semblable du bleu de toluidine et de la thionine dont les pH sont voisins de celui du bleu de méthylène (pH = 14,5).

Par contre, le rouge neutre dont le pH est de 5,8 ne subit pas d'oxydo-réduction au niveau du rein.

Les premiers colorants, qui colorent fortement les urines lorsqu'ils sont pris en ingestion contrairement à certains autres que les auteurs ont étudiés, peuvent prêter à une exploration clinique du pouvoir oxydo-réducteur du rein.

Flore microbienne des appendicites aiguës. — MM. M. Weinberg, A.-R. Prévot, J. Davesne et Claudie Renard ont présenté un résumé des résultats de leurs recherches poursuivies depuis plusieurs années et basées sur l'étude de 200 cas de formes graves d'appendicite.

La flore de l'appendicite aiguë est rarement uniquement aérobie ou uniquement anaérobie; le plus souvent elle est aéro-anaérobie et polymicrobienne. Elle est aussi très variable. Comme dans la gangrène gazeuse, il n'existe pas de flore fixe pour une forme donnée de l'appendicite; ainsi, l'appendicite gangréneuse peut être causée par différentes associations microbiennes. Il n'existe pas non plus de microbes obligés de la flore de l'appendicite. On pourrait à la rigueur le dire pour le B. coli qui a été rencontré dans 85 p. 100 des cas. Toutes les souches de B. coli isolées se sont montrées pathogènes pour le cobaye. Le B. perfringens a été trouvé dans 30 p. 100 des cas; ce fait ne concorde pas avec les données des auteurs américains qui ont signalé la présence de cet anaérobie dans 90 à 100 p. 100 des cas. Cette discordance tient certainement aux techniques employées; les Américains ensemencent le contenu appendiculaire préalablement chauffé et se rendent ainsi compte si ce dernier renferme des spores; les auteurs français ne tiennent compte que de la présence de formes végétatives qui ont vraiment joué un rôle dans l'évolution du cas étudié.

En dehors du B. perfringens, on trouve dans l'appendicite, bien que beaucoup plus rarement, presque tous les anaérobies de la gangrène gazeuse : V. septique, B. histolytique, le B. sporogenes, le B. aerofoetidus. Seul le B. œdematiens n'y a pas été rencontré.

Si l'on considère les autres espèces, aussi bien aérobies qu'anaérobies (d'ailleurs très nombreuses) rencontrées dans l'appendicite, il s'agit, pour la plupart, de microbes non pathogènes ou ne provoquant chez les animaux d'expérience que des abcès ou des lésions peu marquées et rapidement curables. Ces microbes, tout en étant peu pathogènes, peuvent cependant jouer un rôle très important dans l'étiologie des formes graves de l'appendicite, en exaltant la virulence des espèces pathogènes, comme cela a été démontré pour l'entérocoque.

Ces recherches ont été exécutées surtout dans le but de savoir s'il y a lieu de modifier la composition du sérum antigangréneux polyvalent employé dans le traitement de l'appendicite. Il est impossible et d'ailleurs inutile de préparer des sérums actifs contre toutes les espèces rencontrées; il suffit

d'avoir un sérum actif pour les espèces les plus pathogènes : l'intoxication causée par ces dernières une fois neutralisée, l'organisme se débarrasse assez facilement de microbes associés peu virulents. Comme ils n'ont pas rencontré de B. œdematiens dans la flore de l'appendicite, les auteurs ont remplacé dans le sérum antigangréneux polyvalent, le sérum anti-œdematiens par le sérum anticoli. Ils ont également préparé un sérum antimicrobien antiramosus et anti-entérocoque, mais ils ne le préconisent que dans les cas où l'examen bactériologique rapide indique une grande abondance de ces germes dans le contenu appendiculaire.

Du refroidissement de l'appendicite aiguë par le sérum antigangréneux. — M. M. Weinberg. L'emploi du sérum antigangréneux dans l'appendicite, soit à titre préventif, avant l'opération, soit à titre curatif pour combattre les accidents post-opératoires, est déjà très répandu.

Mais voici une observation qui permet d'espérer que ce sérum rendra de grands services lorsqu'il s'agit de refroidir l'appendicite aiguë avant l'intervention chirurgicale.

Il s'agit d'un malade qui a présenté tous les signes classiques de l'appendicite aiguë compliquée de péritonite. Comme il refusait d'aller à l'hôpital et que ses moyens ne lui permettaient pas de se faire opérer dnns une maison de santé, on a décidé d'essayer le traitement sérique. Une première injection de 60 centimètres cubes de sérum antigangréneux polyvalent a fait descendre la température de 39°5 à 37°5; mais les douleurs abdominales ont persisté et la température est de nouveau montée à 38°6 au bout de quarante-huit heures malgré les applications de glace sur le ventre.

Une nouvelle injection de sérum antigangréneux (60 centimètres cubes) a fait de nouveau baisser la température, mais l'état fébrile, cette fois, a complètement disparu, les douleurs ont cessé et tout est rentré dans l'ordre.

Nombreux encore sont les chirurgiens qui hésitent à opérer les malades atteints d'appendicite aiguë datant de plusieurs jours. Il serait prudent dans ces cas d'essayer de désintoxiquer le malade, de le refroidir par des injections de sérum antigangréneux, qui leur permette d'opérer à froid, c'est-à-dire dans des conditions de beaucoup favorables pour l'issue de l'intervention chirurgicale.

Ammoniaque et acidité réelle de l'urine. — M. R. Rafflin, pour montrer l'intérêt des formules qu'il a proposées, cite les applications qu'il en a faites au diagnostic différentiel de l'épilepsie et de l'hystérie convulsives à l'étude des néphrites et de l'oligurie des hépatiques.

Influence de l'alcalose sur les éliminations urinaires d'azote et d'ammoniaque. — M. R. Rafflin. L'administration de bicarbonate de soude et l'hyperpnée agissent différemment sur le groupe des constantes proposées par l'auteur. Il y a là un moyen simple de distinguer les deux alcaloses.

Excitation de l'écorce cérébrale motrice. — M. et Mme A. Chauchard montrent qu'il est possible d'exciter les zones motrices de l'écorce cérébrale à travers la dure-mère intacte et même d'en déterminer avec précision la rhéobase et la chronaxie. Il y a donc tout avantage à procéder ainsi, contrairement à la méthode classique qui comprend l'ablation de la dure-mère sur la région à explorer, ce qui entraîne l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et place le cerveau dans des conditions physiologiques différentes de l'état normal.

M. A. Guieysse-Pellissier a étudié des **chiens tués par des fumées** produites en projetant du tétrachlorure de carbone sur un feu de bois. Ces animaux ont présenté des hyperplasies des cellules alvéolaires pulmonaires considérables; chez l'un d'eux ces cellules se sont disposées en épithélium de revêtement et leur aspect rappelle exactement celui d'un néoplasme.

Recherches expérimentales sur l'aspergillose splénique. — MM. Gosset, I. Bertrand et Magron ont cherché à résoudre expérimentalement le problème du rôle pathogène d' « aspergillus nautae » et le mode de production des formes filamenteuses observées histologiquement. Ils ont injecté à un lapin une solution de sérum physiologique contenant en suspension des spores aspergillaires, d'une part dans la rate, d'autre part dans la graisse périrénale droite. A la suite de cette intervention s'installa une véritable cachexie, une ascite séro-fibrineuse importante et une splénomégalie avec périsplénite, des lésions pulmonaires pseudo-tuberculeuses bilatérales. La recherche des formations aspergillaires sur coupes s'est montrée presque entièrement négative. La disparition du champignon dans les lésions pose la question de l'existence possible d'une forme filtrante de cette espèce pathogène.

Les races de bacilles de Bordet-Gengou isolées à Paris. — MM. Robert Debré, Julien Marie et H. Pretet. Parmi trente-neuf souches de bacilles de Bordet-Gergou, recueillies chez les coquelucheux par la méthode d'ensemencement des auteurs danois, les auteurs ont conservé dix souches sur lesquelles ils ont vérifié l'agglutination avec divers sérums expérimentaux ou thérapeutiques.

Ils n'ont rencontré jusqu'ici que le bacille B. de la coqueluche, démontrant l'homogénéité du bacille de Bordet à Paris. Toutefois, les variations du taux d'agglutination, soit avec les sérums expérimentaux, soit avec le sérum thérapeutique de Bordet, expliquent peut-être la variabilité des résultats thérapeutiques obtenus avec certains vaccins ou sérums.

M. d'Hérelle indique, au nom de M. Ashehor, un procédé pour **obtenir une suspension pure de bactériophage.** Les sérums préparés par injection de cette suspension sont strictement antibactériophages.

Eloge funèbre. — M. Mulon, vice-président, prononce l'éloge funèbre du professeur Guignard.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(Décembre 1927)

Un cas de dystocie par excès de volume d'un fœtus de 5.720 grammes. — MM. Rathelot et Zuccoli rapportent le cas d'une espagnole de quarante-deux ans, XV-pare, ayant eu antérieurement 2 avortements et 12 accouchements eutociques, dont 7 enfants décédés dans la première enfance. Le 5 juillet 1926, extraction au forceps d'un fœtus mort depuis quarante-huit heures et pesant 5.720 grammes. Les auteurs insistent sur l'étiologie syphilitique probable de seconde génération; ils rappellent que les manœuvres exécutées pour délivrer la malheureuse ne purent être classiques en raison de la macération fœtale et soulignent l'importance du curage vérificateur. Les suites furent parfaites.

Maladie de Recklinghausen chez une femme de soixante-quinze ans. — MM. Boinet et Isemein. O. F., âgée de soixante-quinze ans est atteinte d'une maladie de Recklinghausen datant d'une trentaine d'années, caractérisée par deux volumineuses tumeurs royales (régions de la crête iliaque droite et lombo-sacrée gauche) et par une multitude de petites tumeurs réparties sur tout le corps et dont les dimensions varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une cerise. En outre une tumeur névromateuse, douloureuse à la pression, de consistance assez dure, englobe le nerf médian sans troubles de la sensibilité. Les auteurs attirent l'attention sur la présence de plaques pigmentées cutanées sans mélanostomie. L'examen histologie (Rouslacroix) a montré un fibrome pur riche en collagène.

Note sur deux cas de mycose vaginale. — MM. Lahayville et Marcou présentent deux observations chez de jeunes

femmes, de vaginite, où l'oïdium albicans fut trouvé en cause par l'examen direct et la culture. Après avoir rappelé les caractères cliniques de cette affection, ils insistent sur les bons résultats obtenus au moyen de tampons à l'huile crésotée au tiers (méthode de Queyrat et Guy Laroche).

Purpura hémorragique chronique récidivant splénectomie. Guérison. — MM. Y. Bourde et J. Zuccarelli. Jeune fille de vingt-deux ans, à hérédité hémorragique nette, chez qui, depuis l'âge de quatre ans, sont apparues des hémorragies spontanées sous-cutanées, muqueuses et viscérales, plus rarement des hémorragies provoquées. Toutes les thérapeutiques médicales ont échoué, y compris la transfusion sanguine et la radiothérapie splénique. Après la splénectomie, il y eut des phénomènes pulmonaires graves, mais, sauf quelques épistaxis légères, la guérison s'est établi vite et maintenue depuis. L'examen histologique de la rate n'a rien montré de caractéristique.

Perforation traumatique du rectum chez une fillette de douze ans. Opération. Guérison. — M. G. Darcourt rapporte l'observation d'une fillette de douze ans qui, d'une échelle, tomba sur un manche à balai qui pénétra dans l'anus et perfora le rectum dans sa portion péritonéale. Opération à la seizième heure en pleine péritonite, avec drainage suspubien. L'enfant guérit malgré des suites opératoires très agitées : pneumonie au quatrième jour, fistule stercorale au troisième jour qui se ferma spontanément au quarante-deuxième jour.

Volumineux adénome du pancréas. — MM. Olmer et Poinso présentent une tumeur de la tête du pancréas extraite à l'autopsie d'une femme âgée de soixante-sept ans qui était entrée à l'hôpital pour algies sciatiques et œdèmes des membres inférieurs depuis quelques mois et qui avait remarqué depuis quatre ans la présence d'une masse dure dans sa région ombilicale. Cliniquement et radiologiquement après pneumo-péritoine, le diagnostic de kyste avait été posé. A l'autopsie les viscères sont normaux. L'examen histologique (Rouslacroix) a montré un adénome à cellules langerhansiennes probable, à évolution cylindromateuse et hémorragique.

Suppuration chronique fétide du poumon droit d'origine mycosique. — MM. Olmer et Poinso rapportent l'observation d'un homme âgé de quarante ans dont l'affection pulmonaire avait débuté en novembre 1926 par des hémoptysies. Les symptômes présentés font penser à un abcès pulmonaire parascissural. Les crachats, non fétides au début, mais très abondants n'ont pas montré de bacilles de Koch, mais la flore Veillon. Après essais du pneumothorax et de la cure de soif, le malade meurt au cours d'une vomique de 500 centimètres cubes. L'examen histologique (Rouslacroix) montra des abcès multiples dans lesquels on décela des filaments sporulés ayant toute l'apparence d'un mycélium.

Erreur de localisation radioscopique d'un anévrisme de l'aorte. — M. Rouslacroix rapporte l'observation d'une femme de soixante-quinze ans chez laquelle l'examen radioscopique révélait un gros cœur gauche surmonté d'une volumineuse masse pulsatile saillante dans l'hémithorax supérieur gauche. Le diagnostic fut lésion aortique orificielle et anévrisme de l'aorte thoracique. A l'autopsie, rétrécissement de l'orifice aortique et anévrisme de l'aorte ascendante. L'aorte thoracique était fortement déviée à gauche par des adénopathies entourées de médiastinite scléreuse très dense.

Traitement des fractures par le praticien, par le docteur ETIENNE, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface du professeur JEANBRAU. « Collection du médecin praticien ». Un volume de 194 pages avec 145 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Anévrisme de l'aorte ouvert dans une bronche. — M. PAYAN et Mlle GAYRAUD. Malade de soixante-dix ans présentant uniquement une paralysie récurrentielle ayant entraîné une aphonie complète pendant huit mois, sans autres signes cliniques. Hémoptysies répétées pendant quatre jours; le quatrième jour, mort brutale par hémoptysie foudroyante, en trois minutes. L'autopsie a montré un volumineux anévrisme de la crosse de l'aorte du volume de deux gros poings, à parois calcifiés, ouvert dans une grosse bronche du poumon gauche.

Chorées de Sydenham guéries par une ponction lombaire. — MM. CASSOUTE, A. RAYBAUD et MONTUS rapportent le cas d'un choréique de dix ans, rhumatisant très probable, qui s'est trouvé complètement et définitivement guéri deux jours après une ponction lombaire. Les auteurs croient à la possibilité d'une action sédative par décompression des centres encéphaliques. Quoiqu'ils insistent sur l'inconstance d'un tel résultat, ils rappellent que l'un d'eux publiait en 1922 une observation analogue à la Société de pédiatrie. Le fait avait déjà été signalé dans divers travaux français et étrangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DE JANVIER 1928)

Myopathie et douleurs. — M. MIRALLIÉ présente un malade atteint d'atrophie musculaire myopathique qui, dès le début de la maladie, a été atteint de douleurs très vives, d'abord à la région lombaire, puis dans les quatre membres, avec signe de la toux positif. Ces douleurs sont allées en s'atténuant à mesure que l'atrophie s'accentuait.

Corps étranger de la vessie. — M. MITRY présente une tige d'ail sauvage qu'un homme de soixante ans s'était introduite dans la vessie dans un but érotique. Ce corps étranger, toléré pendant quinze jours, mesurait 55 centimètres de long, son extrémité analogue à un explorateur à boule n° 22. Il fut extrait par taille sus-pubienne.

Zona intercostal et lombaire. Paralysie des groupes antéro-externes de deux membres inférieurs. — MM. R. GAUDUCHEAU et R. DANO (de Nantes). Les auteurs rapportent l'histoire d'un jeune homme qui, après un zona des dernières racines intercostales gauches et des racines lombaires, sans fièvre concomitante, vit apparaître successivement une paralysie du groupe entéro-externe gauche, puis une parésie du même groupe à droite. Dégénérescence incomplète sur les muscles du côté gauche. Wassermann négatif. Babinski en flexion plantaire. Réflexes tendineux diminués surtout à gauche. Réflexes également faibles aux membres supérieurs.

Les lésions ont guéri sans reliquat, puisque ayant été atteint en avril, le sujet a pu être incorporé dans l'infanterie en novembre et faire un service actif depuis lors.

S'agit-il d'un zona symptomatique? En dehors des vésicules et des douleurs, le sujet n'a présenté aucune autre manifestation morbide.

S'agit-il purement et simplement d'un zona? Les auteurs seraient parti à le penser.

M. PERRIN présente **deux cas d'aortite postérieure**.

Le premier concerne une femme de soixante-quatre ans syphilitique ancienne, et diabétique depuis de longues années, qui était entrée à l'hôpital pour des douleurs extrêmement violentes siégeant profondément au-dessus de l'ombilic avec irradiation vers les artères iliaques. On songea à une occlusion (constipation, vomissements), à des crises gastriques tabétiques (réflexes abolis), à un ulcère duodénal, à une lithiase ou un cancer du pancréas.

La malade mourut brusquement et l'on trouva à l'autopsie une rupture d'une aorte calcifiée ayant donné lieu à un anévrisme faux consécutif, en arrière du duodénum. Anévrisme qui s'était rompu à son tour réalisant une inondation de la grande cavité péritonéale.

Le deuxième cas concernait un homme d'une cinquantaine d'années entré à l'hôpital pour paraplégie passagère et qui se plaignait en même temps de douleurs en ceinture avec phénomènes angoissants rappelant l'angor. Aucune lésion rachidienne apparente à l'examen clinique ou radiologique, aucun signe de compression médullaire. On pouvait songer à un syndrome vasculaire. Celui-ci se manifestait par une disparition presque complète des battements de la fémorale au triangle de scarpa, une diminution considérable de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique aux deux membres inférieurs.

L'évolution clinique, puis l'autopsie montrèrent un anévrisme de l'aorte thoracique descendante s'étant rompu dans la plèvre droite.

A propos de ces deux cas, l'auteur rappelle les éléments de diagnostic de l'aorte postérieure qui doit toujours être discutée en présence de phénomènes douloureux thoraciques ou abdominaux de cause obscure. Il insiste sur les différences sphygmomanométriques entre les membres supérieurs et inférieurs qui constituent un élément des plus importants lorsqu'on ne peut réaliser la mesure de la V. P. O. P. préconisée par Landry et Mongeot.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences du dimanche. Pédiatrie pratique (1), par MM. LESNÉ, RIBADEAU-DUMAS, B. WEILL-HALLÉ, MARTIN, MOUCHET et CANTONNET.

On connaît le succès des conférences du Dimanche. Il faut remercier M. Maloine de les publier aujourd'hui sous un format commode qui sera très apprécié.

Le volume qui vient de paraître est consacré à la pédiatrie, il renferme des conférences de M. Lesné sur la *sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson*, de M. Ribadeau-Dumas sur l'*allaitement artificiel et ses compléments*. M. Weill-Hallé traite du *diabète infantile*. M. Martin, des *orchites aiguës chez l'enfant*. M. Mouchet, des *kystes essentiels des os*. M. Cantonnet, enfin, de la *rééducation du strabisme*. L. G.

(1) In-8. — Prix : 15 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Des réductions de prix sont consenties pour le transport des bagages dans le train de luxe Simplon-Orient-Express. — Pour faciliter le transport des bagages par le train de luxe « Simplon-Orient-Express », des réductions de prix sont accordées, à partir du 1er janvier 1928 aux voyageurs allant de Londres et de Paris vers Stamboul et Athènes, et réciproquement.

Entre Paris, Calais et Trieste, le Simplon-Orient-Express ne comporte que des wagons-lits de 1re classe; mais entre Trieste, Stamboul, Bucarest et Athènes, il offre des places de 2e classe en wagons-lits.

Les voyageurs venus à Trieste en wagons-lits de 1re classe qui désirent, à partir de ce point, continuer la route en wagons-lits de 2e classe n'ont qu'à se munir, au départ, de billets valables en 1re classe jusqu'à Trieste et en 2e classe au delà. Ils peuvent réaliser ainsi une économie d'environ 400 fr. pour le trajet de Paris à Stamboul.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste. — Séance du 21 mars. — Admissibles aux épreuves de nomination : MM. Vilenski, Boissier, Lattes, Crocquefer.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lubetzki, Dufour, Quinqueton, Descouleurs, qui acceptent; Acheray, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE (SEINE). — Concours d'internat. — Le nombre des places mises au concours est fixé à trois.

Les épreuves auront lieu le jeudi 19 avril 1928.

Les inscriptions sont reçues à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine) jusqu'au 12 avril 1928, à midi.

Conditions du concours. — Pour être admis à concourir, les candidats doivent être Français, âgés de moins de trente ans le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions de doctorat. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — MM. les professeurs Ch. Achard et Hartmann, qui sont allés représenter l'Académie de médecine et la Faculté de médecine à l'Exposition d'Athènes, viennent de recevoir le titre de professeur honoraire à l'Université d'Athènes.

— *Le cours de M. le professeur Champy.* — Grâce à la distribution de cartes spéciales aux étudiants immatriculés, la leçon inaugurale de M. le professeur Champy a pu avoir lieu mercredi soir sans les incidents tumultueux qui s'étaient produits la semaine dernière.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 20 mars 1928 a publié un décret fixant les programmes pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chef des travaux de chimie dans les écoles de médecine et de pharmacie.

Le programme est ainsi fixé :

I. *Chefs de travaux de physique.* — *A.* Epreuves écrites : 1° composition sur une question de physique générale; 2° composition sur une question de physique biologique et médicale.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces deux compositions.

B. Epreuves pratiques : 1° de physique générale; 2° de physique biologique et médicale.

C. Epreuves orales : une leçon de trois quarts d'heure de physique générale ou biologique avec applications médicales.

D. Appréciation des titres et travaux scientifiques.

II. *Chefs de travaux de chimie.* — *A.* Epreuves écrites : 1° Composition sur une question de chimie générale; 2° composition sur une question de chimie biologique et médicale.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces deux compositions.

B. Epreuves pratiques : 1° de chimie générale ; 2° de chimie biologique et médicale.

C. Epreuves orales : une leçon de trois quarts d'heure de chimie générale ou biologique avec applications médicales.

D. Appréciation des titres et travaux scientifiques.

GUERRE. — Le médecin inspecteur général Emily, directeur du Service de santé du corps d'armée colonial, passe dans la section de réserve.

On se rappelle que le docteur Emily a fait partie de la célèbre mission Marchand et qu'il fut, à ce titre, cité à l'ordre de la marine en 1899. Pendant la guerre il a été chef supérieur du Service de santé d'une armée.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — MÉDECINS CHEFS DES CENTRES DE RÉFORME. — Une indemnité spéciale, fixée au taux annuel de 1.080 fr., est allouée à partir du 1er janvier 1928, à titre de frais de service, aux médecins militaires détachés du ministère de la guerre à l'administration des pensions pour exercer les fonctions de médecins chefs des centres de réforme régionaux de la métropole, de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc.

RADIOLOGISTES DES CENTRES DE RÉFORME DE LA SEINE. — Par suite de la réorganisation du laboratoire de radiologie des centres de réforme de la Seine ont été conventionnés par M. le ministre des Pensions : M. Pierre Charpy, comme chef du service de radiologie, et M. Torchaussé, comme chef adjoint.

LES DROITS DES AUTEURS DE DÉCOUVERTES OU INVENTIONS SCIENTIFIQUES. — Il est institué au ministère de l'Instruction publique une Commission interministérielle chargée de préparer un projet de loi relatif aux droits des auteurs de découvertes ou inventions scientifiques.

Parmi les membres de cette Commission nous relevons les noms de MM. Ch. Achard, Maugin, Moureu, d'Arsonval, Emile Roux, de Mme Curie, MM. Hanriot et R. Dalimier.

HYGIÈNE SOCIALE. — Les médecins diplômés d'hygiène, susceptibles de s'intéresser aux questions d'hygiène sociale, sont informés que si, en attendant leur nomination à un poste définitif, ils désirent participer comme enquêteurs à des recherches concernant la protection de la santé publique qui vont avoir lieu dans un certain nombre de départements, ils doivent s'adresser pour tous renseignements à l'Office national d'hygiène sociale, 26, boulevard de Vaugirard.

ŒUVRE GRANCHER. — L'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, fondée il y a vingt-cinq ans par le professeur J. Grancher, vient de tenir son assemblée générale annuelle à l'Institut Pasteur, sous la présidence du docteur E. Roux. Grâce à une vente de charité en décembre 1927, dans les salons du ministère de l'Intérieur, vente qui a produit près de 185.000 fr., l'Œuvre a pu constituer un fonds de roulement qui lui permet de faire face à toutes les éventualités. Pour cette année, elle entretiendra, à la campagne, 300 pupilles, et elle peut envisager le retour progressif, malgré l'augmentation du coût de la vie, aux chiffres d'avant-guerre.

Après le rapport sur le fonctionnement de l'Œuvre par le docteur P. Armand-Delille, on a entendu le rapport financier et le projet de budget pour 1928 par M. René Boby de la Chapelle, trésorier. Ce projet de budget prévoit un total de recettes de 1.432.765 fr. environ avec un total de dépenses de 1.331.377 fr., ce qui laisse un excédent de 101.388 fr.

La prospérité de cette Œuvre si intéressante s'affirme donc comme s'affirme aussi la prospérité des trente-trois filiales qu'elle a essaimées dans les départements. A l'étranger aussi, l'idée du fondateur a été féconde et les Œuvres Grancher se créent un peu partout dans les pays civilisés.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours de vacances de Pâques*, du 29 mars au 5 avril 1928, pour les médecins français et étrangers, sous la direction du professeur Paul CARNOT et des professeurs agrégés Maurice Villaret et Etienne Chabrol. — *Les données nouvelles de clinique et de thérapeutique tirées du sang.* — A la demande des auditeurs et pour condenser le cours dans le minimum de temps, les 28 leçons seront faites en une semaine et auront lieu quatre fois par jour ; elles seront suivies de démonstrations techniques et de présentations de malades, à l'amphithéâtre Trousseau, aux laboratoires Dieulafoy, à la Policlinique physiothérapique Gilbert.

Droit : 250 fr. — S'inscrire à la Faculté.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE LA DERMATOLOGIE ET DE LA SYPHILIGRAPHIE. — M. A. Sézary, agrégé, continuera pendant le second semestre ses conférences hebdomadaires sur la pratique dermatologique et syphiligraphique.

Ces conférences, au cours desquelles sont présentés des malades et des moulages, ont lieu tous les samedis, à 14 h., au musée de l'hôpital Saint-Louis. Elles sont spécialement destinées aux médecins praticiens et aux étudiants empêchés par leurs fonctions hospitalières de faire un stage régulier de dermato-syphiligraphie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 27 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Balthazard, Bernard et Jeanselme. — Mlle MENNERET. Etude sur la syphilis congénitale. — M. SAMSON. Etude médico-légale des anévrismes artério-veineux. — M. AKRAKI. Etude sur la peste en Mésopotamie. — M. PECKER. Etude sur la syphilis. — M. RUDMAN. Traitement préventif de la syphilis.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeannin, président ; Rathery, Coquot, Moussu et Dechambre. — M. KNOCH. De la castration de la truie. — M. CILIGA. Le gynaudromorphisme chez les gallinacés.

Mercredi 28 mars. — Jury : MM. Roger, président ; Ménétrier, Gosset et Loeper. — M. JONDEAU. Etude exploratrice et clinique de la syncope. — M. GIACOMETTI. Fractures de la cuisse chez l'enfant. — Mlle LEQUIN. Etude sur l'encéphalite épidémique. — M. PERGET. Etude du traitement de l'insomnie. — Mlle HOURYAN. Un médecin poète (docteur Henri Cazalis).

Jeudi 29 mars. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lecène, Nobécourt et Sergent. — Mlle DESGRUELLE. Sur un cas d'exostoses de la hanche. — M. SÉJOURNÉ. Le rétrécissement mitral dans ses rapports avec l'état puerpéral. — M. PELLETIER. Absence congénitale du sein. — M. GEORGE. Le syndrome phrénico dans les affections pleuro-pulmonaires.

Samedi 31 mars. — Jury : MM. Sebileau, président ; Achard, Brumpt et Roussy. — M. FRIBOURG. Etude clinique des tumeurs malignes. — M. BELCOUR. Biologie des formes larvaires des phlébotomes. — M. LAIGRET. Prophylaxie de la maladie du sommeil en Afrique équatoriale. — M. SALGOL. De l'influence de la radiothérapie sur la stase papillaire.

Jury : MM. Carnot, président ; Bezançon, Sicard et Philibert. — M. MÉTAIS. Sur quelques cas de pneumothorax spontané. — M. NOVZARI. Les cholécystites. — M. BAUDRY. Etude comparative des accidents observés par l'emploi de divers médicaments antisyphilitiques. — M. MASSARI. Etude des localisations sur l'endocarde. — M. RINGART. Etude clinique des péri-iléo-typhocolites.


MÉTRITES
OVULES CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
GUIDE CHAUMEL
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE
Prescrire :
OVULES CHAUMEL SIMPLES
OVULES CHAUMEL ICHTHYOL
Établissements FUMOUZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS


DENTITION DES ENFANTS
Sirop Delabarre
En douces Frictions sur les Gencives
Facilite la Sortie des Dents
Calme les Cris de l'Enfant
Prévient les Accidents de la
1re Dentition
SANS NARCOTIQUE
SIROP DE DENTITION DU Dr DELABARRE
ex Chirurgien Dentiste des HOPITAUX de PARIS
DÉPÔT GÉNÉRAL 78 Faub^g St Denis PARIS
Dépôt : ÉTABLISSEMENTS FUMOUZE
78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

INFIRMIÈRE. BRULURES

La sixième Chambre du Tribunal civil de la Seine vient de statuer, par jugement du 16 janvier 1928, sur une question de responsabilité médicale, quand une infirmière est chargée de donner certains soins, comme suite aux prescriptions du médecin ou du chirurgien.

Le Tribunal était saisi d'une triple demande : 1° demande en cinquante mille francs de dommages-intérêts formée par la dame X... dûment assistée de son mari contre le docteur L..., le docteur P,.. et contre la dame G..., qui était l'infirmière; 2° demande en paiement de la somme de onze cent cinquante francs pour honoraires formée par le docteur L... contre X...; 3° demande en paiement d'une somme de six mille sept cents francs formée par le docteur P... contre X... pour intervention chirurgicale et soins médicaux donnés à la dame X..,

Par un précédent jugement de cette Chambre en date du 25 janvier 1926, le Tribunal avait joint les causes et commis trois experts, professeurs à la Faculté de médecine, à l'effet d'examiner la dame X..., entendre les parties, répondre aux questions posées et fournir au Tribunal, avec leur avis personnel, tous renseignements utiles pour permettre d'apprécier les responsabilités encourues au sujet des brûlures dont s'était plainte la demanderesse.

Les experts avaient procédé à la mission qui leur avait été confiée et déposé leur rapport; et la dame X... soutenait qu'il résultait de ce rapport qu'elle avait été l'objet de brûlures graves aux jambes par suite de l'application de bouillottes trop chaudes faites par l'infirmière, la dame G..., aussitôt après l'opératiou et alors qu'elle était encore inconsciente et insensible à la douleur. Elle ajoutait que la faute de la dame G... était certaine; qu'en outre, le docteur P... qui avait placé la dame G... auprès d'elle, qui avait gardé son autorité sur elle, qui l'avait renvoyée quand il connut l'accident dont elle fut victime, devait être déclaré civilement responsable de sa préposée; qu'enfin les docteurs L... et P... auraient dû s'assurer personnellement de la température des bouillottes au moment de leur première application, alors surtont qu'elle était encore sous l'influence de l'anesthésiant. En ayant omis de faire cette vérification ou en l'ayant faite d'une façon incomplète, ils avaient commis une faute qui engageait leur responsabilité personnelle.

La dame G... ne contestait pas être l'auteur de l'application des bouillottes, mais rejetait la responsabilité des brûlures sur le docteur L.., et sur le docteur P... qui tous deux, près d'elle, devaient s'assurer que la température des boules d'eau chaude n'était pas trop élevée.

De son côté, le docteur P... concluait au débouté de la dame X... et déclarait que son rôle s'était borné, après avoir constaté avec le docteur L..., médecin traitant qu'une opération d'appendice était indispensable à pratiquer, en plein accord avec sa cliente; en ce qui concernait les boules d'eau chaude, elles avaient été placées en dehors de son intervention; il avait fait, au contraire, à ce sujet, lui et le docteur L... les recommandations les plus précises; enfin, il ne pouvait être déclaré civilement responsable de la négligence d'une garde qui, pour réchauffer la malade, aurait placé contre les membres inférieurs, les bouillotes trop chaudes qui avaient occasionné les brûlures.

Le docteur P... précisait que la relation de maître à pré-

posé supposait un lien de subordination reliant le préposé au maître et que ce lien n'avait jamais existé entre la dame G... et lui; qu'en conséquence sa responsabilité n'était engagée à aucun titre, soit en vertu de l'article 1382, soit en vertu de l'article 1384 du Code civil.

En dernier lieu, le docteur L... soutenait qu'il n'avait commis aucune faute; qu'il avait agi dans le rôle qui lui était imparti avec autant de soins que de souci de la santé de sa cliente; qu'il s'en remettait d'ailleurs à l'opinion des experts nommés par le Tribunal, qui le mettait purement et simplement hors de cause.

Dans cet état de fait, le Tribunal a statué de la manière suivante :

« 1. SUR LA DEMANDE EN CINQUANTE MILLE FRANCS DE DOMMAGES INTÉRÊTS :

Attendu qu'il résulte du rapport des experts qne les bouillottes qui ont occasionné les brûlures du troisième degré dont se plaint la demanderesse ont été appliquées alors que l'opérée était encore inconsciente et sous l'influence de la narcose.

Attendu que, dans l'opinion des mêmes experts, il appartenait au médecin et au chirurgien aussitôt après l'opération de s'assurer que la température des boules n'était pas trop élevée; qu'ainsi la responsabilité des docteurs L... et P... serait certainement encourue, s'il ne résultait de la déclaration de la demoiselle R... qui a assisté à l'opération que ces praticiens avaient exercé leur contrôle et que le docteur L... avait fait enlever les bouillottes et prescrit de les remplacer.

Attendu qu'à ce moment les médecins qui avaient assisté au réveil de la patiente et s'étaient assurés que son état général était satisfaisant, se sont retirés, en laissant à l'infirmière la dame G... le soin de procéder à l'application de nouvelles bouillottes que l'on devait rapporter.

Attendu qu'on ne saurait reprocher aux défendeurs de n'être pas restés à demeure près de l'opérée pour contrôler et surveiller la température de ces nouvelles bouillottes; que les experts estiment que la dame G... seule, placée auprès de la malade, pouvait assurer une surveillance constante des dites bouillottes et que c'était là un des premiers devoirs de sa fonction.

Attendu d'ailleurs que la dame G... a reconnu devant les experts qu'elle avait commis la faute d'appliquer des bouillottes trop chaudes et déclaré qu'elle s'en repentait amèrement.

Attendu qu'une dépréciation esthétique certaine est résultée de ces brûlures; que la dame G... en doit réparation.

Attendu qu'il reste à rechercher si la dame G... peut être considérée comme la préposée du docteur P..., et si ce dernier doit être déclaré civilement responsable de la faute commise par l'infirmière.

Attendu qu'à ce point de vue le docteur P... soutient que la dame G... n'a jamais été son employée; qu'il n'a jamais rémunéré ses services; qu'il l'a simplement proposée entre plusieurs autres à la dame X... qui l'a acceptée et dont elle est devenue l'employée à gages.

Attendu, en droit, que la présomption de faute édictée par l'article 1384, paragraphe 3, du Code civil à l'encontre des maîtres et commettants suppose essentiellement un lien de subordination et de dépendance absolue reliant le préposé au maître. Or, attendu que s'il est exact que le docteur P... ait présenté la dame G... à la dame X..., il n'en est pas moins certain que celle-ci l'a prise à son service et que c'est la dame X... qui devait la rémunérer de ses services.

Attendu que si, à raison de sa profession d'infirmière, le docteur P.., pouvait donner des ordres à la dame G..., celle-ci ne saurait être considérée comme étant sous sa dépendance personnelle et exclusive; que cela est si vrai qu'il n'aurait pas dépendu du docteur P... seul de la congédier, si la dame X... avait manifesté la volonté de la conserver à son service.

Attendu que la dame G... ne saurait donc être considérée comme la préposée du docteur P... au sens juridique de ce mot et que par suite le docteur P... ne saurait être déclaré responsable de la faute ou de l'imprudence commise par la dame G...

2. SUR LA DEMANDE EN PAIEMENT DE LA SOMME DE ONZE CENT CINQUANTE FRANCS POUR HONORAIRES FORMÉE PAR LE DOCTEUR L...

Attendu que par assignation du 14 février 1924, le docteur L... réclame à X... pour soins donnés à sa femme dans le courant de l'année 1923 une somme de onze cent cinquante francs.

Attendu que le docteur L... expose que ces honoraires lui sont bien et légitimement dus; qu'ils se rapportent aux soins antérieurs et consécutifs à l'opération; qu'ils ne se rapportent en aucune façon aux soins nécessités par les brûlures incriminées.

Attendu que cette réclamation ne peut soulever aucune contestation et qu'il échet d'y faire droit.

3. SUR LA DEMANDE DU DOCTEUR P... EN PAIEMENT D'UNE SOMME DE SIX MILLE SEPT CENTS FRANCS POUR INTERVENTION CHIRURGICALE ET SOINS MÉDICAUX DONNÉS A LA DAME G...

Attendu qu'il est dû au docteur P... une somme de quatre mille francs montant de ses honoraires pour opération pratiquée sur la dame X...

Attendu que le docteur P... réclame en outre à X... pour visites et soins médicaux donnés à la dame X... POUR PLAIES CONSÉCUTIVES A DES BRULURES AUX MEMBRES INFÉRIEURS une somme de deux mille sept cents francs.

Attendu que le docteur P... n'étant pas responsable de ces brûlures, il n'existe aucune raison pour lui refuser les honoraires dont la quotité n'a pas été contestée. »

En conséquence le Tribunal a débouté la dame X... de la demande en cinquante mille francs de dommages-intérêts par elle formée contre les docteurs L... et P..., et l'a condamnée au paiement des honoraires réclamés par ceux-ci.

Ce qu'il convient de retenir de la décision ci-dessus, qui a été rendue sur la plaidoirie de Me Louis Mercier, avocat des médecins, c'est que la responsabilité du médecin pourra, en cas d'accident de la nature de celui qui a été analysé précédemment, se trouver éventuellement engagée, si l'infirmière est sa préposée. Le jugement dit exactement ce qu'il faut entendre par ce terme : pour qu'il y ait « préposée », il faut entre elle et le maître, un lien de subordination qui se manifeste par la réunion de plusieurs faits : notamment la rémunération des services, le droit de donner des ordres ou instructions, la faculté de renvoi. Le jugement constate avec raison que, si le médecin pouvait donner des ordres ou instruction, ce fait à lui seul était insuffisant pour créer le lien de subordination qui doit faire un préposé d'une personne déterminée.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques dermatologiques (2e série), par M. le docteur L. BROCQ. Un volume de 660 pages. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

Toxicomanies, par le docteur DE BLOCK, ancien assistant à l'Université de Liége, expert des tribunaux. In-16 de 192 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

Les Bases physiques de la radiothérapie, par Jean DUBOST, moniteur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 (20-13) de 99 pages avec 50 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

LÉSIONS CARDIAQUES CONGÉNITALES

EN RAPPORT AVEC L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par MM. L. BABONNEIX et DELARUE.

Si le rôle du tréponème apparaît évident dans la production de lésions cardiaques acquises, il a semblé important, depuis longtemps, pour expliquer la genèse des malformations congénitales du cœur. Rauchfuss (1878), le premier, a été frappé de la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les sujets qui en sont atteints. Ed. Fournier (1898), dans sa thèse, montre l'action dystrophiante de la syphilis sur le cœur et considère les malformations cardiaques comme des dystrophies analogues à celles que l'on observe couramment chez les hérédo-syphilitiques. Certains auteurs, comme Landouzy et Laederich, Armand Ugon, ont vu des lésions cardiaques coexister avec des signes manifestes d'activité de la maladie.

Depuis que le domaine de la syphilis héréditaire s'enrichit chaque fois de nouvelles acquisitions, de nombreuses observations de malformations cardiaques en rapport avec elle ont été publiées.

Elles sont réunies dans des travaux d'ensemble comme l'excellente thèse de Bricout (Paris, 1911-1912), inspirée par M. Laubry, la thèse de Mme Anne Mikaïlowsky, inspirée par M. Nobécourt, et surtout le *Traité des maladies congénitales du cœur* de MM. Laubry et Pezzi (1926), dans lequel la question est longuement étudiée.

Plus récemment encore, des documents nouveaux ont été apportés. Citons les observations Hahn, de M. Manara; en 1927, l'un de nous, avec M. Grenet qui s'occupe actuellement du problème et a réuni des matériaux d'études qui seront sous peu publiés, a présenté à la Société de pédiatrie une maladie mitrale associée à des dystrophies diverses hérédo-syphilitiques.

Comment agit la syphilis dans la genèse des malformations cardiaques?

Comme partout ailleurs, de deux façons :

Ou bien par son rôle dystrophiant spécifique peut-être, mais qui est d'ordre très banal;

Ou bien elle est vraiment en activité et c'est le tréponème qui intervient directement pour créer des lésions valvulaires.

Il y aurait, certes, gros intérêt à savoir, pour un cas donné, en présence de quel processus on se trouve; en pratique cela semble fort difficile et seule l'épreuve thérapeutique peut permettre de décider.

* * *

Aux nombreuses observations publiées jusqu'ici, en voici un certain nombre qui peuvent être ajoutées, dans lesquelles l'influence de l'hérédo-syphilis paraît certain.

OBSERVATION I. (BABONNEIX et DENOYELLE). — M... (Yvonne), âgée de douze ans, vue le 5 février 1921.

Insuffisance mitrale. — Souffle systolique de la pointe se propageant dans l'aisselle. Très gros cœur. Pointe dans le VIe espace (Examen du docteur Josué).

Par ailleurs : *Dents d'Hutchinson typiques.*

Voûte ogivale. Infantilisme.

La *réaction de Wassermann* a été *deux fois* trouvée *faiblement positive.* Antécédents héréditaires mal connus. De même, les antécédents personnels, et il se pourrait, à la rigueur, qu'il s'agit d'endocardite rhumatismale chez une hérédo spécifique.

OBS. II. (BABONNEIX et DUGUÉ). — L..., neuf ans.

Maladie de Roger. — Gros souffle systolique rude, râpeux, s'entendant à la base du cœur, vers la partie interne du IIIe espace intercostal gauche et se propageant transversalement à droite et à gauche du sternum. Cyanose, sans signes d'insuffisance ventriculaire droite.

Par ailleurs débilité mentale légère. Pigmentation spéciale de la peau, en bandes parallèles transversales.

Quelques stigmates physiques de dégénérescence. Voûte ogivale. Anomalies auriculaires et inguinales.

Exostoses frontales. Microdontisme. Le *grand-père paternel* était atteint de *tabes* avec signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes rotuliens, etc.

De ses enfants, la plupart sont morts, soit en venant au monde, soit au bout de quelques mois.

Toutes choses, témoins de l'hérédo-syphilis de notre malade que vient affirmer une *réaction de Wassermann positive.*

OBS. III (BABONNEIX et WIDIEZ). — Liliane F..., seize ans, 9 novembre 1927.

Souffle systolique intense du cœur, se propageant transversalement et se percevant presque dans le dos. Frémissement cataire systolique nettement perçu dans le IIIe espace intercostal gauche.

Coexistence d'un gros amoindrissement intellectuel, avec microcéphalie et saillie des bosses frontales. Strabisme divergent.

Dents irrégulières, incisives médianes obliques, convergentes, voûte palatine ogivale.

La malade est née à terme. Elle a fait ses premiers pas à vingt-six mois. Elle a parlé très tard. *C'est à l'âge de cinq ou six mois que la malformation cardiaque a été remarquée.*

Le Wassermann et le Hecht sont négatifs chez elle, mais *fortement positifs dans le sang de la mère*, qui a fait deux fausses couches.

OBS. IV (inédite). Gr... (H.), onze ans, 1er juillet 1927.

Double souffle de la base du cœur, se propageant le long du sternum, perçu dans le dos.

Grosse arriération intellectuelle, ne sait ni lire ni écrire. Parole brusque. Obliquité mongolienne des yeux. Nombreuses malformations dentaires, tares cornéennes bilatérales. Enurésie.

L'enfant est née avant terme. Dès les premiers jours après la naissance, un médecin a constaté des troubles cardiaques.

Eruption dentaire tardive (début quatorze-quinze mois) et anormale. Premiers pas tardifs. Parole tardive.

Tous les troubles ont été *améliorés par le traitement antisyphilitique*, en particulier le retard intellectuel.

OBS. V [malade vue avec le docteur GOUGEROT] (inédite). — Mme X..., trente et un ans, vue le 14 octobre 1925.

Maladie bleue reconnue de bonne heure. — Par ailleurs, elle porte sur les téguments de la cuisse gauche, la cicatrice d'un ulcère guéri par les injections de 914.

Elle a eu deux enfants : l'un né au bout de sept mois de grossesse et qui n'a vécu que six heures et un autre enfant arriéré qui présente un syndrome de Little. Celui-ci a été traité par des injections de sulfarsénol et des frictions mercurielles *qui ont semblé produire une certaine amélioration.*

* *

Obs. VI (inédite) (1). — Ch... (J.), six mois et demi, vu le 17 juillet 1927.

Rythme de Duroziez caractéristique. Gros frémissement cataire diastolique à renforcement systolique.

Respiration bruyante, stertoreuse, avec accès passagers de suffocation.

Hernie inguinale droite avec entérocèle.

Fontanelle antérieure presque soudée. L'enfant est né à sept mois et demi de grossesse. Poids à la naissance : 2.450 grammes. *Gros placenta.* La lésion cardiaque a été constatée dès les premiers jours de la vie.

La mère, âgée de vingt-huit ans, est bien portante. Il y a deux ans, avortement spontané de deux mois; *Wassermann partiellement positif chez elle.*

L'origine de la syphilis ne peut être déterminée.

Obs. VII (inédite). — C..., quinze mois, vu le 13 janvier 1921.

Souffle systolique de la base du cœur, se propageant le long du sternum, très intense et s'entendant jusque dans le dos.

Convulsions apparues à l'âge de huit mois, avec perte de connaissance, cyanose. Retard physique et intellectuel manifeste. Anémie, pâleur intense. Naissance à sept mois et demi de grossesse. Poids à la naissance : 1.250 grammes.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang partiellement positive.

Il est institué un traitement par des frictions mercurielles et de l'hectine.

L'enfant est revu le 13 septembre 1922, âgé de trois ans.

Souffle systolique de la base persistant. Convulsions moins fréquentes. Arriération intellectuelle marquée. Réflexes tendineux vifs. Strabisme interne.

Les premiers pas ont été faits à deux ans.

Un traitement par le sulfarsénol est institué.

En novembre, *amélioration des plus nettes*. Persistance du souffle cardiaque.

Obs. VIII (inédite). — Ch... (Pierre), vingt ans, vu le 21 novembre 1927.

Souffle systolique très rude de la base du cœur perçu dans le IIe espace intercostal, se propageant transversalement et lié sans doute à une maladie de Roger.

Le malade présente une hémiplégie droite apparue à l'âge de six mois, à la suite de convulsions, avec tous les caractères de l'hémiplégie infantile, avec spasmodicité considérable, troubles trophiques et arriération mentale; infantilisme. *Incisives médianes obliques, convergentes.* Les autres *dents* sont *mal plantées, irrégulières* ou cariées.

Le *père, probablement syphilitique*, est mort aliéné à l'âge de cinquante-cinq ans.

La *réaction de Hecht* est *positive dans le sang*.

Obs. IX (Babonneix et Paisseau). — Nouveau-né de quinze jours. Vu en octobre 1912.

Souffle systolique rude de la base, atteignant son maximum d'intensité à la partie moyenne du IIe espace intercostal gauche, s'accompagnant d'un frémissement cataire intense et se propageant dans le dos. De temps en temps, crises de cyanose. Le diagnostic posé est celui de rétrécissement pulmonaire avec peut-être persistance du canal artériel.

Signes manifestes d'hérédo-syphilis. Gros foie, grosse rate, épaississement des plis radiés de l'anus. Hémorragie intestinale abondante au dixième jour.

Mort au bout de quelques semaines de cachexie.

Le *grand-père paternel* est *tabétique*. Un de ses enfants est mort à douze ans de cyanose.

Le grand-père *maternel* est *syphilitique*. Sa fille, qui est la mère du petit malade, a fait vers l'âge de quinze ans des accidents de syphilis osseuse.

Un frère a eu une sténose congénitale du pylore dont il est mort.

*
* *

Ces différentes observations constituent des faits. Elles n'ont pas pour but d'affirmer que telle ou telle malformation cardiaque est plus que d'autres imputable à la syphilis. Des éléments cliniques, radiographiques et anatomiques nous manquent pour que nous ayons pu porter un diagnostic précis. Cependant, et ceci cadre bien avec l'opinion de M. Jeanselme (1925), il semble bien que dans les observations II, III, V, VII, VIII, il s'agisse de maladie de Roger et que celle-ci soit le plus souvent rencontrée, alors que dans les observations I et VI il s'agit probablement d'une lésion mitrale. L'important est que la maladie congénitale du cœur soit en rapport avec l'hérédo-syphilis.

Celle-ci a pu apparaître en pleine activité, comme dans les observations II, V, VII, VIII, IX, et se rapporter alors à une « hérédo-syphilis infectante », suivant l'expression de MM. Laubry et Pezzi.

Au contraire, dans les autres observations, on ne peut mettre en évidence aucun signe manifeste d'activité de la maladie, mais seulement des dystrophies en rapport avec une « syphilis dystrophique » (Laubry et Pezzi), « immédiate » comme dans les cas de Bricout, Milian et Sauphar, Toujan, Landouzy et Troisier, ou « atavique » (deuxième génération), comme dans les cas de Manara, Hahn, Grenet et Delarue.

Comme nous l'avons vu, cette distinction nous semble fort difficile à établir.

Ce qui semble indéniable, en tout cas, c'est le rôle de la syphilis dans la genèse des malformations cardiaques.

L'étiologie de celles-ci, «... perdue dans ce néant qui est le mystère même de la vie..., indissolublement liée à l'action de ces puissances créatrices qui forment les individus et les races » qui sont parfois « les sources des tares physiques de l'être et de l'espèce » (Laubry et Pezzi), nous semble dans de nombreux cas liée à la syphilis héréditaire qui est bien une des plus importantes parmi les « sources de tares physiques de l'être ».

Et sans aller jusqu'à adopter l'aphorisme de Leredde : « Aucune malformation cardiaque n'est à elle seule un signe de certitude (d'hérédo-syphilis); toutes sont un signe de présomption », nous pensons qu'une maladie congénitale du cœur associée à d'autres stigmates doit faire rechercher la maladie pour instituer un traitement qui, à vrai dire, au point de vue qui nous occupe, sera fait « sans grandes chances de succès » (A. Mikaïlowsky).

(1) Cette observation appartient également au docteur Grenet, qui a bien voulu nous autoriser à la publier.

Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire, par L. Baldenweck, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. In-8 de 320 pages avec 188 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Vigot frères.

DE L'EMPLOI DU SOULIER A TALON SURÉLEVÉ
DANS LE TRAITEMENT DES SCOLIOSES

Par M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

En dehors des deux grandes méthodes thérapeutiques de la scoliose, la gymnastique et le corset, il existe d'autres moyens adjuvants qui peuvent rendre de grands services quand on les emploie judicieusement. Parmi ceux-ci il faut placer le port d'un soulier à talon surélevé. C'est un moyen connu depuis bien longtemps mais trop peu employé soit à cause de la répugnance des malades, à l'accepter, soit bien plutôt à l'imprécision des règles de son emploi.

Nous allons essayer de les esquisser ici en nous basant sur une expérience de plus de quinze ans et portant sur plusieurs centaines de cas.

***

Quand on surélève avec une cale le pied d'un individu normal, cet allongement d'un membre produit deux résultats :

1° Une bascule du bassin avec abaissement de l'épine (fig. 1) iliaque du côté opposé, élévation du côté surélevé, et, pour rétablir l'équilibre inclinaison du rachis du côté le plus long;

2° Un déplacement latéral du bassin vers le côté surélevé. Le bassin ne pourrait basculer sur place que si le sacrum était fixe et lui servait de pivot. Il n'en est rien. Le bassin forme avec les deux membres inférieurs et le sol un quadrilatère rectangle dont les quatre angles, les deux hanches et les deux pieds sont des rotules, mobiles en tous sens. Tout allongement d'un des côtés du rectangle entraîne une modification d'ouverture des angles : du côté surélevé l'angle se ferme, la hanche se met en adduction; du côté opposé, l'angle s'ouvre, la hanche se met en abduction. Les pieds restant fixes, le bassin se déplace latéralement vers le côté surélevé.

Bien que ces deux actions sur le bassin (bascule, déplacement latéral) soient toujours simultanés et inséparables l'un de l'autre, nous allons, pour plus de clarté, étudier isolément leur action sur diverses formes de scoliose.

***

I. Bascule du bassin. — Elle peut être employée soit comme agent de *correction* d'une courbure rachidienne, soit comme agent favorisant la création d'une courbure de *compensation*.

1. *Action de correction d'une courbure rachidienne.* — La scoliose statique en fournit l'exemple le plus simple.

Toutes les fois que pour une raison quelconque un des membres inférieurs devient plus court que l'autre, le bassin bascule du côté du membre le plus court et, pour rétablir l'équilibre, le rachis présente une courbure convexe du même côté (fig. 2). Rétablissons l'égalité de longueur des membres inférieurs avec une cale en bois égale au raccourcissement du membre, le bassin redevient horizontal, le rachis rectiligne du moins tant qu'il aura conservé sa souplesse et que la déviation ne sera pas fixée par les déformations ligamentaires ou osseuses. Le port du soulier surélevé constitue le traitement naturel de ces déviations (1).

Supposons qu'au lieu de porter sur les membres inférieurs la différence de hauteur porte sur un des côtés du bassin le résultat sera le même. Le même encore si le rachis repose sur une base oblique : sacrum ou Ve lombaire asymétriques. Prenons comme exemple l'hémisacralisation de la Ve lombaire. Le corps vertébral est plus haut du côté sacralisé. Le rachis repose sur une base oblique (fig. 3). Pour rétablir l'équilibre il sera obligé de s'incurver vers le côté le plus haut. Mettons des cales de plus en plus hautes sous le pied du côté vers lequel la base penche, nous basculons peu à peu le bassin du côté opposé il arrivera un moment où la face supérieure de la Ve lombaire sera horizontale. Le rachis se redressera et le bassin sera de travers. La déformation vertébrale sera compensée par une bascule du bassin qui se passe dans les hanches, au lieu d'être compensée par une déviation rachidienne.

On sait combien sont fréquentes dans les scolioses soit comme lésion primitive (anomalies lombo-sacrées) soit comme lésion secondaire l'asymétrie de la Ve lombaire. On comprend les services que peut rendre dans ces cas, quand leur emploi est par ailleurs possible, l'emploi d'un soulier surélevé qui par bascule du bassin rétablira l'horizontalité de la face supérieure de la Ve lombaire, support du rachis.

2. *Action de compensation des courbures rachidiennes.* — Prenons le cas le plus simple d'une courbure totale dans sa forme habituelle, totale gauche encore souple (fig. 4). Mettons sous le talon gauche des cales de plus en plus hautes, nous verrons le bassin basculer son côté droit s'abaissant, et peu à peu se former une courbure lombaire droite brusque et très courte alors que le reste du rachis devient rectiligne. Si on maintient dans la station assise cette bascule du bassin au moyen d'un coussin mis sous l'ischion gauche, on empêchera la déviation de s'aggraver pendant le temps nécessaire à l'application du traitement (repos, cure d'air, héliothérapie, opothérapie, gymnastique respiratoire et musculative).

Mais si la compensation par un soulier surélevé constitue un appareillage suffisant dans les courbures uniques souples, il n'en est plus de même dans les courbures multiples. Ici l'emploi du soulier surélevé doit toujours être associé au port d'un corset rigide. Employé seul le soulier surélevé ne peut qu'être nuisible.

Prenons comme exemple le cas le plus fréquent : une scoliose à double courbure, dorsale droite, lombaire gauche (fig. 5). Pour plus de simplicité, supposons-la équilibrée, d'aplomb, c'est-à-dire que les deux courbures se compensant, la verticale

(1) Il est bien entendu qu'il s'agit ici de raccourcissements réels, anatomiques du membre. Dans le cas de raccourcissements apparents, géométriques, par attitude vicieuse du membre, le port du soulier surélevé est nuisible, c'est le redressement de la déviation qui constitue le traitement logique.

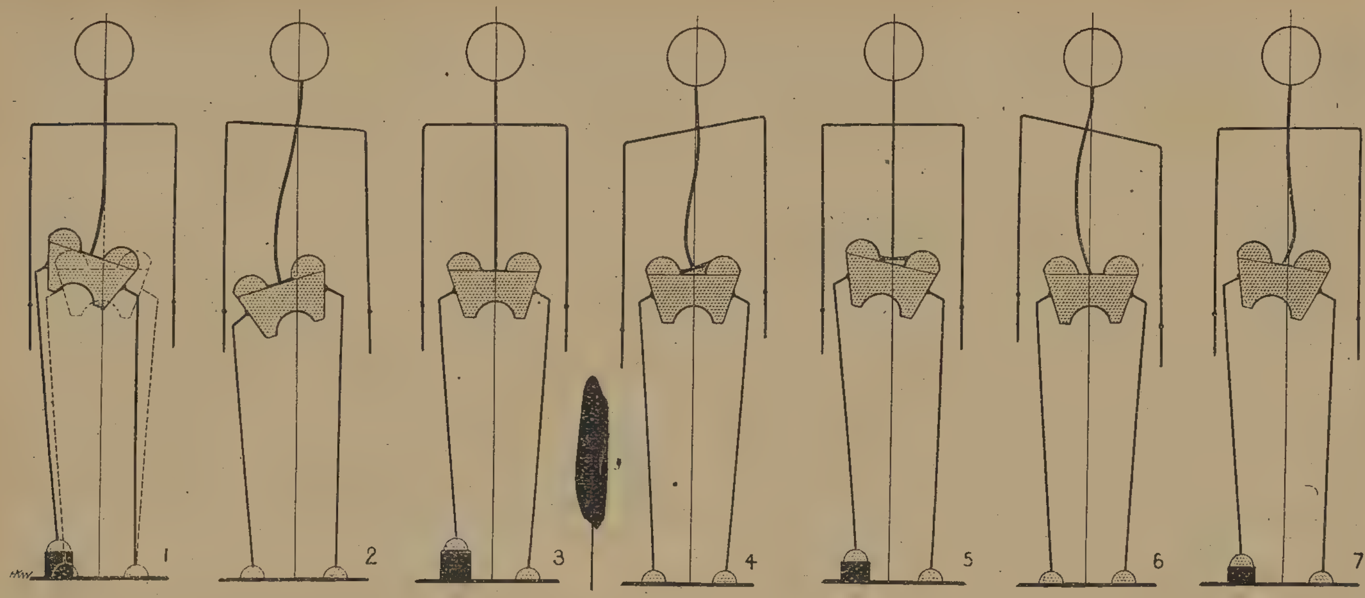


Fig. 1 (n° 1). — *Déplacements du bassin, par soulier surélevé, sur le sujet normal.*

Fig. 2 (nos 2 et 3). — *Déviation du rachis par inégalité des membres inférieurs. Sa correction par soulier surélevé.*

Fig. 3 (nos 4 et 5). — *Obliquité de la Ve lombaire. Correction par la bascule du bassin, soulier surélevé.*

Fig. 4 (nos 6 et 7). — *Scoliose totale souple. Compensation par bascule du bassin avec soulier surélevé.*

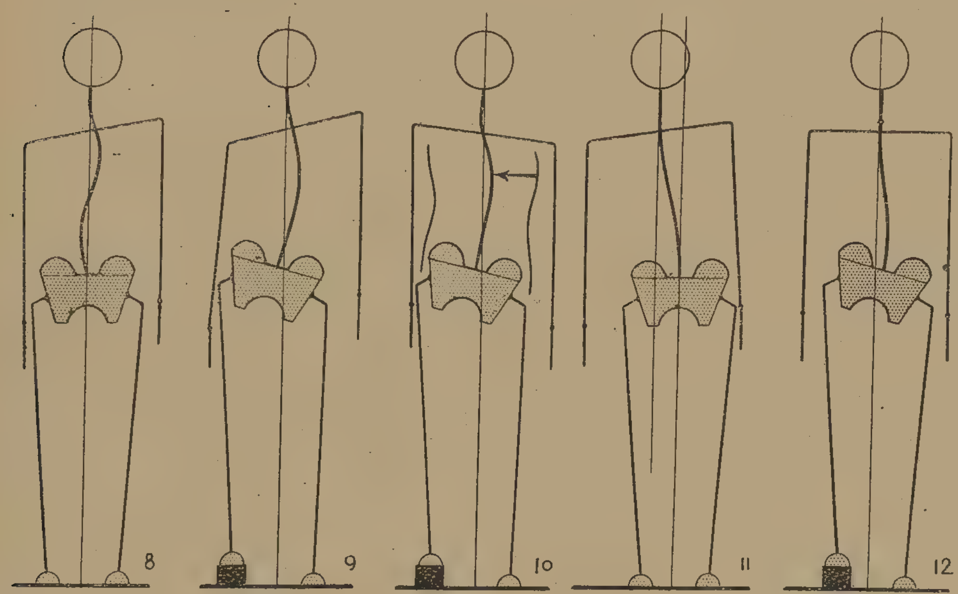


Fig. 5 (nos 8, 9 et 10). — *Scoliose double, courbure équilibrée. Le redressement de la courbe lombaire par bascule du bassin avec soulier surélevé déséquilibre le tronc; nécessité du port d'un corset.*

Fig. 6 (nos 11 et 12). — *Chute du tronc à gauche, l'équilibre obtenu par le déplacement latéral du bassin au moyen d'un soulier surélevé.*

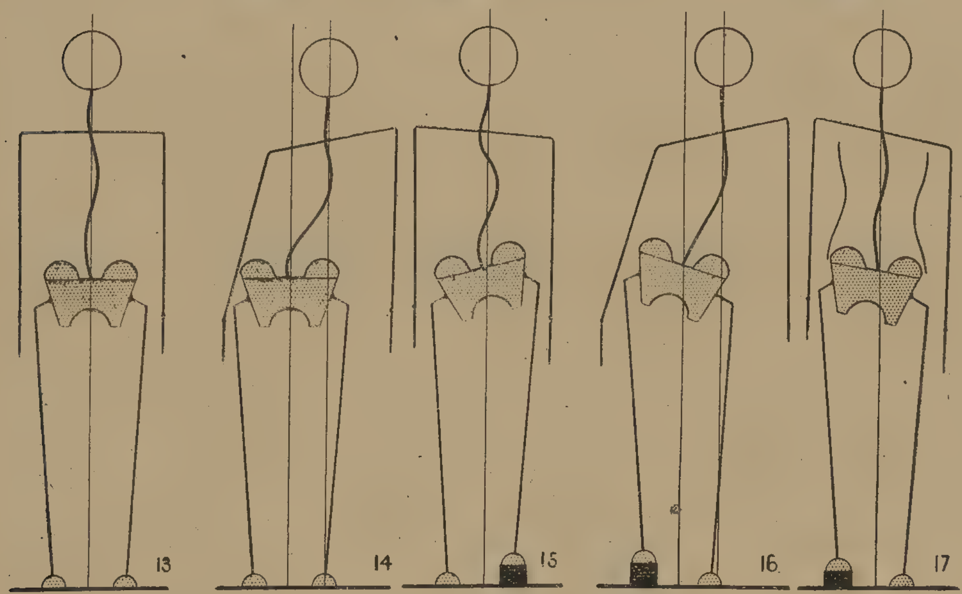


Fig. 7 (nos 13, 14, 15, 16 et 17). — *Triple courbure équilibrée; si elle se déséquilibre (14) le déplacement latéral du bassin avec une cale à droite (15) exagère les courbures, le redressement de la lombaire avec une cale à gauche (16) exagère le déséquilibre; nécessité du port d'un corset.*

abaissée du milieu du crâne tombe au milieu du bassin. Supposons aussi que les deux courbures soient restées souples, au moins partiellement. Si nous cherchons à redresser la courbure lombaire gauche en surélevant le pied gauche, par bascule du bassin à droite, nous y arriverons en partie ou en totalité selon la souplesse rachidienne, mais alors toute la correction de la déviation incombe à la seule courbure dorsale droite, et cette déviation est exagérée puisque en même temps que nous basculons le bassin à droite nous le reportons vers la gauche.

Il faudra donc, en même temps qu'on agit sur la courbure lombaire par la bascule du bassin avec un soulier surélevé, confier à un corset rigide le rôle de ramener le thorax d'aplomb sur le bassin. Ce corset aura en plus par son action sur les épaules et le thorax la charge du traitement de la courbure dorsale.

Le raisonnement est le même si, au lieu de courbures plus ou moins souples, il s'agit de courbures fixées. Ici, au lieu de redressement partiel, il ne pourra s'agir que de création de courbures de compensation réduisant à leur minimum d'étendue les courbures fixées.

Au total, si dans les courbures uniques le port d'un soulier surélevé peut constituer à lui seul un mode d'appareillage, dans les courbures multiples il ne peut que constituer un adjuvant au corset.

***

II. Déplacement latéral du bassin. — Le rachis est en équilibre quand son aplomb est conservé, c'est-à-dire quand le bout supérieur du fil à plomb étant placé dans la fossette sous-occipitale, son extrémité tombe dans la rainure interfessière.

Dans les déviations du rachis l'aplomb est ou non conservé. Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici que des courbures équilibrées. Mais souvent les scolioses sont déséquilibrées.

Une grande quantité de scolioses débutent par une chute latérale du tronc. Le fil à plomb tombe en bas à droite ou à gauche du milieu du bassin (fig. 6). Cette chute latérale est en même temps le plus souvent postérieure. Si on regarde l'enfant de profil on voit que le tronc tombe en arrière, les lombes sont ensellées et pour rattraper son équilibre l'enfant tend le cou en avant, projette ses épaules en avant, décollant ses omoplates en « ailes d'ange ». Il y a chute du tronc en arrière et sur le côté.

Lorsque la scoliose est plus avancée et que des courbures se sont formées, elle ne peut se stabiliser que lorsque les courbures s'opposent, s'équilibrent. Qu'il y ait deux, trois courbures, lorsque la lésion ne progresse plus, on voit le fil à plomb toujours tomber au centre du bassin.

Au contraire, toutes les fois qu'une scoliose est en période d'aggravation on voit l'équilibre rompu.

Ceci est très net par exemple chez les adultes porteurs d'anciennes scolioses de l'adolescence. Prenons par exemple une triple courbure cervico-dorsale gauche, dorsale droite, lombaire gauche. Les trois courbures sont égales, s'opposant, l'équilibre est parfait. Survienne une cause quelconque de faiblesse (grossesses répétées, maladie intercurrente, amaigrissement brusque), on voit, à l'endroit resté en général le plus souple, à la région dorso-lombaire, une brusque inclinaison se produire, le tronc tombe d'un côté, l'équilibre est rompu (fig. 7). Ce déséquilibre entraîne de la contracture musculaire, des douleurs.

On comprend que l'on puisse aider à rétablir l'équilibre du tronc en utilisant le déplacement latéral du bassin par soulier surélevé. On ramène ainsi le bassin au-dessous du tronc. C'est ce qu'on observe dans les chutes du tronc sur le côté avant la formation de courbures véritables; le port d'un soulier surélevé pourra constituer là un appareillage précieux permettant d'attendre sans aggravations les résultats du traitement général.

Lorsque les courbures sont formées et qu'il se produit un déséquilibre, le soulier surélevé ne peut être employé seul sans corset rigide.

En effet, le déséquilibre se produit toujours par l'exagération d'une des courbures, celle qui est restée la plus souple, en général la courbure lombaire à sa partie supérieure. Dans une triple courbure la lombaire gauche s'exagérera par chute du tronc vers la droite. Veut-on alors redresser la courbure lombaire en mettant une cale sous le pied gauche, on reportera encore le bassin à gauche et on augmentera le déséquilibre. Veut-on au contraire rétablir l'équilibre en reportant le bassin vers la droite en surélevant le pied droit, on exagère la courbure lombaire.

Dans ce cas, le rétablissement de l'équilibre du rachis doit être confié à un corset rigide qui reportera le thorax au-dessus du bassin, et en même temps on agira sur la courbure lombaire par bascule du bassin au moyen d'un soulier surélevé. Les deux sections sont simultanées. Mais le soulier surélevé ne peut être employé sans le corset.

***

En résumé :

Le soulier surélevé est un agent de correction des déviations du rachis dues, soit à une inégalité de longueur des membres inférieurs, soit à une asymétrie du sacrum ou de la Ve lombaire.

Il peut être encore employé seul pour redresser par création d'une courbure de compensation les courbures totales souples du rachis, ou pour rétablir l'équilibre du rachis dans les chutes latérales du tronc qui précèdent souvent la formation des courbures.

Dans les scolioses à courbures multiples équilibrées ou non le soulier surélevé ne doit être employé que comme adjuvant à l'emploi d'un corset rigide.

Les indications du soulier surélevé dans les déviations du rachis sont donc assez complexes et devront être discutées pour chaque cas particulier.

Quand on associera le soulier surélevé et le corset il faudra obligatoirement que le corset soit établi le bassin étant basculé de la même position que lui donnera le soulier surélevé.

La surélévation du pied tolérable sans boiterie

peut atteindre 2 centimètres et demi, 3 centimètres. Elle devra être progressive si l'on ne veut pas voir l'enfant marcher avec le genou fléchi, ce qui détruirait l'effet cherché.

Il est inutile de faire porter la surélévation sur tout le pied. Celle du talon suffit. Même sous cette forme elle est très difficile à faire accepter aux malades qui y répugnent plus qu'au port du corset. Pour dissimuler le plus possible la différence des deux souliers on suivra la progression suivante :

1° Talonnette intérieure de 1 centimètre;

2° Surélever extérieurement le talon de 5 à 15 millimètres;

3° Abaisser le talon du côté opposé de 5 à 10 millimètres.

ÉTUDE CLINIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE

D'UN CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE TRAITÉ PAR LE FOIE [1]

Par C. Van CAULAERT.

En 1926, Minot et Murphy (1) ont donné leurs premiers résultats d'un traitement de l'anémie pernicieuse par l'ingestion quotidienne d'environ 200 grammes de foie. Ce traitement leur avait été suggéré par les expériences faites sur le chien par Whipple et ses collaborateurs (2). Ces auteurs ont démontré que chez un chien très fortement anémié par des saignées l'ingestion de certains aliments, de foie en particulier, provoquait une régénération sanguine très rapide. Les cas rapportés par Minot et Murphy étaient au nombre de 45; 42 de ces malades dont certains étaient observés depuis trois ans n'ont pas fait de rechute; 3 d'entre eux qui avaient abandonné le régime ont fait des rechutes mais se sont améliorés en mangeant du foie. Plus récemment, Minot et Murphy ont publié leurs résultats ultérieurs qui sont tout aussi encourageants.

Ce nouveau traitement a été appliqué en Europe comme en Amérique et les travaux de Minot et Murphy ont été très généralement confirmés. On ne connaît pas encore le mécanisme d'action du foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse et nous n'insisterons pas sur les nombreuses hypothèses émises et non vérifiées.

La question a cependant fait de grands progrès; sur la suggestion de Minot et Murphy, Cohn a entrepris d'extraire du foie par des fractionnements successifs, la ou les substances actives. Il a réussi à préparer des extraits actifs de plus en plus purs; ces résultats ont été publiés au Congrès de biologie de Rochester (New-York), et à ce congrès Cohn et Minot (3) ont décrit les propriétés d'un extrait hépatique déjà très purifié qui ne contient plus d'albumines ni de lipoïdes solubles dans l'éther, l'acétone et l'alcool froid.

L'objet principal de cet article n'est pas de revenir sur le rôle du foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse, question sur laquelle tout le monde à peu près est d'accord. Nous nous proposons de rapporter l'histoire d'un cas traité d'abord par le premier extrait hépatique préparé par Cohn et plus tard par le régime de Minot et Murphy. Nous présenterons ensuite une étude cytologique et chimique du sang avant le traitement et nous montrerons comment, sous l'influence du foie, le sang revient à la normale.

Enfin, au cours de l'étude clinique, nous insisterons sur l'importance qu'il y a à ne prescrire le régime de Minot et Murphy qu'aux malades qui ont les symptômes que ces auteurs considèrent comme caractéristiques de l'anémie pernicieuse.

I. **Étude clinique.** — Histoire clinique. — Homme âgé de trente-sept ans, entre à l'hôpital le 24 janvier 1927; afficheur de son métier.

Père mort de maladie de cœur; mère vivante, mais hémiplégique; trois sœurs bien portantes et une sœur épileptique.

Ni cancer, ni diabète, ni tuberculose dans la famille.

Né à Boston (Mass); la rougeole, la coqueluche, la varicelle dans son enfance. Engagé dans la marine il fait du paludisme au Mexique en 1912. Contracte à la même époque la syphilis; il est traité activement par la voie intraveineuse et par la voie buccale.

Les troubles actuels remontent à novembre dernier; il note à cette époque une très grande difficulté à monter un escalier, il est obligé de se reposer à chaque palier. Depuis, sa dyspnée d'effort a augmenté et même en palier il marche difficilement. En même temps il se sent très faible et incapable de travailler.

Ses selles sont irrégulières, il ne vomit pas. N'a jamais eu de colique hépatique mais aurait présenté de l'ictère en 1921-1922 au cours d'un traitement antisyphilitique. Très bien portant autrefois, il travaillait facilement, il dort bien, ne fume pas, ne consomme pas d'alcool; est divorcé sans enfant.

Son alimentation habituelle était composée de viande bouillie et de légumes secs; de temps en temps il ajoutait une côtelette de veau ou de porc à son menu; n'a jamais mangé de foie précédemment; il aime les légumes frais mais n'en mange qu'en été.

Il se plaint actuellement d'une très grande fatigue, d'une asthénie absolue et de dyspnée d'effort.

A l'examen : on est en présence d'un homme intelligent, bien développé, bien nourri, pesant 67 kilogrammes, son teint est foncé, subictérique.

Le voile du palais est pâle, la langue est absolument lisse et atrophiée. Pyorrhée alvéolo-dentaire.

Légère adénopathie cervicale et épitrochléenne.

Le cœur est normal; à la pointe les bruits paraissent distants; le pouls est rapide; pas de palpitations.

L'appareil pulmonaire est normal.

L'examen de l'abdomen ne montre rien de particulier; la rate n'est pas perçue; pas de point douloureux, aucune tension de la paroi.

On pratique l'examen du suc gastrique qui montre :

A jeun : liquide brunâtre épais filant, légèrement fétide. Acidité libre = 0; acidité totale = 5. Ce liquide ne contient pas de sang. A l'examen microscopique on trouve au fort grossissement, 25 leucocytes par champ en moyenne.

Après repas d'épreuve : on retire un liquide épais, verdâtre et un peu fétide. L'acidité libre = 0; l'acidité totale = 12. Le gaïac révèle du sang.

---

(1) Travail du Massachusetts General Hospital (Boston), clinique du professeur Means. Nous devons les renseignements d'ordre clinique à l'amabilité du docteur Richards.

La partie expérimentale a été faite sous la direction du professeur L. J. Henderson et en collaboration avec MM. Bock, Dill et Fölling, et paraîtra in extenso dans le *Journal of biological Chemistry*.

L'examen radioscopique de l'estomac est fait en position couchée, tant le malade est faible; on constate un très fort spasme du pylore qui fait que le duodénum se remplit difficilement et pas complètement. L'estomac paraît normal.

Un lavement baryté ne décèle rien d'anormal au niveau des côlons, les selles ne contiennent ni sang ni parasites.

Dans l'urine, qui est acide et claire, on ne trouve ni sucre, ni albumine, ni hématies; quelques rares leucocytes.

Le système nerveux paraît normal; pas de sensations paresthésiques des extrémités; pas de vertiges; aucune tendance vers la spasmodicité des réflexes; Wassermann négatif.

L'examen du sang. — Le temps de saignement est de deux minutes, le temps de coagulation de treize minutes en moyenne; le caillot se rétracte bien; l'index ictérique = 15; la fragilité globulaire est normale.

Hématies	1.352.000
Leucocytes	2.500
Hémoglobine	45 p. 100

Forte aniso et poïkilocytose; quelques cellules paraissent peu colorées, d'autres au contraire sont bourrées d'hémoglobine; nombreux macrocytes de forme très irrégulière, quelques microcytes, pas d'hématies nucléées. La formule leucocytaire est de :

Polynucléaires	51 p. 100
Lymphocytes	44
Grands mono	2
Eosinophiles	2
Formes indéterminées	1

Plaquettes réduites.

Hématies réticulées	1,5

La mensuration du diamètre moyen des hématies est de 7,96 μ.

Le 24 janvier. Le malade est mis au lit, on lui donne 150 centimètres cubes de l'extrait hépatique préparé par le docteur Cohn.

Le 2 février. Pas de changement clinique ni hématologique.

Le 3 février. Le malade se sent subitement beaucoup mieux.

Le 6 février. Se sent plus fort, l'appétit est excellent. La mensuration du diamètre moyen des hématies donne 8,28 μ. Cette augmentation du diamètre est probablement due au grand nombre de cellules réticulées.

Le 7 février. L'index ictérique = 8. Le malade se sent presque bien, mais le nombre des hématies n'a pas beaucoup augmenté. On lui donne à partir d'aujourd'hui 300 centimètres cubes d'extrait.

Le 12 février. L'état général est excellent, mais en présence de la faible mais pourtant nette augmentation du nombre des hématies on abandonne l'extrait hépatique que l'on remplace par le régime de Minot et Murphy, c'est-à-dire 200 grammes de foie.

Le 21 février. L'état général continue à être excellent; la réaction médullaire est à son maximum; le sang est bourré d'hématies réticulées qui atteignent 35 p. 100. Pas d'achromie; polychromatophilie marquée.

La formule sanguine est de :

Polynucléaires	58 p. 100
Lymphocytes	31
Petits mono	9
Eosinophiles	2
Hématies nucléées	5

Plaquettes réduites; diamètre moyen des hématies 8,07 μ.

Le 4 mars. Le malade demande à quitter l'hôpital, on le met en rapport avec la consultation externe.

Dans les figures I et II, nous représentons en abscisses les jours de la maladie et en ordonnées, d'une part le nombre d'hématies par millimètre cube de sang et, d'autre part, le pourcentage d'hématies réticulées. Ces figures permettent de suivre toute l'évolution hématologique de ce cas, d'abord sous l'influence d'extrait hépatique, ensuite après que le malade eut ingéré du foie.

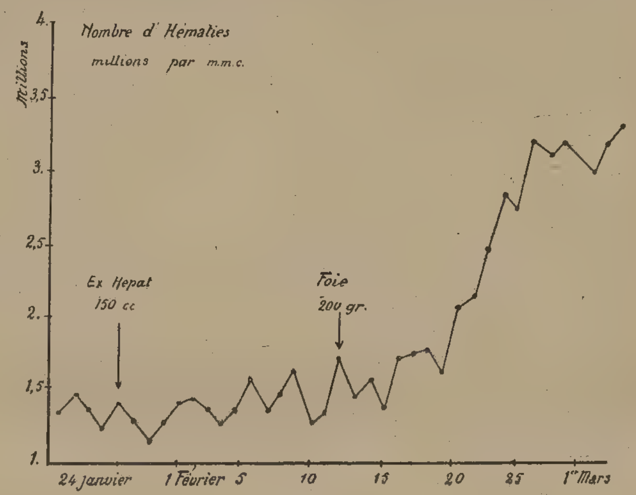


FIG. I.

Dans cette histoire, nous soulignerons les points suivants :

Au point de vue clinique, c'est un cas type d'anémie pernicieuse cryptogénétique : *la langue est lisse et atrophique, l'estomac ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, dans le sang on trouve des hématies énormes, irrégulières, bourrées d'hémoglobine et dont le diamètre moyen est augmenté*; tous signes qu'on tend de plus en plus, surtout quand ils sont associés, à considérer comme caractéristiques de l'anémie pernicieuse.

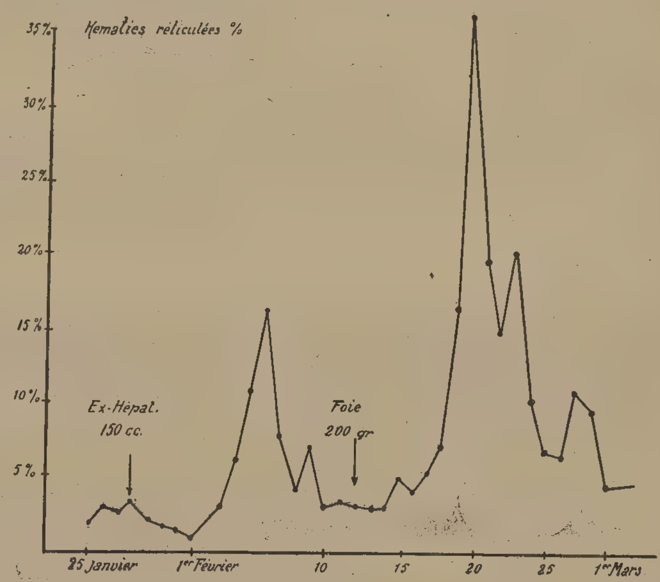


FIG. II.

Au point de vue hématologique, nos deux figures montrent nettement l'effet de l'extrait hépatique, et du foie.

Sur la figure I, on voit que l'augmentation du nombre total des hématies est faible sous l'influence de l'extrait hépatique, mais cette augmentation est nette; en effet, la moyenne des points situés entre le 28 janvier et le 12 février est nettement plus élevée que la moyenne correspondante avant le 28 janvier.

Après le 12 février, la courbe monte brusquement et se passe de tout commentaire.

La figure II donne le pourcentage des cellules réticulées c'est-à-dire jeunes; celles-ci sont projetées subitement dans la circulation avant d'avoir atteint leur forme adulte; leur nombre mesure l'intensité de la réaction médullaire. Cette réaction est tellement nette que si, dans les cas où le diagnostic du type de l'anémie était douteux, l'on voulait se servir du régime de Minot et Murphy comme traitement d'épreuve, c'est elle qu'il faudrait guetter plutôt que d'attendre l'augmentation du nombre des hématies qui est plus tardive à se produire et plus lente à évoluer. On voit, par exemple, que l'extrait hépatique qui a peu influencé le nombre des hématies, se traduit sur la deuxième courbe d'une manière très nette puisque le nombre de cellules réticulées est monté de 3 à 16 p. 100. Après l'ingestion de foie, la figure II présente un second sommet très marqué puisqu'il atteint 35 p. 100 et ce sommet est atteint le 20 février quand le nombre d'hématies commence seulement à monter.

Cette épreuve de la numération des hématies réticulées est donc très importante au point de vue du pronostic, car elle marque le moment où la moelle osseuse répond au traitement; et cette réaction correspond cliniquement à cette sensation subite de bien-être ressentie par les malades. Nous insistons sur la rapidité de ce changement car il est vraiment très caractéristique du traitement de l'anémie pernicieuse par le foie.

On aura avantage à se servir de cette épreuve car elle est simple; elle consiste à colorer un étalement de sang au bleu de crésyl, qui colore intensément le réticulum cellulaire. On compte alors le nombre de cellules réticulées sur 1000 hématies et on en fait le pourcentage.

II. **Etude physiopathologique.** — Nous avons profité des possibilités nouvelles qu'offre le régime de Minot et Murphy pour faire une étude chimique comparative du sang aux différentes périodes de la maladie.

Ce régime présente, en effet, pour cette étude deux grands avantages :

1° Par l'ingestion de foie, on provoque à un moment voulu la réaction médullaire; le sang se recharge d'hématies et redevient normal après quelques semaines. Autrefois il fallait attendre une rémission de la maladie.

2° On évite aussi les transfusions sanguines qui, par l'apport de sang étranger, rendent difficile l'interprétation des variations chimiques.

Dans cet article, nous ne décrirons pas toute la partie technique de ce travail; nous nous contenterons d'indiquer sommairement nos méthodes et nous insisterons sur nos résultats et sur les conclusions qu'ils comportent.

Le sang de ce malade a été examiné à trois reprises; le 28 janvier, en pleine anémie; le 1er mars, quand le chiffre des globules rouges était à 3 millions, enfin le 23 mars, quand ce chiffre avait presque atteint la normale. Voici comment nous procédions : le sang, environ 150 centimètres cubes, est prélevé dans l'artère radiale le matin, le malade étant à jeun; il est rendu incoagulable. Des échantillons de ce sang sont équilibrés dans des tonomètres avec des tensions différentes mais connues de gaz carbonique et d'oxygène; lorsque après vingt minutes à 37 degrés, cet équilibre est réalisé on détermine à l'aide de l'appareil de Van Slyke les contenus en gaz carbonique et oxygène de ces échantillons, et avec l'appareil de Haldane, les pressions partielles de ces gaz dans le tonomètre. Connaissant ces valeurs, on construit des courbes de dissociation pour l'oxygène et pour le gaz carbonique.

Dans ces mêmes échantillons de sang équilibré, nous dosons les chlorures, les bases, l'eau, le volume cellulaire et à l'aide de toutes ces données, nous construisons un nomograme de d'Ocagne-Henderson, qui donne une image complète et fidèle de l'équilibre physico-chimique du sang au moment considéré.

Dans le tableau n° I, nous notons des valeurs trouvées au cours de nos différents examens et nous les comparons aux valeurs correspondantes chez un individu normal.

Tableau I

	Cap. resp. max. Vol. p. 100.	Volume cellul. Vol. p. 100.	Bicarb. sérum Vol. p. 100.	CO^2 sang total Vol. p. 100.	pH sérum	CO^2 alv. mm. Hg.	Débit sanguin litres.
28 janvier	7,	14,82	61,5	59	7,45	44,2	10,4
1er mars...........	12,5	29,7	57,8	54	7,438	37,8	6,2
23 mars...........	16	37,3	55	50	7,39	34,1	4,2
Sujet normal.......	20	44	58	50	7,45	41	5

1° Dans notre première colonne, nous donnons la capacité respiratoire maxima du sang qui est exprimée en volumes p. 100 d'oxyhémoglobine. D'après la formule $Hb + O^2 \rightleftharpoons Hb\,O^2$, on voit qu'une molécule d'hémoglobine se combine à une molécule d'oxygène pour donner une molécule d'oxyhémoglobine. On peut donc exprimer la quantité d'hémoglobine d'un sang par la quantité d'oxygène qui peut être fixée par ce sang. Ainsi, 100 centimètres cubes de sang fixent 20 volumes d'oxygène; la capacité respiratoire du sang est de 20 p. 100. Chez notre malade, le taux d'hémoglobine est fortement diminué puisque la capacité respiratoire est de 7 p. 100 seulement; mais elle remonte rapidement et n'est plus que peu inférieure à la normale le 23 mars. Donc, sans apport de fer autre que celui contenu dans le foie ingéré, le sang a plus que doublé sa masse d'hémoglobine en moins de deux mois.

2° Dans la colonne n° 2 nous donnons le volume cellulaire total de 100 centimètres cubes de sang; normalement 100 centimètres cubes contiennent 44 centimètres cubes de cellules et 56 centimètres cubes de plasma; ces chiffres sont donnés par l'hématocrite après centrifugation d'une demi-heure à 2.500 tours par minute.

Chez notre malade le volume de la masse totale des hématies est diminué puisqu'il est de 14,82 p. 100

au lieu de 44 p. 100; au fur et à mesure que les globules se reconstituent ce volume augmente, ce qui est évident.

Ce volume de la masse totale des hématies est intéressant quand on le rapproche des chiffres de l'hémoglobine et des numérations globulaires. Dans un sang normal 5 millions d'hématies occupent 44 volumes; dans le sang du malade 1.400.000 hématies occupent 14,82 volumes. Le rapport de ces chiffres nous donne le volume moyen d'une hématie :

$$\frac{44}{50} = 0.88$$

$$\frac{14,82}{14} = 1.05$$

ce qui veut dire que les hématies sont plus grandes que normalement; c'est ce que nous avions vu sur les frottis et ce que nous avions vérifié par la mensuration du diamètre moyen des globules.

On sait d'autre part que la valeur globulaire exprime la quantité d'hémoglobine fixée sur chaque hématie; cette valeur est égale au rapport $\frac{\text{hémoglobine}}{\text{nombre des hématies}}$.

Donc chez le sujet normal $\frac{20}{5} = 4$ chez notre malade $\frac{7}{1.4} = 5$.

Pour comparer ces chiffres à la valeur globulaire exprimée d'une manière classique, c'est-à-dire égale à 1 chez le normal il suffit de multiplier ces chiffres par 25 et on trouve chez le normal 1 et chez notre malade 1.25. La valeur globulaire est donc élevée ce qui est caractéristique de l'anémie pernicieuse; chaque hématie contient plus d'hémoglobine que normalement.

Nous avons signalé plus haut que le volume des hématies était augmenté. On peut se demander si cette augmentation explique la valeur globulaire élevée ou s'il y a surcharge réelle des hématies en hémoglobine en un mot si la concentration de l'hémoglobine est modifiée. Faisons le rapport de l'hémoglobine totale au volume total des hématies nous aurons chez le normal : $\frac{44}{20} = 2.02$; chez notre malade $\frac{14.82}{7} = 2.1$.

Nous ne croyons pas être en droit de dire, en nous basant sur ces chiffres, que la concentration d'hémoglobine dans le globule est plus élevée dans l'anémie que chez le normal. La différence est minime et nous pensons que la valeur globulaire élevée s'explique par l'augmentation du volume des hématies plus que par une concentration plus forte en hémoglobine.

3° On sait que le gaz carbonique se trouve dans le sang sous deux formes : il en existe une faible quantité à l'état dissous, mais la plus grande partie de ce gaz est combinée aux alcalis sous forme de bicarbonates; ces bicarbonates forment ce qu'on appelle la réserve alcaline. La concentration des bicarbonates est beaucoup plus élevée dans le plasma que dans la cellule; normalement la réserve alcaline du plasma oscille autour de 60 volumes p. 100; chez notre malade elle est de 61,5 p. 100 au début, tombe progressivement à 55 p. 100, chiffre à la limite inférieure de la normale.

Dans le sang total, la réserve alcaline est plus basse que dans le plasma, ce qui est évident le sang étant un mélange de plasma à réserve alcaline élevée et de cellules à réserve alcaline très basse; sa réserve alcaline sera donc intermédiaire, elle est normalement de 50 volumes p. 100. On conçoit facilement d'après ce qui précède que plus un sang est anémié, c'est-à-dire plus la proportion de plasma est importante par rapport au volume des cellules, plus la réserve alcaline de ce sang sera élevée, toutes choses égales d'ailleurs. Chez notre malade le gaz carbonique total du sang est de 59 volumes, chiffre très élevé qui s'explique par la forte anémie; au fur et à mesure que le sang se charge d'hématies, ce chiffre baisse pour devenir normal. Il n'y a donc pas d'alcalose à proprement parler, bien que la réserve alcaline du sang soit fortement augmentée.

4° L'examen du pH sérique nous amène à la même conclusion, ce pH est normal; il s'abaisse peu à peu indiquant l'existence d'une très légère acidose à la fin de la maladie.

5° L'analyse de la tension du gaz carbonique alvéolaire indique des variations dans le même sens. Au moment de l'anémie cette pression est plus élevée que normalement; cette élévation pourrait faire croire à l'existence d'une alcalose, en réalité elle n'est que la traduction du fait signalé plus haut pour la réserve alcaline. Cette pression partielle du gaz carbonique alvéolaire baisse progressivement pour devenir inférieure à la normale indiquant aussi un léger degré d'acidose.

6° Enfin dans la dernière colonne nous donnons la valeur du débit sanguin à travers le poumon; ce débit est mesuré à l'aide de la méthode décrite par Bock-Field et Stoddard et donne des résultats tout à fait satisfaisants. Un sujet normal a en moyenne un débit pulmonaire de 5 litres de sang à la minute; ce chiffre est doublé dans notre cas, mais revient peu à peu à la normale.

Ces variations s'expliquent aisément. Le sang est chargé d'apporter une certaine quantité d'oxygène aux tissus; sous l'influence de l'anémie les quantités d'oxygène fixées par le sang sont considérablement diminuées, d'un tiers dans notre cas puisque la capacité respiratoire du sang au lieu de 20 p. 100 est de 7 p. 100. Pour éviter l'asphyxie l'organisme n'a qu'un moyen, c'est d'accélérer la circulation qui augmente les apports d'oxygène. La compensation n'est pas parfaite puisque à une diminution de un tiers de la capacité respiratoire correspond seulement un débit sanguin double. L'organisme est donc dans un équilibre très instable et le moindre effort se traduit par de la dyspnée. L'augmentation du débit cardiaque est rendue possible grâce à la tachycardie et à l'augmentation du volume systolique.

Dans la figure III nous donnons une représentation graphique de ces changements. Au fur et à mesure que la capacité respiratoire du sang remonte c'est-à-dire que l'anémie régresse, le volume du plasma, les bicarbonates sériques, le gaz carbonique total du

sang, le pH sérique, le gaz carbonique alvéolaire, le débit sanguin baissent.

On peut donc admettre que *toutes ces variations sont conditionnées par l'anémie.* Et c'est là un exemple typique de l'interdépendance des variables sanguines, sur laquelle L. J. Henderson a le premier insisté.

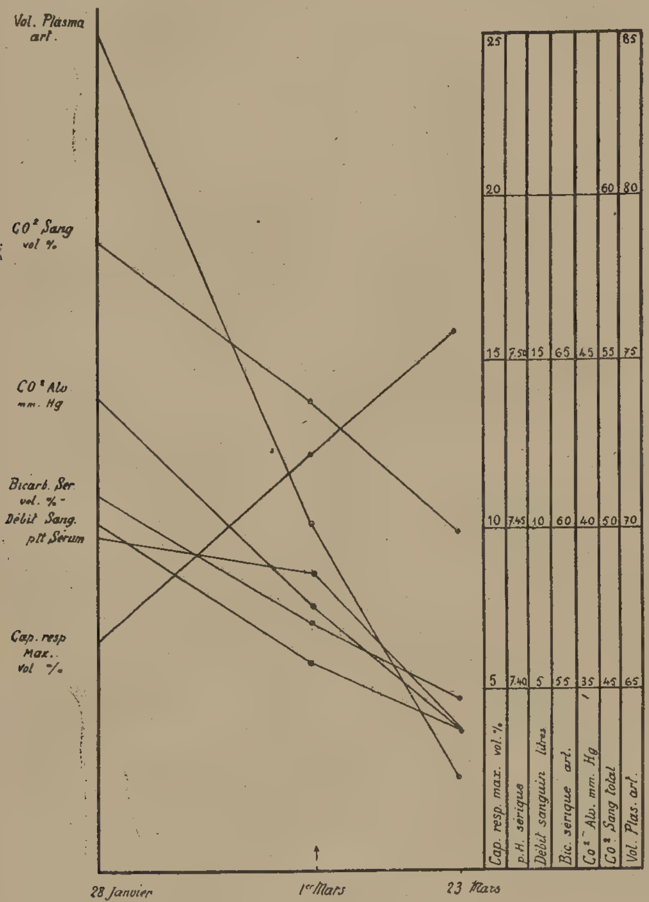


Fig. III.

De tout ceci il importe de retenir les faits suivants :

1. Le régime de Minot et Murphy s'applique à l'*anémie pernicieuse typique et c'est dans ces cas seulement* que l'on obtient les beaux résultats rapportés par les promoteurs de ce régime. Dans les anémies secondaires au contraire, l'action du foie est à peine marquée.

2. Il est donc important de bien poser le diagnostic d'anémie pernicieuse qui s'appuie sur l'état de la langue, l'achlorhydrie et les grosses hématies à valeur globulaire élevée que l'on trouve dans le sang. Nous ne discuterons pas ici la valeur absolue de ces symptômes au point de vue symptomatique mais on peut dire que c'est dans les anémies présentant ces signes que Minot et Murphy ont obtenu leurs résultats.

3. Dans les cas où le diagnostic ne serait pas posé d'une manière nette on peut se servir du régime de Minot et Murphy comme traitement d'épreuve en prenant pour guide les hématies réticulées. Si au bout de huit à dix jours au maximum on ne constate aucune réaction il sera inutile de continuer à imposer au malade ce régime monotone dont il se lassera d'autant plus vite qu'il reste inefficace.

4. Au point de vue physio-pathologique toutes les variations de l'équilibre physico-chimique du sang s'expliquent par l'anémie et n'en sont qu'une conséquence.

BIBLIOGRAPHIE

(1) G. R. Minot et W. P. Murphy. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1926, t. LXXXVII, p. 470.

(2) Whipple, Hooper, Robscheit. *Amer. Journ. physiol.*, 1920, t. LIII, p. 151 et 236; 1925, t. LXXII, p. 408 et 419.

(3) E. J. Cohn, G. Minot, etc. *Journ. biol. chem.*, 1927, t. LXXXIV, p. 69.

ACTUALITÉS

L'ÉPHÉDRINE

SES PROPRIÉTÉS ET SES EMPLOIS ACTUELS

Depuis une antiquité qui semble très reculée, les Chinois employaient sous le nom de « Ma-huang » une drogue extraite de l'éphédra; c'est dans leur pharmacopée un stimulant de la circulation, un sédatif de la toux, un diaphorétique et un antipyrétique, d'applications multiples par conséquent.

La botanique occidentale de son côté connaissait l'ephedra vulgaris (*var*-helvetica) de la famille des gnétacées, plante formant des buissons dont l'aspect rappelle celui de la prêle. Si l'on rencontre, en effet, l'éphédra sur les points les plus divers de la Chine tempérée et subtropicale, on la trouve aussi en plusieurs régions de l'Europe centrale; la médecine populaire semble cependant avoir peu fait appel aux propriétés de ce végétal.

C'est seulement en 1885 que commence l'histoire scientifique de l'éphédrine. En traitant les sommités de la plante Yamanashi (d'Osaka), puis Nagai, Itori et en 1888, Merck obtinrent *un alcaloïde*, l'éphédrine; mais l'étude physiologique dut être interrompue faute de disposer d'un produit pur et constant.

Ce n'est que depuis 1923 que Chen (de Pékin) et quelques autres après lui, ayant usé d'autres procédés de préparation, en fixèrent les propriétés physico-chimiques et physiologiques et qu'on put faire des essais thérapeutiques.

Les travaux des chimistes leur ont permis également de préparer par synthèse des produits très analogues, chimiquement tout au moins, mais sur l'action desquels on ne peut encore se prononcer avec autant de précision.

Avant 1923, on avait cependant fait à l'éphédrine une place en thérapeutique ophtalmologique comme mydriatique.

Propriétés physico-chimiques (formule globale : $C^{10}H^{15}ON$). — La base alcaloïdique à l'état de pureté est une poudre cristalline très stable, soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme ; son taux dans la drogue chinoise varie entre 0.01 et 0.072 pour 100 ce qui explique assez les variations d'activité.

La formule développée (Chen) est :

 — CH (OH) — CH (CH^3) NH (CH^3)

(α-hydroxy-β méthylamino-propylbenzène).

ce qui la place chimiquement très près de l'adrénaline.

L'éphédrine naturelle est *lévogyre*; on en connaît 3 autres isomères, préparés par synthèse, *d* éphédrine, pseudo-éphrédines *d* et *l*; les éphédrines de synthèse sont racémiques en général.

On n'emploie en thérapeutique que les sels de l'alcaloïde, parfois le sulfate, habituellement le *chlorhydrate* plus pur qui est une poudre blanche cristalline en fines aiguilles prismatiques, inodores, solubles dans l'eau et l'alcool, insolubles dans l'éther.

Les solutions sont *très stables à l'air et à la lumière*; une solution vieille de plusieurs mois garde toute son activité. Elle résiste également *à la chaleur*, ce qui en permet la stérilisation facile.

Propriétés physiologiques. — Ainsi que permet de le prévoir l'examen de sa formule développée, l'éphédrine possède une action *très analogue à celle de l'adrénaline*, moins puissante seulement (Tiffeneau). C'est d'une manière générale *un stimulant du système sympathique* (Chen et Schmidt).

Action sur le cœur. — Elle varie avec les conditions de l'expérience.

Sur le cœur isolé de grenouille (Gomes da Costa) ou des mammifères, les effets diffèrent avec le degré de concentration de la solution perfusée.

Concentrations fortes (1/1000) l'amplitude des systoles diminue, puis augmente avant de s'éteindre graduellement; en même temps que le tonus d'abord augmenté fléchit et que le pouls se ralentit jusqu'à l'arrêt en diastole.

Concentrations moyennes, l'amplitude seule est influencée et diminue progressivement jusqu'à arrêt complet du cœur.

Concentrations faibles (de 1/50.000 à 1/1.000.000), il y a *une action toxique générale* sur le cœur.

Les doses fortes sont donc paralysantes et les doses faibles stimulantes. — Le cœur fatigué semble réagir à des doses plus faibles que le cœur sain; la présence dans le liquide perfusé d'ions potassium favorise les effets paralysants, les ions calciums augmentent l'action toxique.

Sur le mammifère sain, *les petites doses* (1 à 10 milligramme par kilogramme) *augmentent le nombre et la fréquence des pulsations et élèvent la tension artérielle.* Les doses *toxiques* (40 à 60 milligrammes) provoquent une rapide *chute de tension;* si la dose est massive, apparaissent de la bradycardie et des troubles du rythme aboutissant à la fibrillation ventriculaire. Ces effets de l'éphédrine ne sont empêchés ni par l'atropine, ni par la section du vague mais sont inhibés par la nicotine.

Chez l'homme, les doses d'usage courant ne donnent aucun effet sur le cœur; il faut pour cela des doses déjà toxiques. Mais les effets dépendent en grande partie de *l'état antérieur de l'organisme et surtout de la tension artérielle.* Il n'y a pas d'effet stimulant si le shock est trop profond ou si le sujet a perdu trop de sang; les doses les plus faibles peuvent dans ce cas provoquer du collapsus cardiaque.

A dose suffisante, l'éphédrine provoque *une ascension de la tension artérielle.*

Action sur les vaisseaux. — Opérant par perfusion, les expérimentateurs ont noté *une vasoconstriction prolongée des artères périphériques* qui peut être suivie d'une vaso-dilatation secondaire.

Cette *vasoconstriction* peut être constatée également *au niveau des capillaires*; au niveau de la pituitaire, en particulier, elle semble avoir sa plus grande intensité. Cette action locale semble, au moins partiellement, indépendante de l'action des nerfs bulbaires ou médullaires.

Sur les artères splanchniques, on a trouvé la même vaso-constriction. Cet effet ne paraît cependant pas uniforme; Gradinesco et Georghiu ont noté au niveau du rein de la vaso-dilatation avec les petites doses, de la vaso-constriction pour des doses plus fortes; mêmes effets au niveau de la rate.

Aussi a-t-on attribué à cette action vasculaire l'origine de l'effet sur la tension. Cet effet ne paraît pas explicable par cette seule cause; il faut sans doute faire intervenir le système nerveux et peut-être aussi (Gradinesco et Marcu) une action intermédiaire de la sécrétion surrénale.

Action sur le système nerveux. — Sur le système cérébrospinal elle ne paraît agir qu'à dose massive; elle a des effets excitants et provoque des convulsions cloniques, annonciatrices de la paralysie cardiaque.

Sur le système sympathique, elle a une action générale excitante à laquelle on peut rattacher la plupart de ses effets sur les viscères et les muscles lisses.

Action sur les muscles lisses. — Pupille. — L'éphédrine provoque (Miura) *la mydriase avec conservation du réflexe lumineux*; cette mydriase existe quel que soit le mode d'administration, n'est entravée par l'action ni de la physostygmine, ni de l'énervation. Quand on administre de l'éphédrine à un animal en mydriase atropinique, l'éphédrine exagère encore la mydriase préexistante. (Chen et Schmidt.)

Il ne s'y joint aucune irritation locale, aucune anesthésie, aucun effet vasculaire.

Intestin. — On a décrit sur l'intestin isolé du relâchement musculaire, sans antagonisme avec la pilocarpine (Chen et Schmidt, Amatsu et Kubota). En réalité chez l'homme il semble le plus souvent y avoir *exagération du péristaltisme* avec augmentation du tonus et régularisation du rythme.

On constate à l'examen radioscopique le même effet sur l'estomac. (Pollak et Robitschek.)

Utérus. — Paraît relâché par les petites doses et stimulé par les fortes, pendant la grossesse aussi bien qu'en dehors d'elle; chez la chienne récemment délivrée on observerait du relâchement.

Muscles bronchiques. — *Le relâchement est observé dans tous les cas*, même s'il y a contracture préalable provoquée par la physootigénine, la muscarine ou la peptone.

Action sur les sécrétions. — Rein. — Il y a parfois *augmentation de la diurèse* mais seulement après fin de la vasoconstriction; malgré l'élévation de la tension artérielle les doses répétées semblent provoquer l'anurie.

Glande sous-maxillaire. — On n'observe rien chez le chien sauf sous anesthésie ou après action de l'atropine; il y a alors sécrétion de salive sympathique.

Sueurs. — Ni expérimentalement ni cliniquement on n'a jusqu'ici observé de sudation, en dépit de la tradition chinoise.

Canal thoracique. — Le courant y serait plus vif et le débit plus élevé pendant la période d'hypertension.

Estomac. — Peut-être y a-t-il y léger degré d'hypersécrétion gastrique. On n'observe rien d'analogue au niveau de l'intestin, du foie ni du pancréas.

Autres effets. — L'éphédrine paraît provoquer une hypothermie légère, une légère leucocytose. Comme l'adrénaline enfin mais toujours à un moindre degré même aux doses fortes elle provoque de l'*hyperglycémie*.

Absorption. Élimination. Mode d'action. — L'expérimentation et la clinique ont montré de façon quasi certaine que l'éphédrine est absorbée au niveau de l'intestin. Nous ne savons rien de sa voie d'élimination car on n'en trouve aucune trace dans l'urine même après absorption d'une dose élevée.

Elle semble agir par *stimulation du sympathique* surtout, mais agit aussi sur les jonctions myonerveuses et aussi peut-être sur le système surrénal, peut-être même sur le système nerveux central.

La comparaison de leurs propriétés physiologiques met en évidence les analogies de l'éphédrine et de l'adrénaline que l'étude de leurs formules permettait de prévoir.

L'éphédrine est en quelque sorte une adrénaline moins puissante et moins toxique; elle s'en différencie sur trois points; elle reste active même lorsqu'administrée *per os*; son action plus lente à s'établir paraît plus durable; enfin l'éphédrine est un dépresseur du cœur tandis que l'adrénaline est tonicardiaque.

Indications. Contre-indications. — Les indications sont nombreuses mais la plupart méritent confirmation. C'est comme *mydriatique* que l'éphédrine est employée depuis le plus longtemps. On l'emploie en instillation associée ou non à l'homatropine pour l'*examen du fond d'œil* et *dans toutes les indications des mydriatiques*.

Elle ne produit aucun effet secondaire gênant même par un usage prolongé; son effet est moins rapide que celui de l'atropine mais plus intense et plus prolongé.

Comme *vaso-constricteur* elle peut servir en oto-rhino-laryngologie. Sur *la pituitaire* son action est *rapide et durable* et se produit aussi bien lorsqu'on l'administre *per os* que lorsqu'on l'applique *in situ* (Alice Cook et Willmer, Leopold et Miller). Elle peut être employée pour l'*examen du nez*, surtout au cas d'*hypertrophie des cornets*, *dans les rhinites congestives*, *dans les affections nasales aiguës et subaiguës et dans les sinusites* où elle atténue la céphalée. Aucun effet secondaire nuisible.

Dans l'asthme ses effets sont particulièrement précieux. Elle est d'une grande fidélité *lors des paroxysmes* : en quinze à trente minutes la crise s'atténue en général et disparaît; elle l'est plus encore, parfois *même à dose réduite au début de la crise*. Dans les formes subintrantes elle atténue la dyspnée et la toux; elle semble même avoir *une action préventive* au moins partielle soit qu'elle empêche la crise de dépasser son début, soit que par des doses continues elle arrive à modifier le terrain.

Selon Léopold et Miller, les résultats *sont très bons dans les formes allergiques*, bons aussi dans les formes d'origine infectieuse, mais en raison inverse de l'importance de l'élément infectieux, *très bons dans les asthmes réflexes surtout d'origine nasale*, bons dans les asthmes cardiaques et chez l'enfant.

Dans la fièvre des foins, Gaarde et Maytum ont eu de bons résultats; Kesten en a signalé aussi dans des urticaires avec ou sans œdème de Quincke; Chen dans des cas de migraine.

Les autres indications sont accessoires et les résultats inconstants.

On l'a essayé dans les cas d'*hypotension*. Dans les hypotensions chroniques, ses effets ne sont en général que temporaires et encore faut-il, sous peine d'insuccès complet, éviter de faire chevaucher les effets de deux doses consécutives. L'éphédrine est absolument inefficace dans l'hypotension surrénale.

On l'a employée dans les *hypotensions aiguës* : maladies infectieuses, pneumonie, broncho-pneumonie de l'enfant, fièvre typhoïde, malaria provoquée chez les paralytiques généraux. *Son action est inconstante* et postule en premier lieu l'intégrité cardiaque sous peine de voir primer les effets dépresseurs.

Contre le shock opératoire ou le shock par hémorragie, elle n'est utile que lorsque les accidents sont récents, la cause première disparue et la perte sanguine minime.

L'association aux cardiotoniques ne renforce pas incontestablement leurs effets.

Associée aux anesthésiques locaux, l'éphédrine n'est que nuisible; elle semble au contraire pallier certains effets fâcheux de la scopolamine et de la morphine.

Nous ne ferons que citer certains emplois problématiques et exceptionnels : dysménorrhée, constipation chronique, ptoses et atonies gastriques, anaphrodisie, troubles du métabolisme glucosique.

Contre-indications. — En dehors de celles que nous avons citées plus haut, ce sont :

Les myocardites et tous les états de dépression cardiaque, l'*hypertension*, *le diabète*, *les bronchites* des asthmatiques (lorsqu'elles priment l'élément spasmodique), *les lésions rénales* (l'éphédrine donnant à elle seule des albuminuries transitoires); *l'intolérance* propre à certains sujets.

En dépit des effets constatés chez l'animal, on a pu

l'administrer avec succès et sans incidents aux huitième et neuvième mois *de la grossesse*; il est prudent toutefois de s'abstenir jusqu'à confirmation.

Doses. Mode d'administration. — On peut administrer l'éphédrine en injections ; ce mode d'emploi est peu usité. On la donne habituellement *par la voie digestive*; *comprimés à 5 centigrammes*, *ou solution à 3 p. 100* préparés sous diverses dénominations par des firmes allemandes ou surtout américaines. On peut également la donner *par voie rectale* à condition de donner une dose double de celle qu'on donnerait per os.

On préfère en général le chlorhydrate au sulfate d'éphédrine.

Pour les usages locaux, on agit *par pulvérisation* d'une solution. On emploie d'abord une solution à 10 p. 100; on préfère actuellement *en ophtalmologie une solution à 4 p. 100* (avec ou sans homatropine); *en oto-rhino-laryngologie une solution à 2 p. 100*.

Les études de Hess lui font considérer la dose thérapeutique comme voisine d'un milligramme par kilo, mais il conseille de ne donner que le 1/10 de cette dose quand l'administration doit être prolongée.

Malgré la faible toxicité du produit, il est donc prudent *de tâter la tolérance* du sujet en commençant par une dose de 2 à 5 centigrammes qu'on augmentera ensuite selon les effets et les indications.

Dans l'asthme, on peut considérer la dose de 5 centigrammes comme abortive; elle est également employée par Barlow et Sollmann dans le rhume des foins.

Dans les formes chroniques, on peut augmenter la dose en la fragmentant. La plupart des auteurs donnent *en 3 à 5 fois* une dose quotidienne totale *de 5 à 15 centigrammes*, habituellement bien supportée. Même dose dans l'urticaire (Kesten).

Comme stimulant de la circulation, Chen et Schmidt donnent 4 à 6 centigrammes *per os*. Nous avons vu que l'éphédrine ne trouve là qu'un emploi secondaire.

Toxicité. Intolérance. — L'éphédrine paraît peu toxique. Les troubles graves qu'elle peut produire ne sont en effet connus que par l'expérimentation physiologique et pour des doses considérables (100 milligrammes par kilogramme chez le rat, 500 et plus chez la grenouille). On voit alors survenir de l'agitation, de la salivation, des crises convulsives, puis la mort survient par collapsus.

Aucun fait approchant n'a jamais encore été décrit à la suite de son emploi clinique; il ne semble même pas qu'on ait jamais noté de troubles d'accoutumance même par l'emploi prolongé.

On peut cependant rencontrer des *phénomènes d'intolérance*; ils dépendent pour beaucoup du terrain névropathique et des sensibilités individuelles et n'empêchent pas les bons effets du médicament.

Ce sont de l'insomnie, de l'agitation, du tremblement, des frissons, un état d'angoisse spécial avec palpitations et bouffées de chaleur, mais sans défaillance cardiaque, de la pollakiurie, de la dysurie pouvant exceptionnellement aller jusqu'à la rétention.

On peut aussi voir de la céphalée, des sueurs, des nausées, des vomissements, de la gastralgie, des coliques suivies de diarrhées, des métrorrhagies.

Ces troubles sont sans persistance; on pourra, en général, les éviter en employant un produit pur, en préférant le chlorhydrate au sulfate, et en donnant des doses prudemment progressives.

Si les accidents sont intenses, on se trouvera bien de prescrire comme antidotes de l'atrophine et du gardénal.

C'est à dessein que nous avons négligé l'étude des éphédrines de synthèse dont l'étude est encore incomplète. Elles auraient l'avantage d'être moins dispendieuses que le médicament d'origine végétale.

Il faut souhaiter trouver dans ces produits des succédanés de l'éphédrine capables de suppléer comme elle l'adrénaline dans les cas où cette dernière est mal tolérée, lorsqu'on recherche un effet moins brutal et plus durable. La possibilité de l'administration *per os* est dans bien des circonstances un avantage qui n'est pas à dédaigner.

R. LEVENT.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

INSOMNIES. AGITATION. DÉLIRE ET CONVULSIONS

Dans sa thèse particulièrement intéressante sur les troubles mentaux chez les parkinsonniens post-encéphalitiques, M. le docteur R. Darré, parmi les multiples agents médicamenteux qui peuvent être utilisés, donne une place prépondérante au somnifène. XXX à LX gouttes, en moyenne, permettent de lutter efficacement contre l'insomnie si fréquente et si pénible chez ces malades. Il y a déjà longtemps d'ailleurs que l'on a nommé le somnifène « Roche » le plus maniable des hypnotiques. Sous forme de gouttes, il permet de donner à chacun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté. A un enfant, on peut faire prendre II, V, X gouttes selon l'âge; à un adulte, on peut aller facilement de XX, XXX jusqu'à LX gouttes et plus. Le meilleur moyen de faire absorber le somnifène consiste à le mélanger à une citronade ou à une orangeade, une demi-heure environ avant le moment présumé où doit survenir le sommeil; celui-ci est généralement tout à fait semblable au sommeil normal et le réveil se produit également dans d'excellentes conditions.

Ce n'est pas seulement contre l'insomnie que le somnifène est efficace; V à X gouttes tous les soirs calment très bien les petits anxieux; cette même dose journalière agit contre les prurits les plus rebelles.

D'autre part, ce médicament peut parfaitement être donné en injections intramusculaires (ampoules de 2 centimètres cubes), dans les cas d'intolérance gastrique, dans les cas encore plus fréquents où le malade refuse d'ingérer quoi que ce soit, et dans les maisons de santé, dans les asiles, on a souvent recours à ce mode d'administration. De même, c'est un excellent adjuvant de l'anesthésie, sous cette forme, et M. Aimes, de Montpellier, a tout récemment attiré l'attention sur ce point (*Progrès médical*, 1927, p. 2112).

Enfin, il semble bien que le somnifène en injections endoveineuses (ampoules de 5 centimètres cubes) soit un médicament vraiment héroïque dans certaines affections; faut-il rappeler les travaux de MM. Cestan, Ramond, Rimbaud, Sorel, Riser, Laporte, Boulet, Vieu, Quénée, Amat, Pasgrimaud, etc., sur l'utilisation du somnifène intraveineux dans les crises de delirium tremens, dans le tétanos, dans l'état de mal épileptique, dans l'agitation aiguë, etc.? Faut-il mention-

ner que des doses intraveineuses de 10 centimètres cubes et plus ont pu être administrées, avec d'excellents résultats et sans inconvénients, à ces malades par ailleurs en état d'infection ou d'intoxication? Ne peut-on pas conclure de ces expérimentations aujourd'hui multiples à l'innocuité relative comme à l'efficacité certaine de ce médicament? Comme tout produit vraiment actif, le somnifène doit être donné avec prudence, en tenant compte de l'état somatique, de la réactivité du sujet et en pensant également à certains cas, rares, il est vrai, d'idiosyncrasie; mais il semble bien qu'aux doses thérapeutiques, l'emploi du somnifène soit absolument sans danger; c'est ce qui explique l'utilisation de plus en plus répandue, chez les praticiens, de cet hypnotique si maniable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 MARS 1928)

Notice nécrologique. — M. CLAUDE lit une notice nécrologique sur M. Emile-Alexandre Lenoble (de Brest), membre correspondant dans la première division (médecine) depuis 1921. Il rappelle la vie laborieuse de Lenoble qui, après avoir été interne des hôpitaux de Paris en 1894 et avoir été l'élève de Hayem et de Raymond, devint médecin chef de l'hôpital civil de Brest et créa un centre d'enseignement réputé. Lenoble a publié de nombreux travaux, en particulier sur l'hématologie et la neurologie.

La forme aiguë de la sclérose en plaques. — MM. Georges GUILLAIN et Th. ALAJOUANINE attirent l'attention sur la forme aiguë de la sclérose en plaques dont ils rapportent une observation très typique. Chez une jeune femme est apparu brusquement un syndrome d'ataxie aiguë avec diplopie et somnolence, puis des symptômes bulbo-ponto-pédonculaires, enfin un syndrome terminal de paraplégie flasque analogue à celui des myélites aiguës. La ponction lombaire a révélé une légère réaction méningée avec cette dissociation maintenant classique entre la réaction du benjoin colloïdal subpositive et la réaction de Wassermann négative. L'évolution n'a duré que trois semaines. L'examen anatomique a montré une sclérose en plaques très caractéristique par l'aspect des plaques de sclérose, mais très particulière par le petit nombre de celles-ci, il n'existait en effet que trois plaques, l'une cervicale, la seconde bulbaire, la troisième pédonculo-pontine.

La réalité de la forme aiguë de la sclérose en plaques qui a été discutée est démontrée par cette observation anatomo-clinique. La gravité de tels cas dépend des lésions du mésencéphale, du métencéphale et de l'isthme du rhombencéphale. En offrant un aspect symptomatique du début analogue à celui de l'encéphalite épidémique, la présente observation permet par ses caractères anatomo-cliniques de rappeler que la somnolence associée à la diplopie n'est pas caractéristique uniquement de l'encéphalite épidémique comme on a trop de tendance à le croire et à l'écrire, mais qu'elle peut dépendre de lésions de nature variée de la région des tubercules quadrijumeaux, de la calotte pédonculaire ou du plancher du IIIe ventricule, en particulier des lésions de la sclérose en plaques la plus authentique.

Stations climatiques ou hydrominérales. — M. POUCHET lit un rapport sur les demandes de reconnaissance comme stations climatiques ou hydrominérales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1928)

Modifications histologiques du tractus génital femelle sous l'influence de l'hormone du corps jaune. — M. P. GLEY. Sous l'influence des injections sous-cutanées répétées d'extraits de corps jaune aux rattes, il se produit des modifications histologiques de l'utérus et du vagin, semblables à celles des rattes castrées. Dans l'utérus, on constate un arrêt de l'évolution des follicules. Par conséquent, le cycle normal de l'œstrus se produit en deux phases : 1° une phase de développement du follicule avec production de folliculine et croissance consécutive du tractus génital; 2° après rupture de follicule et sa transformation en corps jaune, une deuxième phase d'action de l'hormone du corps jaune qui retarde l'évolution des follicules suivants.

Stimulation fonctionnelle du rein par l'ingestion de lacto-sérum. — MM. Maurice RENAUD, MULLER et MIGET étudiant le mécanisme de la stimulation bien connue et depuis toujours utilisée de la diurèse par le lait ont été amenés à rapporter toutes les propriétés diurétiques du lait aux qualités du lacto-sérum.

Ils exposent dans une première note les résultats de nombreuses observations au cours desquelles il ont suivi les modifications de la diurèse après ingestion à jeu, chez des sujets normaux, de quantités égales d'eau pure et de lacto-sérum.

L'eau pure est un excitant indiscutable qui provoque une polyurie passagère, grâce à laquelle se trouve éliminée une quantité plus ou moins importante de matières salines et d'urée, mais qui ne semble pas accroître le rendement fonctionnel du parenchyme rénal.

Au contraire, le lacto-sérum entraîne des modifications importantes et profondes dans le régime des sécrétions rénales.

Après l'ingestion d'une quantité, même minime (100 à 200 centimètres cubes), de lacto-sérum on note un accroissement rapide du volume d'urine débitée qui débute vingt minutes à peine après l'ingestion, atteint son maximum dans la demi-heure suivante et se prolonge tout en diminuant pendant encore une demi heure ou une heure.

La densité de cette urine est toujours accrue, la teneur en sels et particulièrement en chlorures étant toujours plus élevée

que pendant la courte crise polyurique provoquée par l'eau.

La caractéristique la plus importante de l'accroissement de la diurèse par le lacto-sérum doit être cherchée dans les modalités de l'excrétion de l'urée. Non seulement, pendant la période de polyurie, il se produit, comme avec de l'eau un accroissement du débit de l'urée qui est parfois considérable, mais cette excrétion se produit à une concentration plus forte que ne l'indiquerait la loi d'Ambard. Cette constatation est un indice certain que l'aptitude fonctionnelle du rein a été accrue par l'excitation provoquée par le lacto-sérum, indépendamment de toutes modifications secondaires, de circulation de pression ou autres.

Le lacto-sérum doit être considéré comme un diurétique vrai, excitant directement le rein et ses cellules sécrétantes et dont l'ingestion est capable d'augmenter le taux et la valeur de la diurèse.

Variations quantitatives du fer sanguin au cours de l'asphyxie. — MM. Léon Binet et Paul Fleury, dosant le fer dans le sang chez des chiens soumis à l'asphyxie, montrent les faits suivants :

1° L'asphyxie aiguë élève le taux du fer sanguin chez le chien normal.

2° Cette élévation du fer sanguin ne s'observe pas ou ne s'observe que faiblement chez le chien dératé soumis à l'asphyxie dans les mêmes conditions.

3° La contraction de la rate fait passer dans la circulation un sang dont la teneur en fer est doublée par rapport au taux du fer dans le sang artériel.

Application de la réaction d'opacification de Meinicke à l'examen des liquides céphalo-rachidiens. — M. S. Mutermilch et Mlle E. Salamon ont élaboré une nouvelle technique qui permet d'appliquer la réaction d'opacification de Meinicke à l'examen des liquides céphalo-rachidiens. Une statistique de 200 cas a montré une concordance absolue entre les résultats cliniques et sérologiques (Meinicke, Bordet-Wassermann, benjoin, elixir parégorique, recherche des albumines, des globulines et du nombre de lymphocytes) dans 95 p. 100 des cas. La nouvelle réaction de Meinicke s'est montrée quatre fois plus sensible que la réaction de Bordet-Wassermann et de valeur égale à celle du benjoin et de l'élixir. Une seule fois, elle s'est montrée négative dans un cas de paralysie générale, où toutes les autres réactions ont fourni un résultat positif. Deux fois, le Meinicke et le Bordet-Wassermann se sont montrés moins sensibles que le benjoin et l'élixir. Enfin, la réaction de Meinicke a fourni trois fois un résultat faiblement positif, et, apparemment, non spécifique, là où une fois la réaction de Targowla fut positive et une fois les globulines positives.

Essai de vaccination au moyen de neuro-vaccin traité par l'éther, l'acide phénique et le formol. — MM. C. Levaditi, Sanchis-Bayarri ont recherché s'il était possible de réaliser chez le lapin une immunité anti-vaccinale manifeste au moyen du neuro-vaccin traité au préalable par l'éther, l'acide phénique et le formol, puis administré par voie sous-cutanée. Les résultats obtenus dans la vaccination antirabique préventive à l'aide de virus fixe éthéré, phéniqué ou formolé, ont déterminé ces auteurs à entreprendre des essais. Voici le résumé de leurs constatations :

Le neuro-vaccin, administré par voie sous cutanée, ne crée l'immunité active que s'il conserve en totalité ou en partie sa virulence, et par conséquent s'il est encore capable d'engendrer une infection vaccinale généralisée manifeste, ou inapparente. Dès que les germes ont perdu leur vitalité sous l'influence de certains agents chimiques, tels que le formol, ils

deviennent incapables de produire l'état réfractaire, malgré la conservation de leur pouvoir antigène, se traduisant par l'apparition d'anticorps virulicides dans le sérum sanguin. C'est là un exemple de plus de la dissociation qu'il y a lieu d'établir entre les propriétés immunogènes et antigènes des virus (cf. Levaditi et Nicolau). Des recherches faites avec l'herpès ont abouti à des conclusions analogues.

LIVRES NOUVEAUX

Radiologie clinique du tube digestif, publiée sous la direction de MM. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère. Tome I : **Estomac et duodénum** (1), par MM. P. Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère.

Voici un admirable livre, fruit d'une collaboration intime et déjà ancienne entre un chirurgien, un médecin et un radiologiste. C'est aussi une œuvre absolument *originale*. Cela n'étonnera pas ceux qui connaissent et admirent le clair esprit et le sens clinique de Pierre Duval, la prodigieuse documentation et l'incomparable expérience de Jean-Charles Roux, la rigoureuse technique d'Henri Béclère.

(1) Un volume in-4 de 340 pages contenant 400 radiographies et 452 schémas inédits, reliure toile, fers spéciaux. — Prix : 250 fr. Frais de port et d'emballage en sus, pour la France : 10 fr. — Relié en deux volumes pour expédition à l'étranger. — Prix : 265 fr. Frais de port et d'emballage en sus, pour l'étranger : tarif n° 1, 30 fr. ; tarif n° 2, 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

Pour paraître dans la même collection :

Tome II : *Intestin, foie et pancréas*, par MM. J. Gatellier, F. Moutier et P. Porcher. (Un volume en préparation.)

Le *Traité clinique de radiographie* n'est pas un simple atlas radiographique, mais un véritable recueil de leçons cliniques.

Ne s'embarrassant d'aucune bibliographie inutile, les auteurs ont groupé 400 radiographies inédites d'affections de l'estomac et du duodénum. Chacune est accompagnée d'un schéma explicatif et d'un commentaire médical suivi de constatations chirurgicales ou de considérations sur le traitement médical.

En réunissant 400 radiographies, Pierre Duval, bien qu'il soit très sportif, n'a pas eu l'intention de battre un record. Avec ses collaborateurs il s'est proposé simplement de donner toutes les images *utiles* « et celles-là seulement qu'un médecin, un chirurgien ou un radiographe sont appelés à rencontrer et à interpréter dans leur pratique ». Et grâce aux utiles commentaires qui accompagnent les illustrations se trouve réalisée une formule moderne de *cliniques* qui est appelée certainement dans l'avenir à remplacer la formule classique des Cliniques de Trousseau et de Dieulafoy.

Le livre de P. Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère méritait une présentation digne de son intérêt. La librairie Masson y a pourvu en l'éditant avec le luxe et la sûreté de goût qu'elle apporte dans toutes ses publications. F. L. S.

Traité de tératologie de l'homme et des animaux domestiques (1), par F.-X. Lesbre, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

Cet ouvrage est la synthèse d'une étude poursuivie par l'auteur pendant sa longue carrière d'anatomiste, le fruit de nombreuses observations apportant un contingent de faits

(1) In-8, 344 p., avec 252 fig. — Prix : 40 fr. — Paris, Vigot frères, éditeurs.

nouveaux et d'idées qui ne sont pas sans importance au point de vue de l'anatomie normale et philosophique.

Bien qu'élémentaire et essentiellement didactique, il embrasse la très grande généralité des anomalies des mammifères, tant et si bien que la distinction d'une tératologie humaine et d'une tératologie vétérinaire est à peu près superflue.

L'identité de la nature physique de l'homme et des brutes, si évidente déjà par leur anatomie normale, est plus manifeste encore par l'anatomie anormale. D'assez nombreuses références bibliographiques sont données pour permettre au lecteur de compléter sa documentation. L. G.

REVUE DES THÈSES

Ankyloses et raideurs des articulations du membre inférieur devant la loi sur les accidents du travail (1), par le docteur Furcy Royal. (Travail du Laboratoire de médecine légale et de médecine sociale de la Faculté de médecine de Lille, 1927.)

Le docteur Furcy Royal a entrepris son étude sous l'inspiration de M. Leclercq, l'éminent professeur de médecine légale et de médecine sociale de la Faculté de médecine de Lille. L'auteur, qui a réuni une documentation très étendue, vient au secours du praticien souvent bien indécis, en lui offrant un guide clair sur lequel il pourra s'appuyer pour l'évaluation de la diminution de capacité qu'entraînent les ankyloses et raideurs des articulations du membre inférieur devant la loi sur les accidents du travail.

Un certain nombre d'ouvrages ont été publiés sur la manière de pratiquer les mensurations et l'évaluation des incapacités. On peut citer en particulier la thèse de Rouvière sur les ankyloses et raideurs du membre supérieur.

L'étude que nous apporte M. Furcy Royal, étayée sur les recherches méthodiques du professeur Leclercq, ne complète pas seulement les études précédentes, elle envisage la question d'une façon toute nouvelle.

« La définition médico-légale des ankyloses et des raideurs, écrit l'auteur, n'est pas identique à celle que l'on trouve en pathologie courante. Elle est d'ordre beaucoup plus général et se place exclusivement au point de vue fonctionnel. Une seule chose attire notre attention, c'est la valeur physiologique du membre ou de tel ou tel segment de membre. Peu importent la nature des lésions, leur siège, leur étendue; ce qu'il nous faut apprécier c'est la diminution de valeur productive de l'ouvrier.

« Les définitions que nous allons rappeler ne sont pas d'accord avec la clinique et l'anatomie pathologique, nous le savons, mais au point de vue médico-légal elles répondent à une nécessité :

« 1° L'ankylose est un état résultant de la perte absolue de tous les mouvements d'une articulation, que cette perte soit d'origine intra ou extra-articulaire, qu'elle soit osseuse ou non.

« 2° La raideur est le résultat de la perte ou de la limitation de certains mouvements d'une articulation ou de la gêne dans l'accomplissement de ces mouvements qu'elles qu'en soient les causes, intra ou extraarticulaires, osseuses ou non. »

Ces définitions nécessaires étant données, l'auteur aborde méthodiquement son sujet. Il étudie l'étiologie et la pathologie des ankyloses et des raideurs, puis l'anatomie et la physiologie des articulations du membre inférieur, enfin l'amplitude articulaire normale et les procédés de mensuration dont les résultats conduisent à l'évaluation suivant les méthodes de l'auteur.

De très nombreuses figures originales, des tableaux explicatifs très pratiques permettent au praticien d'arriver à une évaluation ayant des bases solides. Nous sommes convaincus que cet excellent ouvrage, à la fois scientifique et pratique, est appelé à rendre les plus grands services et qu'il demeurera classique. L. G.

(1) *Th. de Lille.* — Lille, Marquant, 98, rue Léon-Gambetta.

CONGRÈS

Congrès international de la protection de l'enfance. (Paris, 8-12 juillet 1928.) — Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président : M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales; secrétaire général : docteur Lesage, secrétaire général du Comité national de l'enfance, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; trésorier : M. Lenoir, trésorier du Comité national de l'enfance; secrétaires : Mlle Gros, secrétaire rapporteur du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et le docteur Cruveilhier, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, membre adjoint du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Cotisations et communications. — La cotisation pour les membres titulaires est de 60 fr. français. Elle donne droit à la participation complète au Congrès (publications, fêtes, etc.).

La cotisation pour les membres associés est de 30 fr. français. Elle leur permet seulement d'assister aux séances, fêtes et visites du Congrès.

Le Congrès comprendra :

1° *Une section de maternité.* — Question : « Maisons maternelles » (Asiles pour femmes enceintes et mères-nourrices).

Rapporteur général : docteur Trillat (France).

Rapporteurs spéciaux : Miss Halford (Angleterre); M. Martinez Vergas (Espagne).

2° *Une section de première enfance.* — Question : « Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel. »

Rapporteur général : docteur Lereboullet (France).

Rapporteurs spéciaux : docteur Matija Ambrosie (Serbie), professeur Cacace (Italie), docteur Dourlet (Belgique), docteur Growski (Pologne), docteur Helen Mac Murphy (Canada), docteur Sarabia (Espagne), docteur S. Vera (Grèce).

3° *Une section de seconde enfance.* — Question : « Organisation des établissements de plein air pour enfants, au double point de vue médical et pédagogique. »

Rapporteurs généraux : docteur Dufestel (France), partie médicale); M. Ad. Ferrière (Suisse), partie pédagogique.

Rapporteurs généraux : M. Demazeures (Belgique), docteur Kita (Japon), M. Lemonier (France), Miss Margaret Mac Millan (Angleterre), docteur Eduardo Massip (Espagne), professeur Mario Ragazzi (Italie).

Etude générale sur les colonies de vacances : docteur Dequidt.

4° *Une section de service social.* — Question : « Les idées directrices du service social dans la protection de l'enfance. »

Rapporteur général : Bureau fédéral de protection de l'enfance de Washington (Etats-Unis).

Rapporteurs spéciaux : docteur Gonsalès Alvarez (Espagne), Mme le docteur Ancona (Italie), Mlle Delagrange, Mme Getting (France), Frau Eiserhard (Allemagne), Mlle Haye (Hollande), Miss Mac Adam (Angleterre), Mme Mulle (Belgique), professeur Morquio (Amérique du Sud).

5° *Une section de l'enfance malheureuse ou moralement abandonnée.* — Question : « Etude pratique du fonctionnement des tribunaux d'enfants. »

Rapporteur général : M. Donnedieu de Vabres.

Rapporteurs spéciaux : professeur Ugo Conti (Italie), M. G. T. de Jongh (Hollande), M. Lindsay (Etats-Unis), Frau D. Mende (Allemagne), M. Paz Anchorona (République Argentine), M. Wets (Belgique).

Les rapports généraux seront publiés en français et en anglais. Le temps consacré à chaque communication sera au maximum de cinq minutes.

L'impression de toute communication ne devra pas dépasser quatre pages. Un règlement d'ordre intérieur sera publié au moment du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège du Congrès, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe). Téléphone : Elysées 04-01.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 22 mars. — Questions données : « Ligature de l'artère iliaque externe. — Désarticulation du poignet. »

MM. Maurer, 26; Charrier, 29; Sénèque, 27; Oberlin, 28; Michon, 27; Bloch (René), 25; Huet, 22; Thalheimer, 21.

Séance du 23 mars. — MM. Charrier, 20; Michon et Maurer, 19; Sénèque, 20.

Classement : MM. Charrier, 69; Sénèque, 68; Maurer et Michon, 64.

Monument au professeur Grasset. — Un Comité d'organisation et un Comité d'honneur se sont constitués dans le but d'élever à Montpellier un monument à la mémoire du professeur Grasset.

Ces Comités considèrent comme un devoir de rendre ainsi publiquement hommage au maître qui fut la gloire de l'Ecole de Montpellier et qui reste une des plus grandes figures de la médecine et de la science françaises.

Pour permettre la réalisation de ce projet, une souscription est ouverte.

Toutes les souscriptions seront reçues avec reconnaissance et devront être adressées le plus tôt possible à M. le docteur Diffre, trésorier, 10, boulevard Victor-Hugo (chèque postal n° 229, Montpellier).

Une plaquette commémorative sera offerte à ceux dont la souscription atteindra ou dépassera 100 fr.

Le Comité d'organisation est composé de MM. les professeurs Vedel, président; Gaussel, secrétaire général; Estor et Rimbaud; de MM. Hortolès, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Lyon; Diffre, président de l'Association des chefs de clinique de Montpellier, trésorier.

Guerre. — Service de santé. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. Jeandidier.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Guérin, George, Van-Merris, Barailhé.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Achard, Chazal, Brusset, Sarrat, Le Landais, Despujols, Marty, Melnotte, Maniel, Pacaud, Robert, Streissel, Chauvin, Costedoat, Barboni, Jausion.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Carrot, Moulines, Lesbats, Leboucq, Cassou, Koehren, Hamon, Dosdat, Eldin, Meidinger, Andrieu, Bizien, Frejaville, Ehrhart, André, Idrac, Le Renard, Carillon, Robert, Carrat.

Statistique municipale. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 7e décade (1er-10 mars 1928), 1.318 décès, au lieu de 1.160 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.386, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 39 décès, au lieu de 33 pendant la décade précédente (moyenne 32). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 521, au lieu de 447 pendant la décade précédente (moyenne 441).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux

signalés est de 206; il s'élevait à 134 pendant la décade précédente (moyenne 87).

La coqueluche a causé 15 décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 9).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 13 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 114, au lieu de 124 (moyenne 89).

LES TUBERCULEUX NE DOIVENT PAS ÊTRE ENVOYÉS A VILLARD-DE-LANS. — La station d'altitude de Villard-de-Lans (Isère) a été organisée spécialement pour le séjour des enfants, aussi bien en été qu'en hiver à l'abri de toute contagion tuberculeuse. Toutes les mesures ont été prises pour qu'aucun tuberculeux ne puisse y séjourner; cependant ces temps derniers trois ou quatre malades atteints de tuberculose avaient tenté de s'installer par surprise dans cette localité, ils ont été contraints de la quitter sans délai.

Nous croyons rendre service à tout le corps médical en lui signalant à nouveau d'une façon pressante cette spécialisation de Villard-de-Lans, pour la réalisation et le fonctionnement de laquelle a été constitué un comité consultatif médical présidé par le professeur Nobécourt. On demande instamment à tous les médecins de tenir le plus grand compte de cet avis. Ils s'associeront ainsi à l'exécution d'un programme qui doit être poursuivi sans défaillance et ils éviteront à leurs clients tuberculeux les frais et les fatigues d'un voyage inutile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs sir Dawson Williams, éditeur de *British medical Journal*; George Balfour Marshall et Brownlow Riddell (de Glasgow), Chandron (de Marseille).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement.* — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques, par MM. Roger Leroux, agrégé, chef des travaux; Ch. Grandclaude, René Huguenin et A. Héraux, préparateurs. — Ce cours commencera le lundi 16 avril 1928, à 14 h., au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure.

Le cours comprend 20 séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 250 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 16 avril 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 fr.

Ce cours sera fait en liaison avec les cours de M. le docteur Marion.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA RÉGLEMENTATION DES MESURES D'HYGIÈNE A PRENDRE DANS LES OPÉRATIONS D'INHUMATIONS, DE TRANSPORTS DE CORPS, D'EXHUMATIONS ET DE RÉINHUMATIONS. — Les mesures d'hygiène à prendre dans les opérations d'inhumations, de transports de corps, d'exhumations et de réinhumations étaient jusqu'à présent réglementées par des textes différents, notamment le décret du 15 avril 1919 et les dispositions approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France dont l'exécution était prescrite par la circulaire du 7 août 1916.

Un décret en date du 15 mars 1928 (*Journal officiel*, 22 mars 1928) réunit tous les textes réglementaires antérieurs sur la question, en en reproduisant les dispositions qui sont toujours en vigueur et en mettant en concordance celles qui sont contradictoires.

Ce nouveau texte comporte les innovations suivantes :

Il adopte les prescriptions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en ce qui concerne l'emploi des cercueils hermétiques et des matières antiseptiques.

Il supprime la présence obligatoire des médecins lors des opérations d'exhumations.

Il fixe les frais d'analyse du liquide prélevé dans les cas d'embaumement et les met à la charge des familles en précisant le mode de recouvrement.

Enfin, tenant compte des nombreuses interventions de la Société pour la propagande de l'incinération, il réduit les formalités et les frais nécessités par les incinérations afin de mettre cette pratique à la portée de tous dans l'intérêt de l'hygiène publique.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER BAIL 5 gr. p., avec app. orth. Raspail Croix-Rouge. — Docteur Julia, 24, boul. Raspail, VIIe.

Pour banlieue Paris cherche **MÉDECIN** pour org. et dir. maison de repos. — Ecrire Soc. crédit et public. commerc., 3, rue La Boétie, Paris (VIIIe).

STÉNO-DACTYLO, très au cour. termes médicaux, demande travaux chez elle. — Mme Bonnetain, 13, rue Séguier.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET TUBERCULOSE

M. BRELET et P. PERRIN
Professeur — Chef des travaux d'anatomie pathologique
à l'École de médecine de Nantes.

L'un de nous a publié (1), avec Mme Perrin et M. Diais, l'observation d'un malade qui présentait, d'un jour à l'autre, voire au cours de la même journée, des variations parfois considérables de la tension artérielle. C'était un homme de soixante ans, S..., atteint d'un emphysème pulmonaire assez discret et d'aortite; à son entrée à l'infirmerie des vieillards (décembre 1925), la tension est très basse : 7-4 1/2 (appareil de Vaquez-Laubry); le lendemain elle s'élève à 16-10, le surlendemain à 20-11; puis elle redescend à 12-6, remonte à 14-8, 21-11; un jour, il a 24-14 à 11 heures et 15-9 à 13 heures, un autre jour, à 9 heures, 22-14, et à 19 heures 11-8. Notre malade n'était pas syphilitique, ne présentait aucun signe de néphrite chronique (urée 0g36); une radioscopie faite à l'Hôtel-Dieu par le docteur Bianchi montra un cœur un peu gros, une aorte légèrement élargie. Après quelques semaines passées à l'infirmerie, S... nous quitta pour retourner dans un dortoir de vieillards (février 1926).

En présentant cette observation à la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes*, nous faisions remarquer que les variations de la tension artérielle se produisaient sans cause connue, qu'elles survenaient sans que le malade éprouve de malaise bien défini. Nous ajoutions que S... nous paraissait être un hypertendu, avec crises d'hypotension, parce que ce malade était un scléreux, avec aorte élargie, parce que les périodes d'hypertension artérielle étaient chez lui plus longues que les périodes d'hypotension. Nous ne pouvions donner aucune explication de cette variabilité dans la tension artérielle.

Un an plus tard, le 8 mars 1927, S... revient à l'infirmerie; il présente alors un syndrome cardio-rénal : pouls mou, irrégulier, battements du cœur affaiblis, œdème des membres inférieurs, congestion des bases pulmonaires, urines rares et albumineuses; la tension artérielle est à 12-8; le dosage de l'urée dans le sang (professeur Marguery) donne un chiffre élevé, 1g44; la digitaline, les diurétiques n'ont aucune action; le malade tombe dans le coma et meurt le 14 mars.

L'*autopsie* est pratiquée le lendemain.

Le *poumon gauche* est presque entièrement soudé à la paroi par une symphyse pleurale, surtout serrée au niveau de la scissure interlobaire. A la coupe tout le lobe supérieur apparaît parsemé de nodules caséeux avec au sommet une caverne grosse comme une noix.

Le *poumon droit* est congestionné dans tout son lobe inférieur avec un infarctus festonné vers la base. Au sommet il existe des lésions caséeuses assez importantes dont un fragment a été prélevé pour examen histologique.

Au niveau du hile pulmonaire il existe plusieurs ganglions tuberculeux du volume d'une grosse amande.

Le *cœur* pèse 280 grammes, le ventricule gauche n'apparaît pas hypertrophié; aucune lésion valvulaire.

(1) Un cas de tension artérielle très variable, *Gaz. méd. de Nantes*, 15 fév. 1927.

L'*aorte* présente des lésions extrêmement marquées, sur toute son étendue, avec un maximum au niveau de l'aorte abdominale. L'origine du vaisseau est assez peu altérée. La partie concave de la crosse est comme froncée par suite de la rétraction produite au niveau de deux plaques calcifiées. L'aorte descendante thoracique présente des plaques fibreuses ou calcaires au niveau de l'origine de toutes les artères intercostales. L'aorte abdominale, à partir de l'origine du tronc cœliaque et un peu au-dessus jusqu'à sa bifurcation, offre sur sa face postérieure une série de plaques ou de médaillons allongés formés par des strates fibrineuses. Certaines de ces plaques se détachent facilement montrant l'endartère ulcérée en quelques points. Les autres sont très adhérentes, faisant corps avec la paroi du vaisseau.

Les *reins* pèsent respectivement 160 et 170 grammes; ils sont congestionnés, se décortiquent mal et présentent de nombreux kystes. Quant aux *surrénales*, l'une a été perdue, l'autre, la droite, offre un poids supérieur à la normale.

Le *foie* (1.120 grammes) offre à la coupe l'aspect du foie cardiaque. La rate est normale avec seulement une plaque de périsplénite calcifiée. Le pancréas est scléreux, très dur.

L'*examen histologique* a été pratiqué par l'un de nous au Laboratoire d'anatomie pathologique de l'École de médecine de Nantes.

Le fragment prélevé au niveau du poumon droit nous offre un très beau type de bronchio-pneumonie bacillaire récente. Tous les foyers sont centrés par une bronchiole. Pour les uns, la caséification ne dépasse pas les limites de cette bronchiole et l'on peut encore voir les ombres des cellules dont la nécrose a constitué le caséum. Les alvéoles adjacents sont le siège d'une alvéolite fibrino-leucocytaire.

Dans les nodules plus évolués, la nécrose caséeuse a fait tache d'huile à partir de la bronchiole et aux dépens de la fibrine.

La réaction conjonctive est à peu près nulle.

A noter que les artérioles présentent même en dehors des foyers tuberculeux des lésions d'artérite oblitérante qui doivent être rapprochées des lésions aortiques et n'ont aucun rapport avec l'atteinte bacillaire plus récente.

Le fragment de *rein* examiné montre surtout des lésions vasculaires. Il existe une congestion générale avec par endroits de véritables lacs sanguins dus à la dilatation des capillaires. Les gros vaisseaux sont épaissis, sclérosés. Les glomérules, qui à première vue semblent peu atteints, présentent une prolifération conjonctive discrète avec sclérose fibrillaire; la capsule est épaissie. D'ailleurs toute la charpente conjonctive est sclérosée, épaissie assez inégalement d'un point à un autre. Il n'y a que peu d'infiltration cellulaire interstitielle sauf en un point, autour d'un glomérule oblitéré par la sclérose. Des altérations épithéliales, allant de l'état granuleux à la nécrose complète, s'observent assez inégalement au niveau des tubes sécréteurs.

Deux fragments d'*aorte* ont été prélevés : l'un (*a*) au niveau d'une plaque ulcérée de l'aorte abdominale; l'autre (*b*) au niveau d'une plaque athéromateuse de la crosse.

Le fragment (*a*) montre des altérations considérables. L'endartère est épaissie et ulcérée, recouverte d'une plaque fibrineuse presque aussi épaisse qu'elle-même. Les couches fibrineuses superficielles sont parsemées de nombreuses cellules inflammatoires ayant pour la plupart leur noyau en picnose. Les couches profondes se distinguent de la zone superficielle nécrosée de l'endartère. Celle-ci est fibreuse, épaisse avec des points en ramollissement athéromateux. Sa tunique moyenne est dissociée par des fusées de cellules inflammatoires. A une extrémité de la coupe elle s'amincit considérablement et les lames élastiques disparaissent presque complètement.

Le fragment *b* montre des lésions classiques d'endartérite athéromateuse sans ulcération ni phénomènes inflammatoires marqués.

Quant à la surrénale examinée, remarquablement conservée,

elle nous montre une structure sensiblement normale avec cependant un degré notable d'hyperplasie.

En résumé, cet examen anatomique met en évidence deux ordres de lésions : des lésions anciennes d'*artérite à type athéromateux* assez généralisées; des lésions plus récentes de *broncho-pneumonie tuberculeuse*.

Les résultats de cette autopsie, les lésions anciennes d'athérome confirment notre diagnostic clinique de crises d'hypotension artérielle chez un malade primitivement hypertendu; ils nous donnent aussi l'explication de ces crises hypotensives qui nous paraissent devoir être attribuées à la tuberculose. En 1926, nous avions noté, chez S..., des signes d'emphysème pulmonaire; intéressés surtout par sa tension artérielle, nous avions négligé de faire pratiquer un examen bactériologique des crachats; si nous l'avions fait, on eût peut-être trouvé des bacilles de Koch dans les crachats et nous aurions eu, dès cette époque, un diagnostic complet.

Handford (1) considère l'hypertension artérielle comme une condition défavorable au développement de la tuberculose pulmonaire; et, en effet, dans les hospices de vieillards, où la tuberculose sénile est assez fréquente, on n'observe pour ainsi dire jamais l'association clinique d'hypertension artérielle et de tuberculose pulmonaire. Notre malade était une exception à la règle.

Que la tuberculose puisse provoquer des crises hypotensives chez un hypertendu, cela ne nous paraît pas douteux. Ne sait-on pas, depuis les travaux de Marfan, de Potain, de Teissier, de Sergent, que, chez les tuberculeux pulmonaires, la tension artérielle est généralement faible? Deux théories ont été données de cette hypotension artérielle des tuberculeux. Le professeur Teissier l'explique par une action de la tuberculine sur les centres vasomoteurs; pour le professeur Sergent, c'est l'insuffisance des capsules surrénales qui a pour conséquence la diminution de la tension artérielle. Dans notre cas, il semble bien qu'il faille invoquer la théorie du professeur Teissier; elle rend bien compte de ces crises hypotensives ne durant parfois que quelques heures et provoquées sans doute par une imprégnation toxique passagère des centres vaso-moteurs. Une insuffisance surrénale aurait plutôt déterminé un abaissement progressif de la tension artérielle.

Notons encore les variations extrêmes de la tension chez ce malade, variations telles que, dans nos quelques recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé aucune observation analogue. Passer, en quelques jours, de 7-4 1/2 à 24-14, avoir, le matin, une tension de 22-14 et le soir de 11-8, voilà qui n'est pas banal.

Une dernière réflexion; hypertendu depuis longtemps sans doute, notre malade est mort, malgré sa bacillose, comme meurent beaucoup d'hypertendus. Il a présenté, dans les derniers jours de sa vie, le tableau classique d'un artério-scléreux en état d'insuffisance cardio-rénale.

---

(1) MARFAN. Art. PHTISIE PULMONAIRE, *Traité de médecine*, t. VII.

UN NOUVEAU SUCCÈS DE LA DIÈTE HÉPATIQUE DANS L'ANÉMIE GRAVE

PAR MM.

ZADOC-KAHN, OGLIASTRI et WAUTHIER

Médecin-chef Internes

de l'hôpital Rothschild

Le traitement des syndromes anémiques graves par l'ingestion quotidienne de foie de veau s'affirme de plus en plus comme une des plus importantes acquisitions thérapeutiques de ces dernières années. De nombreux faits ont déjà été publiés qui mettent en évidence l'action remarquable de cette méthode sur des affections dont la gravité échappait jusqu'ici à toutes les médications.

Nous avons eu récemment l'occasion de suivre un cas particulièrement démonstratif dont l'observation nous paraît digne d'être versée à son tour au débat.

Il s'agit d'un malade âgé de quarante-quatre ans, négociant, entré à l'hôpital de Rothschild le 16 septembre 1927 pour un état d'asthénie profonde datant déjà de plusieurs mois. Il donnait, au moment de son entrée, l'impression d'un homme extrêmement affaibli, et son aspect cachectique joint à la coloration jaune verdâtre de ses téguments nous le firent considérer à première vue comme un néoplasique.

L'interrogatoire nous apprit qu'un amaigrissement progressif, coïncidant d'ailleurs avec la conservation de l'appétit, avait seul au début attiré l'attention du malade qui, dans la suite, se sentit de plus en plus adynamique en même temps qu'il remarquait la pâleur croissante de son visage.

Une diarrhée abondante apparut bientôt qui se montra rebelle à toutes les thérapeutiques, et enleva au malade le peu de force qui lui restait. C'est alors qu'il résolut de se faire hospitaliser.

L'examen du sang, pratiqué le jour même de son entrée dans le service, nous permit de constater une anémie profonde caractérisée par un chiffre particulièrement bas des globules rouges (1.200.000).

Ni la clinique ni le laboratoire ne purent nous donner d'indications précises sur la cause de cette anémie. Il nous fallut en particulier éliminer définitivement l'hypothèse d'un néoplasme digestif que nous avions un moment envisagée, ainsi d'ailleurs que celle d'une parasitose intestinale.

La rate et le foie étaient normaux. Il n'existait aucune adénopathie périphérique. L'auscultation enfin ne révélait qu'un souffle anémique.

La tension artérielle était de 8 1/2-3; le pouls se maintenait aux environs de 80. La température, légèrement subfébrile, atteignait le soir 37°8 ou 37°9. Il n'y avait pas d'œdème. Les urines étaient normales.

En dehors de la diminution considérable des hématies que nous avons déjà signalée, la formule sanguine nous avait donné les renseignements suivants :

Valeur globulaire		2
Taux de l'hémoglobine		50 p. 100
Globules blancs		6.650
Polynucléaires	neutro	50 p. 100
	baso	0
	éosino	0

Mononucléaires	grands......	0
	moyens.....	20 p. 100
	lympho.....	30 p. 100

Pas d'hématies nucléées.
Pas de poïkilocytose.
Pas d'anisocytose.

En présence de cette anémie qui nous semblait avoir tous les caractères cliniques et hématologiques d'une anémie pernicieuse cryptogénétique, sans trace de réaction myéloïde et comportant, de ce fait, un pronostic particulièrement mauvais, nous décidâmes d'avoir recours à la méthode de Whipple.

Dès le 22 septembre, le malade fut soumis à des ingestions quotidiennes de 250 grammes de foie de veau préparé selon la technique Aïtoff et Lévy (foie bouilli pendant dix minutes, finement tamisé et mélangé à l'eau de cuisson).

Au bout de quelques jours, une amélioration notable s'était déjà produite : le facies paraissait moins pâle, l'asthénie moins accentuée, et un examen de sang effectué le 3 octobre donnait les résultats suivants :

Valeur globulaire		1,9
Taux de l'hémoglobine.....		70 p. 100
Globules rouges		1.984.000
Globules blancs...........		7.140
Polynucléaires	neutro..	61 p. 100
	baso....	3 p. 100
	éosino ..	0
Mononucléaires	grands..	3 p. 100
	moyens .	9 p. 100
	lympho .	24 p. 100

Cette amélioration ne fit que s'accentuer comme en font foi les formules suivantes obtenues par des examens de sang successifs :

1° *13 octobre 1927* :

Valeur globulaire	1,3
Taux de l'hémoglobine.....	80 p. 100
Globules rouges	3.000.000
Globules blancs...........	13.900

2° *22 octobre 1927* :

Valeur globulaire	1,3
Taux de l'hémoglobine.....	85 p. 100
Globules rouges	3.100.000
Globules blancs...........	15.000

3° *3 novembre 1927* :

Valeur globulaire	1,1
Taux de l'hémoglobine.....	85 p. 100
Globules rouges	3.720.000
Globules blancs...........	10.850

4° *18 novembre 1927* :

Valeur globulaire	1,1
Taux de l'hémoglobine	80 p. 100
Globules rouges	4.650.000
Globules blancs...........	15.950

5° *16 décembre* :

Valeur globulaire	3,80
Taux de l'hémoglobine.....	90 p. 100
Globules rouges	4.670.000
Globules blancs...........	10.300

Trois mois après le début du traitement, le malade était complètement transformé. Son poids était passé de 44 kilogs à 54 kilogs. Sa tension artérielle était de 11 1/2-5 au Vaquez. Ses forces étaient revenues, son facies recoloré, son moral meilleur; sa diarrhée elle-même avait complètement disparu. Il ne tarda pas à quitter l'hôpital en état de parfaite guérison apparente.

Un tel résultat nous a paru intéressant à signaler; il apporte une nouvelle preuve, après tant d'autres, de la merveilleuse efficacité d'une méthode thérapeutique dont on peut dire qu'elle a déjà à son actif de véritables résurrections.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1928)

Après lecture des notices nécrologiques par M. Blondin, secrétaire général, discours du président sortant, M. Laignel-Lavastine, et allocution du président pour 1928, M. Duclaux.

Autosérothérapie dans un cas d'ulcération des bras et des jambes. — M. Sédillot présente une migraineuse de vingt-huit ans qui, depuis la disparition des migraines, voit apparaître tous les deux mois, au milieu des bras ou des jambes une phlyctène à laquelle fait suite une perte de substance à l'emporte-pièce extrêmement douloureuse et dont la cicatrisation totale demande deux mois. Seul un traitement d'autosérothérapie récemment commencé agit favorablement en accélérant la cicatrisation.

Présentation de pièces. — M. Petit de la Villéon présente un diverticule de Meckel et un appendice, tous deux malades, qu'il a enlevés en une même séance sur un sujet qui présentait ainsi, en quelque sorte, « une double appendicite ».

Corrélation entre les organes sexuels mâle et femelle au point de vue anthropologique et pathologique. — M. Félix Regnault présente une étude sur les conséquences graves que peut avoir une disproportion entre les organes génitaux mâle et femelle. Les gynécologues voient fréquemment des désastres dus à cette cause, mais ils relèvent surtout des cas pathologiques d'atrésie vaginale. La dysharmonie peut tenir à une différence dans les tailles des deux conjoints, ceux-ci étant normaux. Mais il ne faut pas tenir compte de la taille totale; il faut comparer les bustes, la longueur du vagin étant, à l'état normal, en rapport avec la longueur du buste.

Esthétique mammaire. — M. Maurice Péraire, dans les cas de prolapsus mammaire, enlève dans le sein un triangle cutané dont le sommet aboutit au mamelon et la base au pli sous-mammaire. Il lui est alors facile de suspendre la glande mammaire au muscle grand pectoral. Après ablation d'une tumeur du sein, il a eu recours à la greffe d'un lipome pris dans la région lombaire d'un malade. Résultat excellent.

A propos de l'hydramnios. — M. Devraigne rapporte un cas d'hydramnios avec dystocie par ascite fœtale. Le palper et l'auscultation étaient négatifs. La radiographie seule permit d'affirmer la présence d'un fœtus. Son extraction fut particulièrement laborieuse du fait d'une énorme ascite, mais fut facilitée par la mort de l'enfant.

Traitement de la sénescence et effets dynamogéniques produits par l'ingestion de sérum activé de jeunes animaux mâles. — M. Ch. Levassort présente le résultat des essais qu'il a faits sur des vieillards avec le sérum de H. Busquet.

Ce physiologiste a déjà publié les effets de masculinisation provoqués sur les vieux coqs et les chapons par un sérum spécial de jeune taureau contenant à la fois les hormones circulantes des animaux jeunes et les anticorps des substances inhibitrices découvertes par A. Carrel dans les organismes séniles. M. Ch. Levassort a constaté que, administré par la bouche trente minutes avant les repas, à la dose de 20 centimètres cubes par jour, le sérum activé de taureau produit chez certains déprimés et chez des gens âgés des deux sexes des effets d'invigoration se traduisant par une plus grande aptitude au travail physique et intellectuel, par une sensation de bien-être et une orientation du caractère vers l'optimisme.

M. Pron (d'Alger) s'est arrêté, en raison de sa simplicité et de sa sensibilité, au réactif d'**Obermeyer et de Poffer** pour la recherche des pigments biliaires normaux dans l'urine.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1928)

Note sur la pigmentation bismuthique. — MM. Boissier et Barzilai signalent dans la stomatite bismuthique des lésions de décalcage situées à la face interne des joues et des lèvres et se superposant aux lisérés gingivaux.

Ils pensent que cette constatation ne peut s'expliquer par la pathogénie actuelle du liséré bismuthique et est capable d'en changer le traitement.

Gingivo-stomatite au cours de l'érythrémie (maladie de Vaquez). — M. Pietkiewicz, observant une gingivo-stomatite érythémateuse avec gingivorragies, arrive à faire le diagnostic d'érythaémie.

Étude de la morphogénie cranio-mandibulaire. — M. Herpin explique les atrésies mandibulaires par l'action des muscles masticateurs s'insérant sur la boîte cranienne lorsque celle-ci présente un manque de développement.

Pyorrhée alvéolaire et ménopause. — M. Thibault, se basant sur soixante et onze cas de pyorrhée alvéolaire observée chez des sujets à la période de ménopause, insiste sur l'influence bienfaisante du traitement opothérapique et rappelle que la ménopause doit être rapprochée de la castration dans l'étiologie de la pyorrhée.

Un cas d'odontome chez un enfant de sept ans. — MM. Raison et Ramorino rapportent l'observation d'un adamantinome solide dentifié développé chez un enfant de sept ans aux dépens du follicule de la canine de lait supérieure gauche avec présence de l'ébauche de la dent de remplacement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1928)

Phlegmon de la paroi utérine. — M. Lamare relate l'observation d'une malade qui, à la suite d'une légère rétention placentaire, fut curettée, mais dont les phénomènes fébriles ne s'amendèrent pas. Une laparotomie permit d'ouvrir et de drainer une collection suppurée à streptocoques incluse dans la paroi utérine et qui avait été diagnostiquée pyosalpynx. La malade guérit ensuite sans incidents. M. Lamare n'a pu relever dans la littérature médicale que peu d'observations de phlegmon de la paroi utérine.

Formes congestives de la tuberculose pulmonaire. Difficultés du diagnostic. — M. Dupont rapporte le cas d'un jeune homme qui fit à droite une congestion pulmonaire du type Voillez qui guérit en trois semaines et qui fut suivie trois ans après d'une autre du côté gauche de même type. Un an plus tard, le malade fait une tuberculose fibro-caséeuse du côté gauche. Le côté droit se montre intact à la radiographie. Le diagnostic de la nature de ces congestions pulmonaires est malaisé. Leur présence chez des jeunes gens devra faire suspecter la tuberculose et provoquer la mise en œuvre de tous les procédés d'investigation bactériologiques et radiologiques. Ces formes sont parfaitement décrites par Bard sous le nom de formes fibro-caséeuses congestives.

Valeur séméiologique de l'examen bactériologique dans la tuberculose pulmonaire. — M. André Martin.

(FÉVRIER 1928).

Un cas d'idiosyncrasie à l'iode. — M. Bertrand apporte l'observation d'un enfant de trente mois qui fit à deux reprises une poussée d'urticaire de la face avec prurit extrêmement intense quelques secondes après un simple attouchement des amygdales avec un collutoire de glycérine iodée à 1/200, ce qui représente une quantité infinitisimale d'iode métalloïdique déposée sur l'amygdale. L'auteur pense qu'il s'agit bien d'idiosyncrasie et non d'anaphylaxie. En effet : 1° il s'agit d'un cristalloïde et non d'un colloïde ; 2° cet enfant n'avait pas été au préalable sensibilisé ; 3° la réaction fut à peu près immédiate dès le premier attouchement.

Des faits analogues très connus en ce qui concerne l'iodoforme sont, pense l'auteur, beaucoup plus rares avec l'iode, surtout lorsqu'il s'agit d'une quantité aussi infime de ce métalloïde.

Un cas d'érythrodermie exfoliante mortelle du nouveau-né. — M. Dupont. Il s'agit d'un nouveau-né du sexe féminin dont le corps, d'une rougeur diffuse est le siège d'une desquammation très abondante, en larges squames blanches et sèches, plus fines au cuir chevelu, respectant la paume des mains et la plante des pieds qui présentent seules une coloration bleuâtre contrastant avec l'érythrodermie généralisée. L'enfant entre progressivement dans le coma et meurt au bout de vingt-trois heures. L'examen des autres appareils est négatif. Pas de signes d'hérédo-syphilis, aucune maladie maternelle. Ce cas tout en se rapprochant de la maladie de Ritter von Rittersheim, s'en distingue par le début congénital, par la généralisation d'emblée à tout le corps, par la mort très rapide. Il semble constituer un type à part parmi les érythrodermies des nouveau-nés.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(JANVIER 1928)

Médiastino-péricardite calleuse avec crises d'épilepsie cardiaque traitée par l'opération de Brauer. Survie de vingt-trois mois. Autopsie. — MM. Rouslacroix et Félix Trabuc. Autopsie du malade présenté au Comité en juillet 1926 (*Presse méd.*, 1926, p. 1033) comme syndrome symphysaire associé à un rétrécissement mitral. Il n'existait, en réalité, aucune sténose orificielle, mais une médiastinite calleuse très étendue. L'opération a amené la disparition totale des douleurs, une atténuation très marquée des crises épileptiformes, une amélioration passagère de l'insuffisance cardiaque, et a permis une survie de vingt-trois mois.

Volumineux tuberculome cérébral rolandique. — MM. H. Roger et Siméon présentent un volumineux tuberculome en voie de caséification de la région rolandique droite, de la dimension d'une mandarine, qui s'était traduit par des crises jacksoniennes à début brachial gauche, puis par une hémiplégie gauche. La lésion paraît s'être développée en quelques mois chez un nègre de dix-sept ans, porteur d'adénites cervi-

cales et de gros ganglions trachéo-bronchiques. Le liquide céphalo-rachidien hypertendu (45 puis 75 au Claude en position couchée) présentait une légère dissociation albumino-cytologique.

Ictère infectieux chez un enfant de quatorze ans. Ictère grave terminal. — MM. CASSOUTE et Félix TRABUC. Enfant de quatorze ans, sans antécédents personnels, hospitalisé pour ictère infectieux bénin et qui brusquement a fait un syndrome typique d'ictère grave, rapidement mortel. A l'autopsie, lésions d'hépato-néphrite. A noter la grande rareté de l'ictère grave chez l'enfant et au point de vue clinique la rétraction progressive du foie qui, très gros, s'est rétracté progressivement. L'étiologie reste incertaine. Il semble logique d'admettre des lésions hépato-rénales antérieures méconnues.

Pemphigus épidémique, diphtérie, pneumococcie simultanés chez un nourrisson. Guérison. — MM. CASSOUTE, J. RATHELOT et SANGUY rapportent l'observation d'un enfant de six mois chez lequel ils ont vu apparaître et se développer simultanément un pemphigus généralisé, une diphtérie et une pneumococcie probable. Ils insistent sur l'intérêt clinique et bactériologique de cette observation et, au point de vue thérapeutique, sur l'efficacité de la sérologie polyvalente qu'ils ont employée.

Hydronéphrose congénitale par coudure de l'uretère. — M. TRISTANT.

Botryomycome de la lèvre inférieure. — MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER présentent une jeune fille atteinte à la lèvre inférieure, près de la commissure droite, d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois chiche, molle, rouge et d'aspect frambésiforme, nettement pédiculée, survenue après un assez grand nombre de cautérisations successives.

Sarcome de la région pancréatique à symptomatologie biliaire aiguë. — MM. Y. BOURDE et TOINON relatent l'observation d'un homme de vingt-sept ans, sans passé pathologique, qui a présenté brusquement un violent épisode douloureux sous-hépatique, avec ictère variable par rétention, épisode qui se renouvela à diverses reprises pendant quatre jours. Grosse tumeur profonde et douloureuse sous les fausses côtes. Mort rapide. A l'examen histologique (docteur Rouslacrotx) : sarcome à petites cellules rondes. Origine ganglionnaire probable. Les auteurs insistent sur ce tableau clinique qui est plutôt celui d'une lithiase que celui d'un cancer de la tête du pancréas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1928)

Traumatisme et tuberculose rénale. — M. MARTIN. Ce malade faisait remonter son affection à une contusion rénale datant de douze ans, le diagnostic clinique de tuberculose rénale étant évident, la néphrectomie ne montra qu'une érosion superficielle de la papille supérieure et, en plein parenchyme, une trentaine de granulations grises conglomérées. L'auteur insiste sur l'impossibilité où l'on est de conclure à l'étendue des lésions du rein, en particulier la déficience de la concentration uréique du côté malade ne varie pas toujours parallèlement à la quantité du parenchyme détruit.

Péritonite appendiculaire chez un homme de soixante-douze ans. — M. DIEULAFÉ. Celui-ci présentait seulement des signes d'occlusion intestinale. Au huitième jour intervention sous anesthésie locale, du pus inondait tout l'étage sous-mésocolique de l'abdomen, appendice perforé à sa base, appendicectomie et drainage, mort le deuxième jour. L'auteur rappelle l'évolution insidieuse de ces appendicites séniles.

Les formes vésicales des phlébites post-opératoires. — M. DUCUING. A côté des phlébites classiques l'auteur décrit des phlébites atypiques, frustes ou camouflées. Il classe ainsi les phlébites à symptomatologie vésicale.

1° Phlébite à début vésical; 2° phlébite à symptomatologie urinaire prépondérante; 3° phlébites vésicales pures, celles-ci se divisant elles-mêmes en trois types : dysurique, à rétention, avec incontinence.

Elles sont graves, présentent des embolies comme les autres.

Pour l'auteur toute rétention d'urine post-opératoire tardive relève d'une phlébite pelvienne, vésicale ou para-vésicale.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LA CHIMIOTHÉRAPIE (1).

Par M. le docteur ALLARD.

Les notions apportées par les radiographies faites en séries sont venues, ces dernières années, modifier considérablement nos connaissances en phtisiologie. La constatation fréquente d'ombres étendues à l'écran, de grosses infiltrations du parenchyme pulmonaire, susceptibles de rétrocéder jusqu'à la restitutio ad integrum apparente ne s'accorde pas en effet avec les notions admises depuis Laennec sur l'évolution des lésions tuberculeuses. La dégénérescence caséeuse, suivie de ramollissement et de fonte, la transformation fibreuse ou la calcification devraient nécessairement laisser des traces à l'écran fluorescent. La disparition complète d'ombres tuberculeuses conduit à envisager la guérison possible de la tuberculose par résolution et celle-ci ne peut guère être comprise que pour des productions inflammatoires, sans mortification du tissu noble du parenchyme pulmonaire. Il semble que, par la connaissance de ces formes de bacillose non caséogène, le praticien soit mieux armé pour porter un pronostic en tuberculose, et, par là, de juger l'effet réel des thérapeutiques instituées.

Parmi les multiples traitements qui ont été préconisés, c'est encore la chimiothérapie qui donne les résultats les moins décevants, et, dans le nombre des médicaments recommandés à juste titre, le thiocol garde la première place. Bien étudié surtout par Lombard, Martinet, Vigouroux, Quénée, Nicolas, etc., le thiocol, sous forme spécialement de sirop Roche, donne d'excellents résultats dans toutes les affections broncho-pulmonaires; admirablement supporté par les malades, même les plus difficiles et par les enfants, le thiocol est toléré par tous les estomacs; il a donc cette supériorité évidente de respecter « la place forte du phtisique ».

Il semble bien en effet que, s'il n'est pas à proprement parler un spécifique, le thiocol réalise néanmoins le véritable traitement de fond, non seulement des bronchites chroniques, mais encore de toutes les affections des voies respiratoires et même de la tuberculose pulmonaire, car il est eupeptique et stomachique, en même temps qu'antiseptique et antitoxique. De plus, il est toujours bien supporté si l'on a soin de n'utiliser qu'un thiocol chimiquement pur, préparé minutieusement et toujours identique à lui-même.

L'Architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale, par le docteur Constantin V. ECONOMO, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Vienne. Edition française, par le docteur Ludo VAN BOGAERT, agrégé à l'Université libre de Bruxelles. Grand in-8 de 184 pages avec 61 figures. — Prix : 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) *Sud méd. et chir.*, 1927, n° 2073, p. 1090.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PATENTES ET LOYERS MÉDICAUX

Par le docteur Foveau de Courmelles.

C'est petit à petit que notre corporation se meurt! on le constate parfois, quand il est bien tard et que les lois sont votées, telles, les assurances sociales, sur lesquelles M. Henri Raynaud écrit dans l'*Humanité* du 22 février 1928, un article intitulé : « La comédie électorale des assurances sociales. Osera-t-on voter une loi que les intéressés — notamment le corps médical — déclarent inacceptable? » On voit qu'une entente générale, médecins et usagers, eût pu être très utile.

Mais voici un danger plus immédiat et formidable qui nous menace. Le président de l'Association générale des médecins de France, le docteur Bellencontre, l'a signalé à la séance du Conseil général du 3 février 1928 (*Vie médicale*), et je l'ai également fait en un article sur nos « perspectives ». Nous ne trouvons plus à nous loger. Les propriétaires accablés d'impôts, ruinés même assez souvent, ne veulent plus de professionnels.

Les loyers ont été comprimés par les lois; résultat : peu de constructions de maisons; la crise augmentant sans cesse. Déjà cette année, comme pour la côtelette et le veston, le coefficient cinq, va jouer, pour les loyers de 10.000 fr. d'avant guerre, loyers alors nécessités par les nombreuses familles ou certaines spécialités, la radiologie par exemple. Ces loyers vont devenir 50.000 fr., plus les trois quarts de ce loyer, à titre de patente et d'impôts mobiliers de la Ville de Paris, soit 80 ou 85.000 fr., et cela avant de toucher un centime, sans préjudice des besoins de la famille. La *médecine sera impossible à exercer*, sauf pour les « princes de la Science » et encore!

Avec le droit commun, bien naturel cependant, ce peut être pis encore.

Tout cela tient à nos impôts écrasants. Les professions dites libérales pour lesquels agit la Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.), n'obtiennent pas tout le résultat désirable. Ainsi, après les avocats qui avaient demandé la réduction de la patente, les médecins parisiens ont tenu à la Faculté de médecine de Paris, en 1926, une grande réunion présidée par le sénateur Dudouyt; je ne sache pas qu'elle ait eu des suites quelconques...

C'est qu'en effet, il n'apparaît, en général, à nos esprits que deux solutions :

1° Recourir à l'Etat pour comprimer plus encore la marchandise-maison, afin de la raréfier, par l'absence de réparations devenues impossibles, en raison de leurs prix (d'où écroulement de certaines maisons), par l'absence de constructions;

2° Recourir à l'Etat pour construire. Ne sait-on pas le prix de revient des entreprises de l'Etat ou des villes, les « logements à *place* modérée », et non à loyers modérés, faits notamment par la ville de Paris! Encore, est-ce nous qui payons ces « bâtisses » par nos impôts si lourds et de ce fait augmentés encore.

Il faut donc autre chose, rien d'extraordinaire, rien d'inconnu : encourager les particuliers par des exonérations d'impôts (déjà quinze ans existent pour les constructions neuves, ces mesures sont insuffisantes, vu l'insécurité de nos lois et la propriété commerciale qui rend le commerçant propriétaire ou à peu près de son local. Il faut favoriser les prêts par l'Etat ou les particuliers pour les constructions à bon marché, et M. Georges Risler, président du Musée social, a montré que la loi Ribot produisait des maisons à moitié prix que celles dues aux villes ou à l'Etat. Ce n'est que par la multiplication des maisons que les loyers et impôts y afférant, diminueront.

Le député Louis Rollin, dans le *Journal*, s'est occupé souvent de la question. Le 29 février 1928, à propos du *Conseil national économique*, création nouvelle où sont représentés travailleurs intellectuels, manuels, chefs d'industrie; il montre l'urgence du danger qui est grand, qu'on va essayer de solutionner... avec des mots! Cependant, M. Rollin propose de récupérer pour l'habitation les bâtiments publics inutiles, d'encourager les œuvres privées de constructions, d'augmenter la hauteur de maints immeubles, de réparer les lotissements défectueux, de lutter contre le taudis.

Tout cela ne se peut exécuter qu'avec la liberté de lois définitives et non compressives, les initiatives privées libérées, sans écrasement toujours des mêmes personnes!

Le propriétaire — et il a cela de commun avec le médecin — est la « tête de Turc », le « corvéable à merci ».

Et nos patentes, si nous nous en occupions quelque peu! si, comme électeurs, nous demandions de plus justes lois pour nous et pour les autres.

Nos économistes... Distingués — ils le sont tous! — ont la parole. Je ne parle pas de nos parlementaires, toujours trop préoccupés de leur réélection!

Mais que les médecins s'entendent enfin, et la veille des élections législatives ne serait peut-être pas un mauvais moment pour cela! Les femmes s'agitent pour avoir le vote. Entendons-nous pour de moindres charges.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE THALASSOTHÉRAPIE (50, avenue du Président-Wilson, Paris). — Programme définitif et complet du voyage du Ve Congrès de thalassothérapie a Bucarest-Constantza (21-27 mai 1928). — *19 mai.* — Départ de Paris, gare de Lyon par le Simplon-Orient-Express à 20 h. 35 (wagons-lits).

20 mai. — Arrivée à Vallorbe à 4 h. 05, départ de Vallorbe à 5 h. 28 (h. e. c.); arrivée à Domodossola à 9 h. 22, départ à 9 h. 37; arrivée à Postumis à 22 h. 44, départ à 23 h. 05 (repas en wagon-restaurant).

21 mai. — Arrivée à Jimbolia (frontière roumaine) à 17 h. 11 (h. e. o.); réception par les délégués roumains au Congrès; départ de Jimbolia à 17 h. 41; arrivée aux bains d'Hercule à 22 h.; conduite et installation à l'hôtel (repas en wagon-restaurant).

22 mai. — Visite des bains, fête ethnique et militaire, déjeuner offert par le ministre de la santé publique; départ à 14 h. en excursion pour les Portes de fer du Danube; après la visite, dîner à Séverin offert par le Comité d'organisation; départ pour Bucarest en wagons-lits à 23 h.

23 mai. — Arrivée à Bucarest à 9 h. 05, conduite et installation à l'hôtel; séance d'ouverture du Congrès; après-midi, visite de l'exposition et hommage au Soldat inconnu roumain; à 17 h., séance de travail; le soir, banquet offert par la municipalité de Bucarest.

24 mai. — Séance de travail; après-midi, conférences et visites des institutions roumaines; le soir, festival en l'honneur des congressistes.

25 et 26 mai. — Excursion dans les Alpes de Transylvanie; visite des grandes exploitations pétrolifères en Morenie; visite de l'exploitation de sel gemme de Slanicul; visite de la ville thermale et résidence royale d'été Sinaïa; visite de la vallée de Prahova, descente à Brasov et retour à Bucarest.

27 mai. — Départ pour Constantza à 7 h. 03, arrivée à Constantza à 11 h. 30; déjeuner à Techirgiol, visite de la plage; séance du Congrès et clôture; réception à la mairie de Constantza et dîner offert par la municipalité de la ville.

Première alternative. — *28 mai.* — Départ de Constantza à 5 h. 55 pour Bucarest; arrivée à Bucarest à 11 h. 22;

départ de Bucarest par le Simplon-Orient-Express à 21 h. 40. — *29 et 30 mai.* En chemin de fer. — *31 mai.* Arrivée à Paris à 8 h. 15, gare de Lyon.

Deuxième alternative. — *27 mai.* Départ à 21 h. de Constantza par bateau à Constantinople. — *28 mai.* Arrivée à Constantinople à 9 h. du matin; conduite et installation à l'hôtel; visite de la ville. — *29 mai.* Reprise de la visite de la ville et visite de Stamboul. — *30 mai.* Excursion à Brousse. — *31 mai.* Départ de Stamboul à 13 h. 15 par l'Express-Orient pour Paris. — *1ᵉʳ et 2 juin.* En chemin de fer. — *3 juin.* Arrivée à Paris à 17 h. 15, gare de Lyon.

Troisième alternative (jusqu'au 31 mai, comme la deuxième alternative). — *31 mai.* Départ de Constantinople à 9 h. par bateau pour Le Pirée. — *1ᵉʳ juin.* Arrivée à 8 h. du matin au Pirée, conduite à Athènes et installation à l'hôtel; après-midi, visite d'Athènes. — *2 juin.* Reprise de la visite d'Athènes et après-midi excursion à Daphni et Eleusis. — *3 juin.* Excursion à Thèbes, Livadia, Chaeronea, Delphe. — *4 juin.* Séjour et visite à Delphe. — *5 juin.* Retour à Athènes par les Thermopyles. — *6 juin.* Matin libre; après-midi, excursion à Marathon. — *7 juin.* Excursion à Egine, au temple d'Athénée et à l'île de Salamine. — *8 juin.* Départ du Pirée par bateau à Venise. — *9 juin.* Sur mer. — *10 juin.* Arrivée à Venise vers midi; départ de Venise à 18 h. 19 en wagons-lits jusqu'à Iselle. — *11 juin.* Arrivée à Iselle à 7 h., départ d'Iselle à 7 h. 55; arrivée à Paris à 14 h. 52.

Quatrième alternative (jusqu'au 8 juin, comme la troisième alternative). — *8 juin.* Excursion de Kephissia (au pied du mont Pentelicon) et à Tatoi (au pied du Montparnasse), résidence d'été des souverains grecs. — *9 juin.* Départ du Pirée par bateau pour Marseille. — *10 et 11 juin.* En mer. — *12 juin.* Escale à Naples. — *13 juin.* En mer. — *14 juin.* Arrivée à Marseille; départ de Marseille à 19 h. 55 en wagons-lits pour Paris. — *15 juin.* Arrivée à Paris à 9 h. 35, gare de Lyon.

Prix. — Première alternative : 5.500 fr. par personne; deuxième alternative : 7.800 fr. par personne; troisième alternative : 10.500 fr. par personne; quatrième alternative : 9.800 fr. par personne.

Ces prix comprennent : transport en chemin de fer, 1ʳᵉ classe et wagons-lits, comme indiqué, bateau 1ʳᵉ classe, les repas pendant toute la durée du voyage, soit en wagon-restaurant, soit au restaurant, les hôtels de premier ordre, les excursions mentionnées, les entrées, les taxes et le service.

Les inscriptions sont reçues dès à présent à l'agence « Mon voyage », Société de voyages internationaux, 9, rue de la Michodière, à Paris (IIᵉ), tél. Louvre 08-90 où seront donnés tous les renseignements complémentaires.

Clôture de l'inscription : 10 avril, pour qu'on puisse retenir les cabines de paquebot.

IVᵉ RÉUNION INTERNATIONALE DE LA COMMISSION INTERNATIONALE PERMANENTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES. (Lyon, 3-6 avril 1929.) — Président du Comité d'organisation : M. le professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lyon. — Nous rappelons que les questions à l'ordre du jour de la IVᵉ Réunion de la Commission internationale permanente des maladies professionnelles sont les suivantes :

Silicose. — Trois rapporteurs. Etiologie : M. le docteur Mavrogordato (Johannesbourg); Clinique : MM. les professeurs Boehme (Bochum) et Thiele (Dresde); Législation : M. le professeur Collis (Cardiff).

Pneumonoconioses. — Un rapporteur. M. le professeur M. Sternberg (Vienne).

Cataracte d'origine professionnelle. — Etiologie (un rapporteur) ; Clinique : M. le professeur Rollet (Lyon).

Appareil endocrinien et intoxications. — Trois rapporteurs : MM. les professeurs G. Biondi (Sienne), L. Ferrannini (Cagliari et Pende (Gênes).

La cotisation est de 50 fr. français (France, Italie, Belgique, Luxembourg, République tchécoslovaque, Royaume des S. C. S., Espagne) et de 20 fr. or (Allemagne, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Pays-Bas, Suisse, Japon, Australie, Canada, Afrique du Sud, Norvège, Suède, Danemark, Argentine, Brésil, etc.). Elle donne droit à la participation complète au Congrès (compte rendu, autres facilités).

La Réunion étant d'après les statuts réservée aux personnes, associations, etc., qui seront présentées en temps utile par les membres titulaires du pays auquel elles appartiennent, tous ceux qui désirent y adhérer peuvent s'adresser à M. le professeur Etienne Martin ou au bureau de la Commission, San Barnaba, 8, Milan (114), Italie.

La présidence de la Commission internationale des maladies professionnelles (fondée à Milan en 1906) est convaincue que la Réunion des maladies professionnelles et des accidents dans un seul Comité international ainsi que dans un système de congrès internationaux représente une grave erreur, car cette Réunion préjuge du mouvement scientifique, du développement, de l'enseignement, de la préparation des médecins spécialistes, du progrès de la législation (qui est encore en retard dans certains pays) dans le grand domaine des maladies professionnelles.

Les vœux mêmes qu'un pareil Comité mixte pourrait formuler perdraient de leur portée pratique.

Les accidents du travail, de par leurs caractéristiques, se sont désormais imposés à l'attention des gouvernements, de l'opinion publique, et aujourd'hui ils constituent un ensemble scientifique, clinique, didactique et légal qui, dans la plupart des pays, est défini ou prêt à être défini.

Par contre, en ce qui concerne les maladies professionsionnelles, les problèmes visant les recherches, l'enseignement, la législation, sont toujours ouverts et sujets à discussion, surtout dans les assises internationales.

C'est pourquoi les experts en maladies professionnelles marquent encore une fois l'opportunité d'une position parfaitement libre et nette qui, avec leur Commission internationale, avec leurs réunions périodiques, puisse faire reconnaître et entendre partout la pensée de ses spécialistes.

Cela leur paraît le meilleur moyen pour arriver à une protection hygiénique plus active et plus moderne, protection qui sera garantie et rendue de plus en plus parfaite par le progrès de la science et de la pratique, par le développement de l'inspection, des assurances sociales ainsi que par l'enseignement.

Pour toutes ces considérations, la présidence de la Commission internationale des maladies professionnelles, convaincue qu'une collaboration dans de grands comités ainsi que dans des congrès internationaux mixtes n'est avantageuse pour personne (tandis qu'elle pourrait être opportune dans des réunions à caractère national ou régional) ne peut pas participer officiellement au Congrès de Budapest et invite ses membres à sa IVᵉ Réunion qui aura lieu à Lyon du 3 au 6 avril 1929.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'appareillage des luxations et des fractures des membres (1), par Ch. Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Ce précis intéresse les praticiens aussi bien que les chirurgiens.

Les premiers y trouveront la description des appareils d'immobilisation provisoire et des appareils définitifs, plâtrés ou autres, qui peuvent être posés partout.

---

(1) In-8 de 320 pages avec 226 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les seconds trouveront la description de la pose des derniers appareils préconisés sans avoir à se livrer à des recherches dans les communications aux Sociétés savantes.

Les chapitres de ce précis ont été envisagés de la façon suivante.

Les lésions traumatiques des articulations ont été étudiées ensemble pour chaque article : luxations, fractures, non seulement relèvent souvent de la même étiologie, mais surtout peuvent se superposer nécessitant un traitement spécial.

Les lésions diaphysaires sont naturellement passées en revue pour chaque segment de membre.

Chaque chapitre comprend :

Un rappel anatomo-clinique rapide qui permet de revoir tout ce qui, au point de vue pratique, est indispensable pour le traitement de la fracture : symptomatologie résumée avec indication des points de repère — anatomie pathologique basée sur la radiographie — déplacements des fragments — complications immédiates possibles.

L'appareillage est évidemment la partie la plus développée.

L'auteur n'a pas cherché à décrire tous les appareils utilisés. Il a fait un choix qui permet à tout praticien de traiter une fracture dans les meilleures conditions compatibles avec les moyens dont il dispose : l'appareillage provisoire étant envisagé comme l'appareillage définitif.

Les appareils décrits, en plus des appareils plâtrés classiques, sont ceux réglementaires dans l'armée, ceux qu'il est possible de se procurer dans le commerce, ou même de faire faire de toutes pièces par un ouvrier en fer ou un menuisier.

La pose des appareils est décrite temps par temps, d'une façon minutieuse et précise.

Les soins consécutifs indispensables au bon résultat fonctionnel, les complications qui peuvent venir troubler l'évolution sont rappelés à chaque chapitre.

Quant à l'ostéosynthèse, l'auteur se contente d'en donner les indications, laissant aux traités spéciaux la description des techniques opératoires.

En plus de calques radiographiques des différents types de fractures ou luxations, tous les appareils décrits sont représentés, isolés et posés : 226 figures complètent ainsi le texte.

L. G.

L'Année obstétricale. Travaux de 1925 et questions obstétricales d'actualité (1), par H. Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris et B. Jean, ancien interne de la Maison départementale de la Seine, avec la collaboration de V. Robin, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

Cet ouvrage est une bibliographie systématique des travaux obstétricaux parus en 1925, bibliographie pouvant être utile au spécialiste par l'ampleur des documents fournis et au praticien par la mise au point de renseignements utiles à l'obstétrique journalière. C'est en quelque sorte un annuaire obstétrical, il est présenté sous la même forme que celui publié l'an dernier par MM. Vignes et Dauphin et relatant les travaux de 1942. Un certain nombre de questions présentant un caractère d'actualité, comme l'an dernier M. Vignes en a donné une synthèse.

Quelques chapitres d'obstétrique vétérinaire, rédigé par le professeur Robin, d'Alfort, terminent le volume; ils apportent tous les travaux en ce qui concerne la physiologie et la pathologie obstétricale comparée.

L. G.

Gr. in-8 de de 248 p Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

Les contusions de l'abdomen s'accompagnent avec une extrême fréquence de *lésions viscérales.* Ce sont ces lésions qu'il faut diagnostiquer précocement car une *intervention d'urgence* peut seule parer aux *hémorragies* ou aux *péritonites* qu'entraînent la rupture ou la perforation des viscères abdominaux. C'est un diagnostic souvent difficile, mais les cas douteux sont justiciables de l'intervention exploratrice.

ÉTUDE CLINIQUE

Il s'agit d'un blessé amené d'urgence à l'hôpital après un traumatisme abdominal.

1. **Période initiale.** — Le blessé est presque toujours à ce moment dans un état de *shock grave.*

Signes fonctionnels. — Douleur abdominale diffuse et vive.
Etat nauséeux ou vomissements.

Signes généraux. — Facies anxieux et pâle.
Respiration courte et superficielle.
Voix cassée.
Pouls rapide et mal frappé.
Les cas où ce tableau de shock est moins alarmant sont fréquents, ceux où il manque complètement sont rares.
L'*interrogatoire* du blessé ou de son entourage va préciser :
L'intensité du traumatisme.
Sa nature. Choc libre ou appuyé (ces derniers sont plus graves).
Son siège et sa direction par rapport à la paroi (direct ou oblique).
Il peut être utile de préciser également l'heure du dernier repas et de la dernière miction.

Signes physiques. — Peu démonstratifs à cette période.
On note : La trace possible de la contusion.
Une contracture et une douleur généralisées à tout l'abdomen qui, *à ce moment*, sont sans valeur.
On sondera le blessé.
Le diagnostic de lésion viscérale est donc impossible dans les tout premiers instants. La violence du traumatisme, l'intensité du shock, la gravité des signes locaux ne sont pas en rapport constant avec l'existence de ces lésions.

Conduite a tenir. — a. *Combattre le shock.* — Sérum, huile camphrée.
Réchauffer le blessé.
Pas de morphine.
b. *Surveiller le blessé* de demi-heure en demi-heure.
La laparotomie systématique immédiate est formellement à rejeter.

2. **Période d'état.** — C'est en effet dans les *heures suivantes* que l'on fera le diagnostic d'intervention.

A. Le shock a disparu. Contusion pariétale.

Signes généraux. — Facies recoloré.
Pouls régulier bien frappé.

Signes fonctionnels. — Douleur localisée superficielle.
Le malade a émis des gaz (très important).
Urines abondantes.

Signes physiques. — Une douleur et une défense bien localisées au point contus. Parfois rupture musculaire et hématome pariétal.
Tous ces signes rendent probable une simple contusion pariétale. Le blessé *cependant doit être surveillé encore les jours suivants* car on a encore à craindre :
Les hémorragies secondaires.
Les péritonites tardives par chute d'une escarre intestinale.

B. Dans les autres cas le shock persiste ou s'est aggravé. — Il faut rechercher alors le syndrome d'hémorragie interne ou le syndrome de perforation.

1. **Syndrome d'hémorragie interne.**

Signes généraux. — Sont dominants. Le shock s'aggrave malgré le traitement.
Pâleur de la face.
Refroidissement des extrémités.
Décoloration des muqueuses.
Respiration rapide.
Soif vive.
Pouls de plus en plus rapide et faible.
Tension artérielle tombe en même temps que le pouls.

La chute du pouls et de la tension artérielle est l'élément capital et impose l'intervention.

Signes fonctionnels. — Très peu.

Signes physiques. — Très peu. Parfois défense musculaire et douleur localisées.
Rarement matité déclive de l'épanchement sanguin.

Évolution. — En présence de ce tableau il faut intervenir immédiatement, non sans avoir fait une injection intraveineuse de sérum ou mieux une *transfusion.* Si on n'intervient pas, mort rapide par anémie aiguë.

2. **Syndrome de perforation.**

Signes généraux. — Moins graves souvent que dans l'hémorragie. Shock :
Soit aggravé ;
Soit incomplètement disparu.
Parfois il semble à peu près dissipé.

Signes fonctionnels. — *Douleur* vive, d'abord bien localisée, puis tend à diffuser, exagérée par le moindre contact.
Pas de matières ni de gaz depuis l'accident.
Vomissements inconstants.
Exceptionnellement vomissement sanglant ou selle sanglante.

Signes physiques. — Ils sont au premier plan et permettent le diagnostic.
Inspection : *Ventre immobile* à la respiration. Toux impossible.
Palpation : Contracture de la paroi, signe capital.
Elle est généralisée.
Elle est souvent très intense, ventre de bois.
Il faut la rechercher avec soin et méthode, c'est le signe majeur, c'est elle qui commande l'intervention.
Percussion. Disparition de la matité hépatique. Peu de valeur. Manque souvent.

Évolution. — a. *Si on intervient* le pronostic dépend de la précocité de l'intervention et de la nature des lésions viscérales.
b. *Si on n'intervient pas* la mort est fatale.

Signes généraux. — Facies péritonéal.
Température basse.
Pouls filiforme incomptable.

Signes fonctionnels. — Douleur diffuse.
Vomissements bilieux, puis hoquet.

Signes physiques. — Ballonnement du ventre.
Matité déclive.
Mort dans le collapsus en quelques jours.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ravaut, Milian, Laffitte, Hudelo, Teimer, Lesage, Carnot, Grenet, Darré, Renaud, Desmarest.

— Concours de nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — Sont nommés : MM. Charrier et Sénèque.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (à l'Asile de Vaucluse et à l'Asile de Ville-Evrard) sera ouvert le jeudi 31 mai 1928, à 2 h. précises, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, service de l'Assistance départementale, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à midi et de 14 à 17 h.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 1er mai au mardi 15 mai 1928 inclus.

GROUPEMENT DES MÉDECINS PROPRIÉTAIRES D'IMMEUBLES. — Des médecins propriétaires d'immeubles à Paris, réunis à la Faculté de médecine, le 27 mars, sous la présidence du professeur honoraire Hayem, ont décidé de se grouper dans le but de se prêter un mutuel appui dans la défense du droit de propriété et d'agir auprès de leurs confrères pour les guider dans le choix de leur appartement, pour les éclairer sur les charges qui pèsent sur la propriété et sur la nécessité de porter les loyers à un taux raisonnable par entente directe.

Envoyer son adhésion au secrétaire, docteur Claret 135, avenue Malakoff (XVIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique obstétricale Baudelocque. (Professeur : M. A. Couvelaire.) — *Cours élémentaire de pratique obstétricale.* — Cours élémentaire d'une durée de deux semaines, du lundi 2 avril au samedi 14 avril, sous la direction de MM. Ravina et Séguy, chefs de clinique, avec la collaboration de MM. Powilewicz et Lacomme, anciens chefs de clinique; Sureau, chef de clinique; Digonnet, aide de clinique à la Maternité; Mlle Bach, interne des hôpitaux.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la Clinique. — Droit d'inscription : 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 4 à 6 h.

Chaire d'hygiène et médecine préventive. (Professeur : M. N...) — M. Robert Debré, agrégé, continuera le cours tous les lundis et vendredis, à 17 h., au petit amphithéâtre.

Sujet du cours : « Eléments de médecine préventive, de prophylaxie des maladies infectieuses et d'hygiène sociale. »

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. le docteur Henri Bonnet et auront lieu au laboratoire d'hygiène les mardis et jeudis, à 17 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Clinique d'oto-rhino-laryngologie du professeur Portmann. — Le cours annuel d'anatomie pathologique oto-rhino-laryngologique aura lieu du 7 au 19 mai 1928, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur : l'histologie des organes de la spécialité, les différents processus inflammatoires et néoplasiques en général, et sur les affections oto-rhino-laryngologiques.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examen de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, place de la Victoire, Bordeaux. — Droit d'inscription : 150 fr.

École française de stomatologie. — Dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3. Des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontosie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

Albert PITRES

(1848-1928)

La Faculté de médecine de Bordeaux est singulièrement éprouvée ces jours-ci. Elle n'a pas fini de pleurer le professeur Arnozan, qu'un nouveau deuil la frappe. Le professeur Albert Pitres vient de succomber. Nous connaissions bien à Paris ce maître affable et courtois, n'ayant pour tous, y compris ses contradicteurs, que des paroles aimables; nous l'avions vu souvent jadis à la Salpêtrière, où il ne manquait pas, lors de chacune de ses visites à la capitale, de venir saluer son ancien camarade Raymond. Avec le même plaisir, nous l'avions retrouvé aux Réunions neurologiques de la guerre. A le voir si jeune, si allant, si hanté d'avenir, nous avions peine à croire que ce grand et beau vieillard aux traits réguliers, à la barbe en collier, soigneusement taillée, aux yeux pétillant d'une bonté malicieuse, pourrait un jour nous quitter...

En songeant à lui, comment ne pas évoquer les vers du poète? Comment ne pas se répéter :

> Il est beau de mourir, quand on laisse une vie
> Pleine d'illustres jours et de regrets suivie?

Peu d'existences ont, en effet, été mieux remplies. Il avait eu la bonne fortune d'être l'élève de Charcot, et ce passage chez le plus grand neurologiste du XIXe siècle avait fixé sa destinée. N'avait-il pas été son interne, n'avait-il pas eu l'honneur, si envié, d'étudier avec lui la théorie, alors à ses débuts, des localisations cérébrales? A la Faculté de Bordeaux que l'on venait de créer (1878), il ne fit donc qu'un court passage à la pathologie générale, et, dès 1881, il était nommé professeur de clinique médicale, qu'il occupa, avec éclat jusqu'à sa retraite. C'est là que, pendant de longues années, il enseigna les affections nerveuses aux élèves venus en foule assister à ses leçons. Professeur consciencieux, préparant, dans les moindres détails, chacune de ses leçons, orateur disert, polémiste de race, il avait, de bonne heure, acquis une réputation mondiale. Que de Parisiens, de Lyonnais, de Montpelliérains, que de savants étrangers, sont venus assister à ses cours! Combien, de 1914 à 1918, sont venus rafraîchir, à son contact, leurs connaissances neurologiques, un peu oubliées, ou restées, par suite des circonstances, assez rudimentaires?

Il avait beaucoup publié. On connaît ses *Leçons cliniques sur l'hystérie* (avec Régis), sur les *Obsessions et les impulsions*, son classique mémoire (avec Vaillard) sur les *Névrites périphériques*, ses recherches sur les *Aphasies amnésiques?* Qui n'a pas un soir feuilleté le magnifique atlas où, avec l'aide du professeur Testut, alors son collaborateur, il avait mis les *Nerfs en schéma* (Doin)?

A ce modeste, les honneurs n'avaient pas manqué. Professeur de clinique en 1881, doyen en 1885, il avait été nommé, pendant la guerre, directeur du Centre neuro-psychiatrique du Sud-Ouest. Membre de la plupart des Sociétés savantes, associé national de l'Académie de médecine, depuis 1898, il était commandeur de la Légion d'honneur. Tous ceux qui ont un nom à Bordeaux s'honoraient d'avoir été ses élèves; tous lui montraient, en toute circonstance, une tendre et reconnaissante affection.

Comment ne pas s'incliner, à notre tour, devant la tombe de ce maître dont l'existence fut riche en bonnes et belles œuvres, devant ce chef d'Ecole, devant cet homme de bien? Comment ne pas redire, avec Sully-Prud'homme, que mourir ainsi, chargé de gloire et d'années,

> C'est peut-être expirer, mais ce n'est pas finir!

L. BABONNEIX.

REVUE DES THÈSES

Les facteurs de dyspnée dans les scléroses pulmonaires et l'emphysème. Etude critique des méthodes d'exploration fonctionnelle du poumon (1), par le docteur Jean Célice.

La dyspnée des scléroses pulmonaires a des causes multiples dont les combinaisons engendrent pour chaque sujet des effets variant avec l'état de son poumon, de son diaphragme, de sa cage thoracique, de son appareil cardio-vasculaire.

L'auteur a employé en plus des procédés cliniques courant, les divers examens radiologiques, la spirométrie, ainsi que les épreuves de laboratoire qui peuvent préciser la notion de terrain.

Il étudie successivement les rigidités thoraciques d'origine squelettique, les déficiences de l'élasticité pulmonaire, les rigidités thoraciques par sclérose pulmonaire, les déficiences diaphragmatiques ainsi que les éléments extrapulmonaires du problème.

Il sépare ainsi les moyens de défense des tares définitives (dystrophie du tissu élastique, défaillance diaphragmatique ou cardiaque, augmentation de l'uricémie, tendance à l'acidose) et distingue ainsi l'hypertrophie pulmonaire, élément d'adaptation d'un heureux pronostic, de l'emphysème qui n'est jamais qu'une tare de plus et un élément d'aggravation. Trente-sept observations et une abondante bibliographie de 1914 à la date de publication accompagnent cette intéressante étude.

R. LEVENT.

(1) *Th. de Paris*, 1927. — J.-B. Baillière et fils.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A céder bail 5 gr. p., avec app. orth. Raspail Croix-Rouge. — Docteur Julia, 24, boul. Raspail, VIIe.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES FORMES ACTUELLES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par M. JEAN GIRARD,
Interne des hôpitaux de Nancy.

Il y a déjà longtemps que l'on connaît la variabilité du tableau clinique de l'encéphalite épidémique. Tous les auteurs (et ils sont légion), qui se sont occupés de la « mysterious disease » y ont insisté. Lhermitte la nomme une maladie déconcertante par la variabilité et la richesse de son expression clinique capable de se parer des masques les plus divers, et Achard insiste sur ce que, chez un même malade, observé à différentes phases de sa maladie, on serait tenté de croire à plusieurs maladies successives.

Pourtant, malgré ces réserves, il existe de l'encéphalite une description que l'on pourrait appeler classique, celle de la forme méso-céphalique, qui lors des premières épidémies était la plus fréquente. Les signes cardinaux de ce syndrome étaient au nombre de trois : les paralysies oculaires, manifestées subjectivement par du ptosis et de la diplopie; la narcolepsie, plus ou moins marquée, allant de la somnolence ambulatoire à la perte complète de la connaissance; enfin un état infectieux à sémiologie banale : céphalalgie, courbature, fatigue générale, fièvre modérée. La ponction lombaire donne un liquide clair, hyperglycorachique, hyperalbumineux avec pléiocytose, sans parallélisme entre ces deux derniers caractères. Lorsque cette forme guérit, elle évolue le plus souvent vers le parkinsonnisme. A ces critères clinique et biologique s'ajoutait l'anatomique : lésions du mésocéphale, caractérisées microscopiquement par des infiltrations périvasculaires avec thrombose veineuse, des nodules infectieux dans les formations grises et un processus de neuronophagie.

Mais il semble que ce type schématique primitif est devenu rare, supplanté qu'il est par les formes anormales, qui, signalées au début comme exceptionnelles ou non rattachées à leur cause doivent être actuellement considérées comme fréquentes. On n'admet plus une localisation mésocéphalique exclusive et le virus encéphalitique a montré qu'il frappait la moelle, les racines et les nerfs, même les muscles. Il en résulte l'éclosion de formes atypiques nombreuses et d'un classement difficile, dont la place est encore discutée et qui peuvent emprunter l'aspect de toutes les maladies nerveuses. Nous allons essayer de passer en revue quelques-unes de ces formes, au moins les plus fréquentes et l'on verra que la nature encéphalitique d'un processus nerveux quelconque pourra toujours être discutée et souvent admise. Le virus encéphalitique pouvant frapper l'ensemble du système nerveux, on peut distinguer suivant la localisation prédominante des formes méningées, des formes basses, dont le substratum anatomique est encore discuté, et des formes sympathico-endocriniennes.

Formes méningées. — Les réactions méningées sont constantes au cours de l'encéphalite. Von Economo, dans sa description initiale avait observé une lymphocytose assez notable avec hyperalbuminose. Les premiers observateurs français avaient pourtant considéré l'absence de modification du liquide céphalo-rachidien comme une notion séméiologique importante, mais dès 1920, les travaux de Sicard, Achard, Netter, etc., mettaient en évidence une réaction méningée constante dont nous ne rappellerons pas les caractères bien connus. Au point de vue clinique dès 1917, Cruchet avait observé huit formes, dont une mortelle, à symptomatologie méningée en général assez fruste. Dans sept de ces cas, il y avait hyperalbuminose de 0g50 à 1 gramme avec réaction lymphocytaire et même polynucléaire. On signale ensuite de différents côtés des méningites tuberculeuses curables, avec mouvements choréo-athétosiques, que Bériel et Devic font rentrer dans le cadre qui nous intéresse actuellement. Ces auteurs distinguent deux tableaux cliniques : l'un est celui d'un aspect méningé franc, pseudo-tuberculeux, avec signe de Kernig, raideur de la nuque, céphalée, constipation et vomissements, état fébrile. Souvent coexiste un syndrome excito-moteur, myoclonies ou mouvements choréo-athétosiques, plus ou moins net. Le liquide céphalo-rachidien est clair, avec hyperalbuminose et lymphocytose modérée.

L'autre tableau est celui de la méningite traînante, pseudo-syphilitique : le syndrome méningé est vague et fugace, le trépied en est plus ou moins amputé. Mais comme dans la méningite syphilitique on observera des algies à type radiculaire, des douleurs rachidiennes, des paralysies des nerfs de la base et notamment des nerfs oculaires. Enfin des troubles psychiques plus ou moins accusés, du délire onirique intermittent signalé par Bériel ou de l'insomnie. Cette dernière forme est sujette à des alternatives de guérison et de rechute.

On conçoit que le diagnostic est difficile et que la confusion avec les méningites tuberculeuses ou syphilitiques soit la règle. Pour éliminer la méningite bacillaire, il n'y a que le critérium bactériologique, la recherche du bacille de Koch dans le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien après enrichissement (Ribierre et Renaut). L'analyse chimique n'apporte aucune indication sauf quand elle porte sur le dosage du glucose, dont, schématiquement, la quantité est accrue en cas d'encéphalite, diminuée en cas de méningite tuberculeuse. Cliniquement, on soupçonne l'encéphalite devant une méningite un peu anormale, sans antécédents tuberculeux, dont l'aspect comateux avec l'état général bon se rapproche plus de la léthargie que du coma paralytique. On s'efforcera de dépister des secousses myocloniques, du trismus, on se souviendra que l'encéphalite s'accompagne souvent de gonflement parotidien. On cherchera si les troubles oculaires sont dus à une paralysie limitée d'un tronc nerveux, signe de méningite, ou à une paralysie associée de fonction, signe d'encéphalite; si l'état paralytique des globes est une paralysie vraie ou une fatigue asthénique. Enfin le délire tranquille à type onirique, sans carphologie, est une présomption

d'encéphalite. Ce sont toutes ces différences et plus encore l'évolution qui ont permis de rattacher à l'encéphalite ces formes méningées. En effet, malgré l'intensité du tableau clinique, la guérison survient assez rapidement et elle peut être suivie du développement ultérieur d'un syndrome parkinsonien.

Le diagnostic d'encéphalite et de méningite syphilitique est encore plus délicat. Presque seuls, les résultats du traitement d'épreuve et les réactions humorales permettent la différentiation. Les travaux récents ont montré qu'on ne peut trouver dans le signe d'Argyll-Robertson un critère car l'on observe dans les encéphalites les plus authentiques. Cette forme pseudo-syphilitique peut précéder ou succéder à une encéphalite à symptomatologie classique et évoluer, elle aussi, vers le parkinsonnisme.

Signalons enfin des hémorragies méningés anormales, dont l'évolution ultérieure vers un syndrome parkinsonien fait soupçonner à Léchelle et Alajouanine, l'origine encéphalitique.

Formes basses. — Sous ce titre vague, nous faisons rentrer des types dont la description est encore variable selon les auteurs et dont la localisation anatomique est encore discutée. Nous signalerons, simplement, les syndromes les plus connus.

Syndrome myoclonique. — On considère actuellement que cette forme est, après le cas de Albrecht de Hildesheim et l'épidémie de Tubinge, une des formes d'encéphalite épidémique dont l'histoire nous ait conservé le souvenir. En 1846, Dubini observe en Italie une maladie qu'il rattache aux chorées et caractérisée par des secousses musculaires rythmées rappelant des secousses électriques, d'où le nom sous lequel ce syndrome nous est parvenu. En 1920, Sicard et Kuldeski pouvaient signaler une nouvelle forme d'encéphalite et l'assimiler à la chorée électrique de Dubini. La caractéristique clinique en était une secousse musculaire, involontaire, à début brusque, ne déplaçant pas le membre. Cette secousse est tantôt rapide, explosive, tantôt lente, évoluant sous forme d'accès. Elle peut se localiser à un segment de membre, à un muscle ou même un faisceau musculaire, ou au contraire se généraliser en gardant une prédominance unilatérale. La localisation diaphragmatique isolée est intéressante à connaître car elle donne l'explication du hoquet épidémique si longtemps mystérieux.

Cette forme peut être pure et c'est assez fréquent. Elle peut aussi se combiner à l'encéphalite à prédominance mésocéphalique et réaliser diverses combinaisons variables à l'infini. Plus intéressantes pour le cadre qui nous occupe sont celles où les myoclonies s'unissent à des douleurs marquées réalisant la forme algo-myoclonique.

Le type myoclonique peut aboutir à la mort par troubles bulbaires. Habituellement il guérit après un temps prolongé. Il peut présenter des rechutes de même forme que l'atteinte primitive ou dues à une autre localisation du virus. Enfin, les myoclonies peuvent passer à la chronicité.

Syndrome algo-myoclonique. — On peut rattacher dans l'histoire de cette forme la paraplégie d'Azanon (1872) et les paraplégies douloureuses de Dumolard (1884) qui étaient peut-être dues à la maladie de Heine-Medin. Elle fut de nouveau signalée et rattachée à sa cause en 1920 par Sicard et par Roger et étudiée depuis par de nombreux neurologistes, notamment ceux de l'école lyonnaise. Après une période prodromique de malaise général vague apparaissent des douleurs excessivement violentes, profondes, intenses, comparées à des tiraillements, des broiements, des pincements. Le début est brusque, l'évolution fulgurante. Le siège en est variable, le plus souvent au niveau de la nuque ou d'un bras avec diffusion rapide vers le côté opposé ou les membres inférieurs. Ces douleurs évoluent par crises à paroxysmes variables, quelquefois remarquablement fixes. Dans l'intervalle, il n'y a aucun trouble et la sensibilité objective est toujours respectée. Signalons encore que ces troubles subjectifs intenses sont rebelles à toute thérapeutique et que seul le mouvement en atténue parfois le caractère. Le diagnostic est des plus difficiles à cette période, mais il est fixé lorsqu'on voit apparaître des myoclonies qui présentent la même topographie que les algies. Les signes généraux sont variables, le plus souvent très atténués. L'insomnie est de règle. Le pronostic de cette forme est assez grave. Elle évolue vers l'encéphalite typique ou frappant le diaphragme amène la mort par troubles bulbaires. Lorsqu'elle guérit, la persistance de phénomènes douloureux est de règle (Rollet). On a signalé fréquemment aussi du prurit (Lhermitte) ou de véritables atrophies radiculaires.

Syndrome algique pur. — Il est beaucoup plus rare. Sicard a signalé chez des sujets adultes des douleurs cervico-brachiales fulgurantes avec trouble objectif léger de la sensibilité digitale, exacerbées par le repos interdisant tout sommeil et impossibles à soulager. Van Boeckel a rapporté une épidémie bruxelloise analogue. Le pronostic en est sombre, l'évolution se faisant généralement vers une encéphalite assez grave.

On avait d'abord émis l'hypothèse que ces formes relevaient d'une atteinte du néostriatum (Economo, Sainton). Netter attribuait les douleurs à une irritation des cordons sensitifs du faisceau pédonculaire. Mais Bériel pense qu'il s'agit d'une atteinte médullaire. Il a trouvé, en effet, une infiltration lymphocytaire diffuse de la moelle et des ganglions rachidiens, avec périvascularite intense et participation de la pie-mère au processus inflammatoire. Cliniquement, l'atteinte médullaire serait prouvée par les formes localisées à un territoire métamérique, ou ascendantes. Enfin, la pathologie comparée montre que le chien présente des secousses myocloniques qui persistent dans les muscles innervés par un segment médullaire isolé entre deux sections (Chauveau). La forme myoclonique pure serait due à une surexcitabilité morbide des cellules radiculaires antérieures et la forme algo-myoclonique à une irritation du système radiculo-médullaire. Enfin, la racine postérieure et le ganglion rachidien seraient seuls touchés dans la forme algique pure.

Le diagnostic est en général facile. La secousse

myoclonique ne risque guère d'être méconnue. On cherchera à dépister d'autres localisations et on sera souvent guidé par la notion d'épidémicité.

L'hyperglycorachie rachidienne garde toute sa valeur. Bénard a attiré l'attention sur un nouveau renseignement fourni par le liquide céphalo-rachidien. L'encéphalite produirait une hyperlymphocytose avec albuminose normale ou même inférieure à celle-ci. Il s'agirait d'un phénomène inverse de celui décrit par Sicard dans le mal de Pott, d'une dissociation cyto-albuminurique.

Formes motrices. — A côté de ces groupes méningés, sensitifs et myocloniques, existent des formes motrices à type de paralysies flasques, à évolution subfébrile rentrant dans le cadre des encéphalites dites périphériques, dont la localisation anatomique, comme nous le verrons tout à l'heure, est encore sujette à discussion.

Ces cas atypiques d'encéphalites sont connus depuis fort longtemps mais n'ont été ramenés à leur véritable cause que depuis peu, grâce à l'augmentation non douteuse de leur fréquence. Dès 1916, Guillain, Barré et Strohl signalaient des syndromes atypiques de radiculo-névrites avec réaction du liquide céphalo-rachidien. En 1917, Cruchet, Moutier et Calmette décrivaient quarante cas d'encéphalo-myélite subaiguë dont certains rappelaient la poliomyélite antérieure, d'autres une polynévrite toxi-infectieuse. A la même époque, Hall, Gordon Holmes étudiaient des cas semblables sur le front anglais. Depuis, Bériel et Devic, Cruchet et Verger, Puech et Reverdy, Nonne et Strumpell ont fait entrer ces formes motrices dans le cadre de l'encéphalite épidémique. Nous verrons pourquoi tout à l'heure.

Le tableau clinique est actuellement bien connu. Le début est toujours brusque, par une fièvre modérée de 38° à 38°5, de la somnolence, des frissons, quelquefois de la diplopie. Ce tableau peut s'accompagner de signes méningés, rarement assez intenses pour causer une erreur de diagnostic. Habituellement, il y a des douleurs sourdes, pesantes, apparaissant ou s'exagérant par les mouvements et par la pression des masses musculaires. On peut voir survenir des localisations infectieuses : angine, herpès, conjonctivite, pseudo-fièvre typhoïde. Cruchet, Bériel ont signalé des troubles mentaux, du délire, de la confusion mentale et même un cas de vision lilliputienne. Ces phénomènes aigus disparaissent en quelques jours et les paralysies s'installent de façon progressive, plus rarement avec brutalité. Il y a une diminution graduelle des forces au niveau des membres touchés et finalement une impotence fonctionnelle complète. Très souvent ce sont les deux membres inférieurs qui sont touchés. Le tableau est celui d'une paraplégie flasque, prédominante aux racines, avec abolition des réflexes tendineux et conservation des réflexes cutanés. Mais, à côté de ce type, on a décrit toutes les localisations possibles : quadriplégie flasque, quadriplégie avec paralysie faciale périphérique, quadriplégie par syndrome de Landry, paralysie des muscles abdominaux, paralysie du glosso-pharyngien. Donc, le plus souvent, l'atteinte motrice est diffuse. Rarement un seul groupe musculaire est touché, comme ce cas de Bériel et Devic qui observent une paralysie radiale avec intégrité du long supinateur et abolition du réflexe achilléen gauche.

Les sphincters sont rarement troublés, certains auteurs admettent même qu'ils ne le sont jamais. Sicard a pourtant signalé un cas de paraplégie flasque avec rétention urinaire. Il y a toujours des troubles de la sensibilité traduits subjectivement par des douleurs spontanées habituellement diffuses et sourdes, parfois assez intenses pour nécessiter l'emploi de la morphine. L'école lyonnaise a décrit des douleurs provoquées par la pression ou l'élongation des troncs nerveux et par la palpation des masses musculaires. Il y a toujours des paresthésies ou de l'hypoesthésie prédominante aux extrémités. A l'examen électrique les muscles touchés présentent une diminution de l'excitabilité faradique et galvanique et quelquefois une réaction de dégénérescence.

Exceptionnellement le malade présente des troubles trophiques ou sympathiques : chute des ongles, acrocyanose, etc. La ponction lombaire ramène un liquide clair. Souvent absolument normal il présente quelquefois la dissociation cyto-albuminurique et de l'hyperglycorachie, dont l'existence est d'ailleurs encore contestée.

Ces paralysies flasques sont rarement mortelles. La guérison est de règle. En les examinant d'ailleurs on est frappé du peu de profondeur du processus contrastant avec son extrême diffusion. Il s'agit plus de parésie que de paralysie véritable. Dans un laps de temps de un à six mois les troubles moteurs régressent progressivement et la restitution de la motilité et de la force musculaire est en général complète. Pourtant Bériel et Devic ont vu persister une paralysie des muscles de la ceinture pelvienne. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Bériel et Devic disent n'en avoir jamais observée de localisée à un groupe musculaire et s'il en existait une dans un cas de quadriplégie elle était diffuse sans trouble des réactions électriques. Pourtant Cruchet et Verger ont décrit des atrophies limitées à un ou plusieurs groupes musculaires, assez intenses même dans un cas pour rendre le malade cul-de-jatte. Euzière et Pagès qui ont étudié les amyotrophies de la névraxite épidémique les décrivent comme prédominantes au niveau des muscles distaux avec impotence fonctionnelle peu accusée, le plus souvent elles ont le type polynévritique. On a signalé d'autres séquelles plus rare que l'atrophie mais qui sont d'un grand intérêt pathogénique. Bériel et Devic, chez un homme de quarante et un ans, ont signalé, à la suite d'un syndrome polynévritique diffus, un syndrome parkinsonnien fruste : tremblement d'une main, augmentation des réflexes de posture, lourdeur rapide dans l'écriture.

Le pronostic est pour ces raisons, toujours réservé, d'autant plus que certains auteurs ont décrit des polynévrites suivies de syndrome de Landry avec paralysie du diaphragme, signes bulbaires et mort. (Epidémie de Lille.)

Ces formes motrices flasques sont d'un diagnostic extrêmement difficile. Le tableau s'apparente de très

près, soit aux polynévrites, soit à la maladie de Heine-Medin.

On ne retient pas le diagnostic primitif de polynévrite si l'on remarque la localisation de la paralysie aux racines (car jamais l'encéphalite ne produit de steppage), les troubles sphinctériens, les modifications du liquide céphalo-rachidien, l'atteinte des nerfs craniens, tout un ensemble clinique que l'on n'observe jamais dans les polynévrites. Puis on recherche les causes les plus fréquentes de polynévrites. S'il y a eu angine on élimine les paralysies diphtériques en se souvenant qu'elles frappent le voile du palais et les muscles de l'accommodation. Les polynévrites alcooliques sont très douloureuses et ne s'accompagnent pas de troubles sphinctériens. Le pseudo-tabes diabétique n'est qu'une complication d'une maladie diagnostiquée. Les polynévrites infectieuses frappent avec prédilection la périphérie des membres.

Avec la poliomyélite antérieure le diagnostic différentiel est encore plus difficile, impossible pour certains auteurs. (Tebbut). Pourtant le mode de début serait plus brutal dans la poliomyélite, le syndrome infectieux plus marqué; les paralysies y seraient d'emblée maxima, l'atteinte serait plus profonde, plus brutale et plus complète, l'encéphalite produisant plus une parésie qu'une paralysie. Enfin, en dehors des signes fournis par la ponction lombaire, et que je ne rappelle pas, l'absence de réaction de dégénérescence et d'atrophie musculaire limitée, sera un bon signe d'encéphalite. Si ces différences cliniques ne peuvent être perçues on ne peut dans l'état actuel de nos connaissances chercher dans le laboratoire, une aide. Levaditi et Landsteiner, Netter et Levaditi, ont proposé un séro-diagnostic de la poliomyélite qui entraîne de telles difficultés matérielles qu'il ne pourra jamais être de pratique courante. La réaction de fixation ne peut être utilisée pour le diagnostic de l'encéphalite, et Mutermilch et Nicolau, en employant la technique de Kraus et Takaki ont échoué dans tous les cas où ils ont appliqué la réaction de Bordet-Gengou. D'autres auteurs ont cherché dans les différences anatomo-pathologiques un diagnostic différentiel post-mortel. Dans la poliomyélite prédomineraient de la neurolyse et de la neuronophagie; dans l'encéphalite on observerait surtout des réactions méningées et vasculaires, avec notamment les manchons péri-vasculaires à lymphocytes avec lésions cellulaires discrètes.

En pratique on n'aura pas à compter avec la méningite tuberculeuse dont le signal-symptôme peut être une paralysie flasque. La ponction lombaire et l'évolution des signes méningés imposent le diagnostic.

On peut se demander pourquoi ces formes motrices flasques ont été rapportées à l'encéphalite épidémique. On s'est basé sur plusieurs ordres de faits. D'abord l'allure épidémiologique : les troubles infectieux rappelaient l'encéphalite, et les premiers cas d'encéphalite léthargique et de polynévrite épidémique sont contemporains. L'encéphalite léthargique la plus authentique peut être suivie des troubles moteurs périphériques, et inversement les syndromes que nous envisageons sont souvent précédés ou accompagnés de somnolence, de ptosis, de diplopie et peuvent être suivis de syndromes parkinsonniens. Les altérations du liquide céphalo-rachidien sont de même ordre dans les diverses affections. Enfin on a pu mettre en relief des cas d'encéphaliie périphérique chez des malades ayant été en contact avec des encéphalites léthargiques : un malade de Bériel souffrait d'une paralysie radiale sans aucune étiologie saturnine ou traumatique pendant que sa femme mourait d'une encéphalite aiguë à tableau classique.

On conçoit que la place que doivent occuper ces formes paralytiques ne soit pas encore bien fixée. Bériel et Devic, se basant sur la douleur à la pression des masses musculaires, les paresthésies et l'absence d'atrophie, les décrivent comme une forme polynévritique, et effectivement Chaix a trouvé chez une enfant de vingt mois, morte d'encéphalite périphérique, une intégrité à peu près complète de la moelle et des racines; mais les nerfs présentaient une infiltration interstitielle très marquée de lymphocytes avec dissociations des fibres du périnèvre par un liquide d'œdème, gonflement et altérations des cylindres-axes, modification de la gaine de Schwann, tous signes de névrites primitives avec exudation cellulaire sans lésion définitive.

Mais Cruchet et Verger les font entrer dans le cadre des myélites vu l'atteinte sphinctérienne, les modifications du liquide céphalo-rachidien, la localisation des paralysies et les cas d'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence consécutive. En faveur de cette localisation médullaire on peut rapporter les cas, ceux-là plus rares, d'encéphalite dont la localisation myélitique est hors de conteste. Souques et Alajouanine ont décrit une encéphalite épidémique typique (ptosis, diplopie) suivie d'une période de somnolence, puis d'une sclérose en plaques : tremblement intentionnel, asynergie, adiadoccocinésie, marche cérébelleuse, nystagmus. L'évolution fut assez rapidement régressive. Bériel et Devic ont pu écrire, pour des cas semblables, que la sclérose en plaques est aux formes basses de l'encéphalite ce que le syndrome parkinsonien est à l'encéphalite haute. Vedel et Puech, Léri et Gay, Cruchet et Verger ont observé des paraplégies spasmodiques, précédées ou non de signes d'encéphalite mésocéphalique. Verger a vu chez un homme de trente-cinq ans un tableau de sclérose latérale amyotrophique par combinaison d'une paraplégie avec contracture intense et d'une atrophie musculaire à type Aran-Duchenne, Rimbaud, Boulet et Mme Vidal ont constaté une atrophie à type Aran-Duchenne associée à un syndrome moteur extrapyramidal, tandis que chez un malade de Froment et Genevois cette atrophie poliomyélitique fut pure et guérit après une période de myoclonie.

Enfin, certaines formes pseudo-tabétiques, avec douleurs fulgurantes, incoordination, troubles sphinctériens à réflexie tendineuse (Cruchet et Verger, Gosset et Gutmann, Euzière) ne permettent aucune conclusion et peuvent être dues aussi bien à une atteinte médullaire très basse qu'à une lésion radiculo-névritique.

Est-ce à dire que la localisation névritique du

virus encéphalitique ne puisse être soutenu ? Il n'en est rien, et certaines constatations anatomiques et cliniques gardent toute leur valeur. Si l'atteinte médullaire ne peut être contestée, les formes sensitives pures prouvent une atteinte radiculaires, et certaines paralysies flasques sont indubitablement dues à des polynévrites.

D'ailleurs, non seulement le nerf peut être touché mais le muscle l'est également. Bériel et Devic, Reboul ont observé des malades frappés d'une impotence musculaire s'aggravant au moindre effort, survenant lentement, insidieusement, sans aucun symptôme viscéral ou infectieux, sans atrophie, sans troubles des sensibilités, avec aréflexie tendineuse. Ce sont les muscles des cuisses et de la ceinture pelvienne, plus rarement ceux du tronc, de la nuque et de la ceinture scapulaire, qui sont touchés. La marche, l'agenouillement et le redressement sont semblables à ceux des myopathiques. La station debout exige un élargissement du polygone de sustentation. Mais à la différence des myopathies dont l'évolution se fait pendant des années et qui n'aboutissent jamais à la guérison, ces formes musculaires de l'encéphalite atteignent leur développement en quelques semaines et régressent ensuite jusqu'à la guérison complète. Des biopsies musculaires ont montré des lésions diffuses inflammatoires du type myosite interstitielle. Donc, Bériel et Devic admettent un type plus bas encore que la polynévrite.

Actuellement on est donc arrivé à une conception élargie de l'encéphalite épidémique et à la notion d'une lésion mésocéphalique vient se substituer celle d'une atteinte de l'axe nerveux périphérique et de l'appareil neuro-musculaire lui-même. Peut-on encore aller au delà? Quelques faits récents permettent de le supposer. Guillain, Alajouanine et Kalt, Wimmer et Vedmand ont décrit un syndrome myasthénique de l'encéphalite épidémique caractérisé par une fatigabilité rapide des membres supérieurs et des muscles masticateurs, des troubles de la parole et de la déglutition. L'absence d'une réaction de Jolly et la coexistence d'un hémi-syndrome parkinsonnien permettent le diagnostic étiologique. Bien que Wimmer et Vedmand admettent que cette myasthénie est conditionnée par des altérations nucléaires de l'isthme de l'encéphale, on croit, plus généralement, que le syndrome d'Erb est dû à des lésions des glandes vasculaires sanguines et des muscles.

On pourrait donc trouver l'encéphalite à l'origine de lésions endocriniennes. Sante Naccaratti a rapporté un cas d'encéphalo-myélite à localisation cervicale coexistante avec un syndrome de Basedow et des troubles sympathiques intestinaux, et il admet que le virus conditionne ce syndrome neuro-endocrinien. Walsh a vu 4 cas d'obésité consécutive à l'encéphalite. Mouriquand et Froment décrivent chez une fillette de cinq ans des troubles physiopathiques des membres supérieurs, précédés de diplopie et guéris par la septicémine et l'urotropine et se demandent si l'encéphalite épidémique peut atteindre le système nerveux sympathique.

Le petit nombre de ces cas ne permet encore aucune conclusion. C'est le problème de demain et verrons-nous encore l'encéphalite déborder les larges frontières qui lui sont actuellement tracées ?

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. Des formes périphériques de l'encéphalite épidémique, *Th. de Lyon*, 1926.

BÉNARD. Les formes légères et les formes frustes de l'encéphalite léthargique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 20 fév. 1920.

BÉRIEL. Les formes actuelles de l'encéphalite épidémique, *Lyon méd.*, 6 juin 1926, n° 23; — La méningo-encéphalite épidémique et l'encéphalite léthargique, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 oct. 1920; — Sur les formes actuelles de l'encéphalite épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 fév. 1926; *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 mars 1926.

BÉRIEL et DEVIC. L'encéphalite épidémique et l'étiologie de la sclérose en plaques, *Lyon méd.*, 24 et 31 oct. 1926; — Les formes actuelles de l'encéphalite épidémique. Formes méningées, *Lyon méd.*, 20 juin 1926; — Les formes actuelles de l'encéphalite épidémique. Formes périphériques, *Lyon méd.*, 6 juin 1926, n° 23.

BÉRIEL et LESBROC. Diagnostic entre les tumeurs cérébrales et l'encéphalite épidémique. Myasthénie et encéphalite, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 4 mai 1926; — Les formes actuelles de l'encéphalite épidémique. Formes pseudo-myopathiques, *Lyon méd.*, 13 juin 1926, n° 24.

BLUM. Le syndrome oculo-moteur tardif de l'encéphalite, *Th. de Paris*, 1926-1927.

CALLIGARIS. Les formes douloureuses de l'encéphalite épidémique, *Riforma med.*, 29 juin 1925, p. 609.

CHAIX. Poliomyélite aiguë infectieuse et formes anormales de la névraxite épidémique, *Th. de Lyon*, 1925-1926, n° 136.

CROUZON, VOGT et DELAFONTAINE. Formes algiques et formes polynévritiques de l'encéphalite épidémique, *Monde méd.*, 1er sept. 1926.

CRUCHET. Les origines de l'encéphalite, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. et 10 déc. 1927.

CRUCHET et VERGER. Les formes basses de l'encéphalomyélite épidémique, *Presse méd.*, 12 juin 1926.

DECHAUME. Encéphalite épidémique et syphilis nerveuse, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 14 déc. 1926.

DENECHAN. Cinq cas d'infection aiguë à type de méningite semblant se rapporter à la névraxite, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 nov. 1926.

EGAS MONIZ. Les formes atypiques de l'encéphalite épidémique, *Lisboa med.*, 1926, t. III, n° 2.

EUZIÈRE et PAGES. Les amyotrophies de la névraxite épidémique, *Sud méd.*, 15 fév. 1926.

GUILLAIN, ALAJOUANINE et KALT. La forme myasthénique de l'encéphalite prolongée, *Revue neurol.*, 1926, t. I, p. 39.

LÉCHELLE et ALAJOUANINE. Hémorragie méningée à poussées successives, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 janv. 1927.

LÉRI et GAY. Paraplégie spasmodique, seul reliquat d'une encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 juin 1920.

LEVADITI. Les ectodermoses neurotropes, *Monographies de l'Institut Pasteur*, 1922.

LÉVY (Mlle G.). *Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéphalite épidémique*, Vigot, 1922.

MOURIQUAND et FROMENT. L'encéphalite épidémique peut-elle atteindre le système sympathique? *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 23 nov. 1926.

MUTERMILCH et NICOLAU. La réaction de fixation dans l'encéphalite épidémique humaine, *C. R. de la Soc. de biol.*, 24 juillet 1926.

PÉHU et DECHAUME. Maladie de Heine-Medin et maladie de von Economo. Diagnostic histopathologique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 23 nov. 1926; — *Ann. de méd.*, juillet 1927.

RAVINA. Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique, *Presse méd.*, 21 mai 1927.

REBOUL. Formes paraplégiques de l'encéphalite épidémique, *Th. de Montpellier*, 1925, n° 69.

REBOUL et LACHAUX. Manifestations psychiques de l'encépha-

lite épidémique, *Sud méd. et chir.*, 15 mars 1925, p. 3204-3216.

REYNAUD. Contribution à l'étude des formes basses de la névraxite épidémique, *Th. de Montpellier*, 1926.

RIBIERRE et RENAUT. Tuberculose méningée à forme myoclonique, *Paris méd.*, 27 nov. 1926.

ROLLET. Contribution à l'étude des troubles radiculo-médullaires de l'encéphalite épidémique, *Th. de Lyon*, 1920-1921.

ROGER. Les myoclonies, *Ann. de méd.*, 1922, t. II, n° 2.

SANTE NACCARATI. Considérations sur un cas d'encéphalite épidémique présentant un syndrome neuro-endocrinien inaccoutumé, *Neurologia*, juin 1926, n° 3.

SICARD. Algies cervico-brachiales mono-symptomatiques d'encéphalite épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1920; — Type paraplégique de l'encéphalite épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1920; — Forme pseudo-pottique cervicale de la névraxite épidémique, *Soc. de neurol.*, 4 mars 1926.

VERGER. Les hémiplégies encéphalitiques, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 8 oct. 1926.

WALSH. Obésité postencéphalitique, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 31 juillet 1926.

WIMMER et VEDMAND. Le syndrome myasthéniforme dans l'encéphalite épidémique chronique, *Revue neurol.*, nov. 1926, t. II, n° 5.

Nous ne pouvons donner ici la bibliographie complète. Il sera facile de se la procurer en se rapportant aux travaux cités.

— Cet article était déjà envoyé à l'impression lorsque nous avons eu connaissance de celui de M. DE MASSARY paru dans l'*Encéphale* de décembre 1927 sous un titre analogue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MARS 1928)

Angiome de la paupière supérieure. — M. LORTAT-JACOB présente une jeune fille guérie d'un angiome de la paupière supérieure après vingt séances de cryothérapie de huit secondes.

Dissociation auriculo-ventriculaire chez les jeunes sujets. — M. BARD rapporte le cas d'une femme de cinquante ans qui, depuis l'âge de dix-neuf ans, est atteinte de dissociation auriculo-ventriculaire. Elle a présenté trois grossesses à terme et un certain nombre d'avortements provoqués, tous bien supportés. Les tracés ont montré qu'il s'agissait bien d'une dissociation complète et la malade actuellement est en très bonne santé malgré son pouls lent.

Analogie physiologique et pathologique chez les jumeaux. — M. CLERC, à propos de la récente communication de M. Variot, rappelle le cas de M. Pezzi concernant deux jumeaux présentant une dextrocardie avec transposition des viscères, vérifiés à l'électrocardiogramme et à la radioscopie.

M. VARIOT signale à ce propos qu'il a pu constater chez deux jumeaux de deux ans, univitellins, présentant la même taille et le même poids, que les viscères, cœur et foie, avaient les mêmes dimensions. Il signale, en outre, le cas de trois jumelles, une brune et deux blondes; la première vraisemblablement univitelline; et enfin le cas de trois jumeaux dont deux sœurs et un frère, laissant supposer une origine univitelline pour le dernier.

M. CROUZON signale le cas de deux jumeaux atteints de maladie de Friedreich.

M. TEISSIER signale le cas intéressant de deux jumeaux atteints de scarlatine qui a présenté la même évolution. Au moment de la convalescence, ils ont présenté l'un et l'autre de l'œdème de la face qui a progressivement augmenté pour produire un véritable anasarque malgré une médication hypochlorurée qui ne produisit aucun résultat.

Les maladies de dentition n'existent pas. — M. COMBY. On a attribué à la sortie des premières dents une série de troubles morbides plus ou moins graves. Toute la pathologie infantile y a passé. Cette opinion surannée a été partagée par un grand nombre de médecins. Trousseau a fait une belle clinique sur la première dentition et ses maladies. Cependant, le docteur Magitot et le docteur H. Roger proclamèrent que les maladies de la dentition n'existaient pas. M. Comby est entièrement de leur avis. Il ne croit pas à l'influence déterminante ou aggravante de la première dentition sur les maladies des nourrissons.

M. VARIOT ne partage pas l'opinion de M. Comby et insiste au contraire sur les maladies de la dentition.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1928)

A propos des diverticules du duodénum. — M. H. BLANC communique une observation de diverticules secondaires. Ceux-ci sont, en réalité, de faux diverticules; les vrais diverticules étant les diverticules congénitaux. L'auteur montre l'importance des radiographies en série pour le diagnostic.

A propos de la consolidation accélérée des fractures. — M. BARBARIN apporte deux nouveaux cas de fractures dans lesquels l'emploi du silicium-calcium amena une accélération de la consolidation.

Un cas de décapsulation du rein pour néphrite douloureuse hématurique. — M. PÉRAIRE.

Quatre cas de césarienne basse pour placenta prævia au cours du travail. — M. DARTIGUES fait un rapport sur le travail de M. ISSAAKIAN (d'Astrakhan). Les femmes étaient arrivées à la clinique presque exsangues par suite de l'hémorragie. L'opération sauva les mères et les enfants.

Anévrisme artério-veineux traumatique du creux poplité. — M. SÉJOURNET fait un rapport sur une observation de M. EBRARD (de Trouville).

Gros kyste de l'ovaire à évolution rapide enlevé au cinquième mois de la gestation. Accouchement normal à terme. — M. DESJARDINS fait un rapport sur cette observation de M. DEVRAIGNE (de Paris). L'auteur fait des réserves pour l'avenir parce que l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un kyste végétant qui peut donner lieu à une récidive.

Myomectomie sur un utérus gravide de trois mois. Evolution normale de la gestation. — M. DUCLAUX fait un rapport sur cette observation de M. DEVRAIGNE (de Paris). La rétroversion, les troubles de compression vésicale et rectale, l'influence défavorable sur le développement de l'utérus gravide constituaient des indications opératoires. Ablation d'un fibrome sessile de la face postérieure de l'utérus.

Une observation d'intoxication par occlusion intestinale haute guérie par des injections de chlorure de sodium à haute dose suivies d'opération. — M. MORNARD fait un rapport sur une observation de M. Robert LION (de Paris).

Luxation du coude en dedans. — M. JUDET en communique deux observations. Dans un premier cas, luxation incomplète; la réduction fut facile mais le déplacement se reproduisit sous le plâtre; terminaison par ankylose du coude. Dans le deuxième cas (enfant de huit ans), luxation incomplète en dedans avec fracture du condyle externe de l'humérus à grand déplacement; réduction facile; guérison complète en quatre semaines.

Un cas de synostose radio-cubitale. — M. ROEDERER en communique une observation chez un enfant de trois ans : l'avant-bras demeure en pro-supination; aucune limitation des mouvements du coude.

Os développé dans une cicatrice de cystostomie. — M. ISELIN présente cette pièce osseuse longue de 3 centimètres. Il s'agit d'os vrai. Cliniquement, ces cas rares ne se rencontrent qu'au niveau de la ligne blanche et presque toujours chez des hommes âgés.

Un cas de volvulus colo-sigmoïde hernié au travers du mésentère avec étranglement de la masse de l'intestin grêle par bride mésentérique. — M. MULLER.

Deux cas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — M. PEUGNIEZ.

Cancer de l'estomac à forme de tumeur bénigne. — M. BONNEAU.

Appendicite à tricocéphales. — M. BURTY.

(SÉANCE DU 2 MARS 1928)

A propos des anévrismes artério-veineux. — M. Charles BUIZARD rappelle deux cas d'anévrismes artério-veineux poplités qu'il a communiqués antérieurement à la Société et dans lesquels la paroi anévrismale était la gaine fibreuse commune aux deux vaisseaux, gaine distendue par le sang et à l'intérieur de laquelle artère et veine étaient ouvertes. Le seul symptôme qui permette d'affirmer une communication entre une artère et une veine est le souffle continu à renforcement systolique; le frémissement vibratoire ou thrill n'est pas un signe pathognomonique.

Fibrome et grossesse. — M. LUTAUD communique un cas de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus qui amena un avortement de trois mois : la myomectomie avait été refusée. Deux ans après, grossesse normale avec accouchement facile. Deux ans après, expulsion spontanée de ce fibrome par les voies naturelles; ablation par torsion.

Kyste de l'ovaire et grossesse. — M. LUTAUD communique un cas de kyste de l'ovaire de la grosseur d'une tête d'enfant, compliquant une grossesse de trois mois. Ovariotomie. Accouchement normal à terme.

Sarcome ou tumeur inflammatoire du bras et de l'épaule développé sur une cicatrice de blessure de guerre. Ablation de presque toute la peau du bras. Autoplastie immédiate avec la peau de la région antérieure du thorax. — M. MORNARD.

Une observation de kystes gazeux de l'abdomen. — M. HAUTEFORT.

Adénopathie inguinale et cancer du col de l'utérus. — M. GRESSET donne l'observation d'un cancer du col de l'utérus compliqué d'une volumineuse adénopathie inguinale qui nécessita l'exérèse. La clinique montre et l'anatomie prouve que les lésions du col de l'utérus, chancre ou cancer, peuvent, dans certains cas assez rares, s'accompagner d'adénite inguinale.

Techniques opératoires nouvelles de la greffe animale chez la femme. — M. DARTIGUES rappelle ses expériences sur ce sujet et ses premières opérations depuis 1924. Il cite les divers procédés qu'il a imaginés pour l'application du greffon : voie pariéto-abdominale sous-aponévrotique, latérale et médiane hypogastrique; voie périgénitale externe labiale (grandes lèvres); voie périgénitale interne pré-utérine et sous-péritonéale; voie paragénitale sous et rétro-mammaire. Il donne, dans un tableau, les diverses techniques chirurgicales utilisables pour la greffe endocrinienne de l'animal à la femme, suivant une classification personnelle et des procédés presque tous originaux.

Perforation aiguë des ulcus duodénaux. — M. V. PAUCHET, à propos de deux cas guéris par des procédés différents étudie certains détails de la technique de ces opérations. La suture de la perforation se fera différemment suivant les cas : dans un cas où elle n'était pas possible, l'auteur a oblitéré la perforation en appliquant sur elle la paroi antérieure de l'estomac. S'il y a rétrécissement du duodénum par la suture, faire une gastro-entérostomie. Drainer dans tous les cas, non au niveau de l'incision, mais dans le Douglas où il y a toujours du liquide. Dans les cas avec hyperchlorhydrie, faire ultérieurement une gastrectomie secondaire.

Deux plaies thoraco-abdominales par balle de revolver. — M. WEBER.

Maladie de Madelung larvée. — M. RŒDERER en communique deux observations. Femme de trente ans, souffrant depuis quelques mois d'un poignet; à l'examen, on trouve des déformations identiques aux deux poignets; subluxation du cubitus sur le carpe, courbure accentuée du radius; ces lésions existaient depuis la puberté. Cas analogue chez un garçon de quinze ans. L'auteur pense que les maladies de Madelung larvées sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit.

Un cas d'appendicite grave avec symptomatologie réduite. Kyste séreux du méso-appendice. — M. MULLER.

Fosset pour aiguilles à rachianesthésie. — M. BONNEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1928)

Corps étrangers de l'oreille. — M. BERNARD.

Action du cobalt. — M. J.-M. LE GOFF, continuant ses recherches sur l'action du cobalt, signale une nouvelle propriété de l'action vaso-dilatatrice du cobalt. Cette action se manifeste par une intense rougeur de la face survenant quelques minutes après l'injection et disparaissant aussitôt.

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1928)

La glossoptose congénitale et son retentissement dangereux chez le nourrisson. — M. Pierre ROBIN.

Tuberculose et grossesse. — M. HERVOUET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DE 11 JANVIER 1928)

Pain blanc et pain bis. — M. LIACRE. Il n'est pas exact que le pain bis ou même complet, bien préparé avec de bonnes farines provoque des troubles digestifs. La composition du pain bis ou même complet en fait un aliment beaucoup plus riche que le pain blanc. Ce sont des raisons économiques qui ont favorisé l'extension de la fabrication des farines blanches, qu'aucune raison physiologique spéciale ne rend préférables aux farines à haute extraction.

Traitement par voie buccale des nourrissons hérédo-syphilitiques hypotrophiques. — M. Marcel MAILLET a traité 120 nourrissons hérédo-syphilitiques hypotrophiques par voie digestive en employant systématiquement la triade thérapeutique constituée par la solution de lactate neutre de mercure au millième; les dérivés arsenicaux pentavalents (stovarsol ou tréparsol) l'opothérapie (corps tyroïde, surrénales, hypophyse).

Ce mode de traitement a donné de très bons résultats sur le poids, la taille, l'état général, et a négativé rapidement dans plusieurs cas la réaction de Wassermann; il a été toujours bien supporté.

La part du salicylate sucré intraveineux dans la cure salicylée de la maladie de Bouillaud. — M. Georges ROSENTHAL, montre combien la médication salicylée est en perpétuel remaniement. La méthode des injections sucrées intraveineuses qui n'altère pas l'endoveine comme il l'a été montré en 1918 apporte à la cure un appui précieux. La voie intravasculaire doit s'unir à la voie stomacale. Il conclut ainsi : « Nécessité d'une attaque thérapeutique rapide et vigoureuse, lutte contre l'endocardite rhumatismale, intolérance stomacale par gastrite médicamenteuse d'Hayem. Voilà le trépied de la médication salicylée, sucrée intraveineuse.

Cette conclusion est d'accord avec les observations de Lesné, F. Bezançon et M. P. Weil, comme aux travaux de Gilbert Coury.

Les accidents du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire bilatérale. Discussion pathogénique. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU communiquent l'histoire dramatique d'une tuberculeuse de vingt et un ans, atteinte de lésions pulmonaires bilatérales, occupant à droite les deux tiers supérieurs du poumon, et, à gauche, le quart supérieur. Le pneumothorax artificiel est institué du côté où prédominent les lésions (injection de 450 centimètres cubes d'oxygène, faite lentement au trocart de Kuss, après anesthésie locale avec une solution de morphine et de novocaïne, en pression constamment négative). L'insufflation est réalisée en un quart d'heure sans incident.

Mais au bout de quelques minutes, surviennent successivement la cyanose légère de la face, l'accélération du pouls, une vive douleur sous le sein droit, les nausées, les vomissements, le refroidissement des extrémités, la dyspnée et les accès de suffocation. Puis ce sont des mouvements saccadés et irréguliers du cou et de la partie supérieure du thorax, des secousses ou tremblements des membres supérieurs, plus accentués aux pouces, l'abolition des réflexes cornéens, le myosis. Et bientôt un état de véritable collapsus cardiaque et le coma profond avec sueurs froides et visqueuses recouvrant tout le corps et la face. Au bout d'une heure et demie, le sujet reprend progressivement connaissance. Elle est atteinte d'une amaurose qui dure une heure.

Le retrait du gaz insufflé, réalisé en plusieurs temps, n'amena qu'une amélioration passagère. Il ne s'agissait pas d'une perforation pulmonaire (absence du tympanisme après ponction évacuatrice du gaz injecté, intégrité de la plèvre ultérieurement vérifiée). La thérapeutique instituée comporte les injections sous-cutanées de spartéine, d'adrénaline, la respiration artificielle, l'éther camphré, la caféine et surtout l'oxygénothérapie sous pression par les voies respiratoires.

Après la disparition de ces différents accidents, les auteurs ont constaté une amélioration appréciable des signes fonctionnels et généraux, bien que le pneumothorax n'ait pas été maintenu. Du point de vue pathogénique, il faut admettre, pour ce cas, une certaine réduction du champ de l'hématose, le collapsus cardiaque aboutissant à l'anoxhémie avec asphyxie et surtout le choc pleural qui a pu déclancher les troubles cardio-vasculaires et les phénomènes cérébraux. Au terme du choc pleural, les auteurs proposent de substituer celui d'embolie gazeuse à point de départ pleural (rupture d'adhérences), cliniquement plus exact.

LIVRES NOUVEAUX

Voilà vos bergers. Jésus devant la science (1), par le docteur Emile VÉRUT. Préface de M. Louis BERTRAND, de l'Académie française.

Cet ouvrage, fruit des longues méditations d'un de nos confrères, ne manquera pas d'intéresser tous ceux, si nombreux à l'heure actuelle, que passionnent les questions philosophiques et religieuses. Par son abondante documentation, par la bonne foi dont il témoigne (car aucun problème n'est esquivé), il s'impose à l'attention. Nous en retiendrons surtout la partie proprement médicale.

Le docteur Vérut met en évidence la pauvreté des arguments des auteurs qui ont voulu prouver la folie de Jésus et ont cherché à expliquer scientifiquement les miracles; il indique aussi comment les textes ont été parfois déformés. Il démontre que rien ne permet de soutenir l'hypothèse d'un trouble mental, et que les diagnostics de paralysie générale et de folie religieuse ne sont pas plus admissibles l'un que l'autre. Quant à la valeur des miracles, que l'on a cherché à rapporter à des causes naturelles, elle demeure entière : si dans quelques cas la brièveté des récits évangéliques laisse à la rigueur libre de croire à des manifestations hystériques chez les malades (hypothèse dont on a usé et abusé), il n'en demeure pas moins que jamais la guérison n'a été obtenue par suggestion; au reste, les résurrections des morts, dont l'un au moins (Lazare), depuis quatre jours au tombeau, sentait déjà mauvais, et les guérisons obtenues à distance, échappent complètement à toute critique de cet ordre. « Parmi l'anarchie actuelle des esprits, dit le docteur Vérut, une reine reste debout : la Science. Or, c'est à elle précisément que nous avons fait appel pour démontrer que les raisons par lesquelles s'est imposé le christianisme n'ont rien perdu de leur valeur primitive ».

Nous n'avons pu ici qu'indiquer très brièvement quelques-uns des points étudiés par l'auteur, et avons laissé complètement de côté tout ce qui échappe à la critique médicale. Toutes ces questions sont amplement développées dans son ouvrage, bien ordonné et d'une lecture facile. On peut, croyons-nous, tirer deux conclusions de cette étude. Ou bien l'on admet la véracité et la valeur historique des Evangiles, et l'on est alors forcé d'admettre aussi la personnalité divine de Jésus; car il ne reste rien des thèses qui veulent tout expliquer scientifiquement, par la folie ou par le pouvoir de suggestion. Ou bien il faut se refuser à admettre la réalité des récits évangéliques, ou les déformer et les interpréter à l'aide de textes faussés ou tronqués, comme l'ont fait Voltaire, Renan et les modernistes ; c'est précisément à ce minutieux travail d'exégèse que se livre le docteur Vérut dans la première partie de son ouvrage, et nous nous bornons à en signaler ici tout l'intérêt.

H. GRENET.

Précis de parasitologie (2), par E. BRUMPT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, ancien professeur de parasitologie à la Faculté de médecine de Sao Paulo.

Cette nouvelle édition de cet ouvrage classique dépasse notablement les limites d'un « Précis ». (Cette quatrième édition comprend 236 pages de plus que la précédente et 89 nouvelles figures originales.) Par suite de l'immense accumulation de documents nouveaux d'une grande importance médicale, signalés au cours de ces dernières années, le professeur Brumpt a remanié complètement cet ouvrage dont le plan et le but sont restés sensiblement les mêmes. Ce livre, bien qu'appartenant à la « Collection des Précis médicaux » n'est pas seulement un ouvrage destiné aux étudiants, mais en raison de sa documentation complète c'est en réalité un traité complet de parasitologie médicale indispensable aux médecins français et étrangers à qui il permet d'approfondir de nombreux faits scientifiques.

On trouvera dans cet ouvrage la description de tous les animaux et végétaux signalés jusqu'à ce jour comme parasites de l'homme, leur biologie, leur rôle pathogène, leur distribution géographique, le moyen de les détruire. D'inégale importance pour le médecin, ces êtres ou bien sont très communs et occasionnent des maladies bien définies, ou bien sont des parasites exceptionnels de l'homme dont on ne connaît que de rares observations; mais, écrit l'auteur à ce sujet, « une espèce considérée comme rare aujourd'hui est susceptible de prendre une grande importance médicale le jour où les techniques nouvelles permettent de la mieux déceler ».

L'ouvrage est entièrement au courant, l'auteur ayant enregistré jusqu'à la dernière minute les derniers travaux.

Les modifications apportées à la quatrième édition portent principalement sur les sujets suivants : dans le groupe des spirochètes, le treponema hispanicum. Nouveaux procédés de culture des amibes. Données nouvelles sur la biologie des parasites du paludisme. Helminthologie (culture des scolex échinococciques, travaux récents sur l'échinococcose alvéolaire).

Apports concernant la biologie et la destruction des hémiptères et des némacotocères suceurs de sang.

Le chapitre des champignons s'est enrichi de nombreuses espèces signalées comme parasites de l'homme. La classification des champignons des teignes a été modifiée d'après les travaux d'Ota et Langeron.

En résumé, un livre nouveau très illustré d'après les documents originaux de l'auteur. L. G.

(1) Un vol. de 300 pages. — Paris, Norbert Maloine.

(2) Quatrième édition entièrement remaniée. Un volume de 1.452 pages avec 795 figures et 5 planches hors texte en noir et en couleurs. « Collection des Précis médicaux ». — Prix : broché, 90 fr. ; cartonné toile, 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les origines de la chimie colloïdale, par A. Baudrimont [1806-1880 (1)], par M. Paul BARY.

La chimie colloïdale a donné lieu dans ces dernières années à des études d'un puissant intérêt. La thérapeutique s'en est emparée ; et voici qu'elle est même devenue, une explication de la vie.

L'origine de cette science, relativement nouvelle, est d'ordinaire considérée comme remontant au savant anglais Thomas Graham, dont les travaux sur la diffusion des liquides sont bien connus et ont débuté en 1861.

Or, dans l'année 1924, un chimiste américain Wilder D. Bancroft, documenté par A. Bender, un de ses compatriotes, établit dans un article d'une probité exceptionnelle, que les « corps particulaires » déterminés et longuement décrits avec toutes leurs propriétés par Alexandre Baudrimont, en 1844-1846, sont exactement les mêmes que les colloïdes étudiés par Thomas Graham en 1861. La priorité du savant français sur son collègue anglais est donc incontestable.

C'est à faire revivre la figure de ce précurseur bordelais que s'est attaché M. Paul Bary dans ce petit livre. Cependant en publiant ce travail, il n'a pas uniquement en vue de sortir de l'oubli le nom d'un compatriote, dont les études sont la base d'une science devenue de grande importance, mais encore d'ajouter à l'histoire de cette science quelques éléments qui permettent de la connaître plus complètement et, par suite, de la mieux comprendre. L. G.

(1) Un volume de 80 pages avec préface du professeur Cruchet (de Bordeaux). — Prix : 6 fr. — L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Liste d'admissibilité :*

MM. Decourt, 72 1/2; Coste, 71 1/2; Mme B. Fontaine, 71; MM. Levêque et Pichon, 70 1/2; Janet et Pollet, 70; Debray et Bariéty, 69; Hillemand, 68; Lelong, 67 1/2; Clément, 67.

Jury de nomination. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ravaut, Milian, Hudelo, Grenet, Renaud, qui acceptent; Laffitte, Teissier, Lesage, Carnot, Darré, Desmarest, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

La première séance aura lieu le 24 avril, à l'Hôtel-Dieu, à 16 h. 30.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hartmann, Auvray, Baudet, qui acceptent; Gernez, Lejars, Emile Weill et Okinczyc, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 30 mars publie un arrêté complétant l'article 20 du décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études et des examens en vue du doctorat en médecine.

Le paragraphe 4 dispose que « pourront également, à titre exceptionnel, faire partie des jurys les chefs des travaux titulaires. Ils seront désignés annuellement par le ministre sur proposition de l'assemblée de la Faculté ».

— Paris. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 14 mai 1928, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 5 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1928.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 15 mai 1928, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 5 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1928.

— Bordeaux. — La chaire de Clinique d'accouchements de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

— Montpellier. — Deux emplois d'agrégé de médecine à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier sont déclarés vacants.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Ont été nommés professeurs titulaires :

M. le docteur Langeron, médecin des hôpitaux de Lyon, apte à l'agrégation de médecine générale (1926), médecin de l'hôpital de la Charité, professeur suppléant de Clinique médicale à la Faculté libre de médecine.

M. le docteur Le Grand, médecin des Asiles publics, apte à l'agrégation de physiologie (1926), médecin de l'Asile de

Lommelet, professeur suppléant de physiologie à la Faculté libre de médecine.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, a été nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le professeur Guignard, décédé.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Robert (de Versailles).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Libert (de Paris) et Rose (de Senones).

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE. — Le VIIIe Congrès international de chirurgie se tiendra à Varsovie en juillet 1929, sous la présidence du professeur Hartmann (de Paris). Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour : 1° Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire; 2° Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal; 3° Traitement de la maladie de Basedow; 4° Chirurgie réparatrice de la hanche.

Les demandes d'admission à la Société doivent être adressées au délégué de chaque pays; pour la France, à M. Robert Proust, 2, avenue Hoche, à Paris.

LE FOYER MÉDICAL DE TOURS. — *Les Archives médico-chirurgicales de province* annoncent la création à Tours d'un foyer médical. Ce foyer, dû à l'initiative du docteur Guillaume Louis, a pu être réalisé 37, boulevard Heurteloup, grâce à l'intervention de M. Métadier et du docteur Cosse. Il est à la disposition des médecins et des étudiants pour lesquels on a pu organiser un restaurant à des conditions particulièrement avantageuses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Jacques Matignon, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, ancien médecin de la Légation de France à Pékin.

On n'a pas oublié l'héroïsme de notre confrère pendant le siège des légations par les Boxers. A la suite des voyages et des longs séjours qu'il fit en Extrême-Orient comme médecin militaire, Matignon a publié de nombreux travaux sur les mœurs et sur la pathologie de l'Empire du Milieu. Son grand talent d'écrivain et son exceptionnelle documentation ont donné une valeur particulière à ces ouvrages.

M. Matignon était depuis plusieurs années médecin consultant à Châtel-Guyon.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Gipoulon (de Felletin), Henriot (de Paris, 76 *bis*, boulevard Barbès), Charles Rollin (de la Chartreuse-de-Montrieux); Branthomme (de Villiers-le-Bel); Alfred Carlet (de Grenoble); Chatinières, médecin de la santé et de l'hygiène publics du Maroc, mort victime du devoir professionnel; M. Jean Grougé, étudiant en médecine de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de Clinique annexe, commencera le lundi 16 avril 1928, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, et de M. Duruy, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie). Le cours sera complet en dix jours.

Tous les matins : visite; examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. — Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 30 avril 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— CONFÉRENCE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE (avril-mai), à 16 h. — Cette conférence sera gratuite, mais ne comportera aucune répétition individuelle sur le cadavre.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Chirurgie opératoire des fractures (9 leçons), par M. le docteur Charles Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

ERRATUM. — Dans le n° 25 du 26 mars 1928, p. 451, 1re col., article de M. Levent, « Action sur le cœur de l'éphédrine », dernière ligne du paragraphe, au lieu de *action toxique*, lire *action tonique*.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 18 avril. — Jury : MM. Ombrédanne, président; Loeper, Harvier et Mathieu. — M. CHEVALIER. L'allongement vertical de l'estomac.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Petit et Panisset. — M. BACCHTEL. Inspection bactériologique de la viande.

Samedi 21 avril. — Jury : MM. Brindeau, président; Carnot, Jeanselme et Baudouin. — M. LECHERTIER. L'acridinothérapie dans les septicémies puerpérales. — M. ROUSSIER. L'opothérapie ovarienne en gynécologie. — M. CHAUDET. Trépanations craniennes dans la préhistoire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président; Robin et Coquot. — M. DELTOU. L'emphysème pulmonaire chez les équidés.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER BAIL 5 gr. p., avec app. orth. Raspail Croix-Rouge. — Docteur Julia, 24, boul. Raspail, VIIe.

MALADIE DE FRIEDREICH AVEC MAIN BOTE

HÉRÉDO-SYPHILIS [1]

Par Henri ROGER, SIMÉON et Mlle COULANGE
(de Marseille).

Gualt... (Albert), âgé de quatorze ans, écolier, vient à la consultation de la clinique neurologique le 24 octobre 1927 pour des troubles de la marche et pour des déformations des mains et des pieds.

Quand il l'examine, même d'une façon un peu rapide, le neurologiste, à l'œil exercé, ne manque pas d'être frappé par l'incertitude de la démarche et surtout par les pieds creux, qui le font penser aussitôt au Friedreich. Quand il explore ses réflexes et qu'il trouve un signe de Babinski des plus nets contrastant avec l'abolition des réflexes tendineux, quand il entend parler ce malade, il n'a plus de doute. En présence de cette triade symptomatique, il porte d'une façon plus ferme ce diagnostic.

Ce cas n'a pas cependant toute la pureté des faits classiques. Quelques modalités particulières des signes cardinaux, quelques symptômes accessoires signalés par les auteurs (mais peu fréquents), quelques autres qui sortent du cadre habituel de la maladie, quelques faits étiologiques un peu spéciaux méritent de retenir l'attention.

1. Modalités particulières des signes cardinaux. — Il est inutile de rappeler longuement la tétrade classique :

a) Le Friedreich frappe d'habitude par les troubles moteurs, qui n'appartiennent pas au type parétique (ou en tout cas ces troubles parétiques sont très légers) et qui sont au contraire d'ordre ataxique : d'où le nom d'ataxie héréditaire donné par Friedreich à la maladie. La démarche tabétocérébelleuse de pareils malades va s'accentuant lentement avec les années jusqu'à les obliger, au bout de dix, quinze ans à garder le lit.

Notre adolescent marche avec précaution. Il écarte ses pieds pour mieux élargir sa base de sustentation, il talonne, il a parfois une certaine hésitation dans un de ses pas, il perd un peu l'équilibre dans le demi-tour brusque. Mais il n'a pas, quand il se surveille, de grande incoordination. Remarquons, durant sa marche, sa tendance à pencher le tronc légèrement en avant, plus rarement à le renverser en arrière, la façon dont il tient ses bras un peu écartés du tronc, le droit balançant moins que le gauche.

Cette démarche n'est certainement pas très typique. Mais elle renferme à l'état d'ébauche les éléments qu'elle a d'habitude dans la maladie de Friedreich. Son caractère fruste s'explique en partie par le jeune âge du malade, qui n'en est qu'au début de sa période évolutive. D'ailleurs, si l'enfant fait une course un peu longue, s'il se fatigue, elle survient aussitôt, comme nous en avons pu nous rendre compte, classique. Et même il y a quelques mois, le malade tombait plusieurs fois par jour, par suite, disait-il, d'une sorte de dérobement du membre inférieur droit, avec torsion du pied.

Si nous explorons la *coordination des mouvements* autres que ceux de la marche, nous constatons une dysmétrie légère, mais incontestable : dans l'épreuve du talon au genou (elle est peut-être plus accentuée à droite qu'à gauche, très nette pour les deux ou trois premiers mouvements, plus atténuée pour les autres); dans l'épreuve du doigt au nez. Nous sommes loin cependant de la main qui plane à la façon d'un oiseau de proie ayant de s'abattre sur l'objet qu'elle veut atteindre (Charcot); la maladie est chez cet enfant à peine à ses débuts. L'adiadococinésie est par contre des plus caractéristiques.

Remarquez l'*ataxie statique,* les oscillations sans doute peu accusées, mais perceptibles du tronc, quand le malade se tient debout au repos. Voyez comme, contrairement à l'opinion de Friedreich et conformément à celle de Soca, ces oscillations s'accentuent par la fermeture des globes oculaires (signe de Romberg) avec tendance à la chute en arrière.

Soulignons en passant l'absence de l'instabilité choréiforme des membres, décrite par Charcot, et de l'hypotonie signalée par quelques auteurs.

b. Posons quelques questions à ce malade et nous observons une *dysarthrie* spéciale. Ce sujet parle un peu comme s'il avait la bouche pleine, il aspire certaines syllabes et appuie sur les autres. Dans l'ensemble sa parole est plus nasonnée que scandée. D'ailleurs, il existe chez lui d'une façon intermittente des troubles de la déglutition avec reflux nasal des liquides ou engouement.

c. Examinez les déformations de ses *pieds*, qui ne peuvent guère être plus classiques : double pied creux, léger équinisme, saillie dorsale du tarse, extension des premières phalanges et flexion des autres. Voyez sa *colonne vertébrale*, sa cyphoscoliose déjà accusée avec convexité gauche, cette cyphoscoliose qui est parfois si accentuée qu'elle plie littéralement en deux les malades, comme dans un cas que j'ai eu occasion d'observer.

d. Enfin explorez ses *réflexes.* Voyez les *tendineux* complètement abolis, alors que les cutanés plantaires se font en extension des deux côtés. Ce *signe de Babinski* s'accompagne ici, comme dans bien des cas similaires, d'exagération des réflexes de défense. Fait particulier, le pincement de la peau de la jambe ou de la cuisse détermine souvent chez ce malade un retrait du pied du côté opposé (réflexe de défense contralatéral); dans d'autres explorations le pincement de la région abdominale détermine une extension du gros orteil. Celle-ci peut être facilement obtenue par la manœuvre d'Oppenheim, surtout à droite, aussi bien que par le ballottement de Sicard.

2. Quelques symptomes accessoires habituellement peu fréquents méritent d'être rapportés à propos de ce cas.

Nous voulons parler des *troubles labyrinthiques.* Ce malade ne présente pas avec leur intensité habituelle les secousses nystagmiques fréquentes en pareil cas; on ne les constate chez lui que d'une façon intermittente. Comme elles apparaissent surtout dans le regard en haut et à droite, dans la direc-

(1) Présentation du malade au Comité médical des Bouches-du-Rhône, 18 nov. 1927.

tion de son strabisme divergent, on serait même tenté de les rapporter à la seule paralysie oculaire.

Nous avons recherché chez lui l'épreuve des bras tendus, les yeux fermés : en dehors de quelques oscillations du tronc déjà signalées, nous ne trouvons pas de déviation nette des bras, uni ou bilatérale. L'épreuve de l'indication de Barany est normale. Par contre la marche aveugle est particulièrement troublée : au bout de cinq à six allées et venues, le sujet se place perpendiculairement à son axe de départ, et en douze va-et-vient, il chemine en sens inverse, la déviation se fait suivant le type antihoraire. Les épreuves labyrinthiques montrent une inexcitabilité des deux labyrinthes pour l'épreuve calorique à l'eau chaude et à l'eau froide, par le courant galvanique (1).

Le *psychisme* est nettement troublé. Cet enfant présente un certain degré de débilité mentale, mais son facies paraît plus niais que ne le comporte son développement intellectuel. Il va régulièrement en classe, est un peu lent à comprendre, est considéré par ses maîtres comme apathique. Il est docile et se laisse trop facilement influencer par ses camarades. Il n'a pas de perversions instinctives.

On a signalé dans le Friedreich quelques *hypersécrétions*, comme polyurie, gastrosucorrhée, diarrhée. Notons seulement dans notre cas une hypersalivation manifeste : la mère nous signale qu'à certains moments son fils bave tout le temps.

La *taille* de notre malade est celle de son âge. Nous ne trouvons chez lui ni infantilisme, comme dans les cas d'Euzière, Margarot et Brugairolles, dans ceux de Benelli, Zucarelli, Fourteau et Donati, ni de syndrome pluriglandulaire, comme dans le cas de Carona : pilosité et organes génitaux ont un développement normal.

Si l'interrogatoire du malade nous fait retrouver quelques phénomènes crampoïdes dans les membres inférieurs et quelques céphalées, l'exploration des diverses *sensibilités*, thermique, tactile, douloureuse, stéréognosique, ne nous révèlent pas d'anomalie.

Le *liquide céphalo-rachidien* est normal comme albumine et comme lymphocytes. Sa tension est plutôt abaissée, 12 au manomètre de Claude en position couchée, 8 après soustraction de 10 centimètres cubes. La réaction de Bordet-Wassermann et le benjoin colloïdal sont négatifs.

3. Symptomes sortant du cadre habituel de la maladie. — *a*. S'il est fréquent de voir des déformations aux extrémités inférieures, il est plus rare d'en voir aux extrémités supérieures, comme chez notre malade.

La *main* bote a été décrite par Cestan et Sicard dans une courte communication à la Société de neurologie en 1905. L'étude en a été reprise par Menant dans sa thèse (Paris 1906). Ses caractères sont assez analogues à ceux du pied : main creuse avec saillie palmaire des articulations métacarpophalangiennes, hyperextension des premières phalanges et flexion des autres, extension du pouce, saillie des tendons extenseurs, déviation de la main vers le bord cubital. Ces déformations apparaissent au maximum quand le malade étend brusquement la main et les doigts dans l'attitude du serment.

D'après Cestan et Sicard, cette main bote serait fréquente dans le Friedreich (8 fois sur 9 malades). Telle n'est pas l'opinion de Menant qui n'en a réuni que 6 observations dont 4, provenant du service du professeur Raymond, doivent sans doute se confondre avec celles déjà signalées par Sicard. Depuis lors, les classiques considèrent cette déformation comme assez rare. Bien des observations récemment publiées n'en font le plus souvent pas mention, à l'exception de celle de Pinard (Soc. Dermat, 23 juin 1921), de Benetti, Zucarelli. Fourteau et Donati. Rimbaud et Boulet (Soc. sc. méd., Montpellier, 6 juillet 1923) signalent l'impossibilité pour leur malade de rapprocher de leur axe les quatrième et cinquième doigts, quand la main est dans l'attitude du serment, par suite d'une contracture de l'extenseur commun et des interosseux costaux.

Notre malade réalise une main bote, plus accentuée du côté droit, de type un peu spécial. Il y a, comme dans les cas classiques, main creuse avec extension des premières phalanges et flexion des deux autres, saillie des tendons extenseurs et déjètement sur le bord cubital. Mais en outre les doigts restent plutôt écartés les uns des autres et ne peuvent se rejoindre quand ils sont étendus. Le pouce surtout est en adduction légère, peu mobile, par suite de l'atrophie élective de l'éminence thénar des deux côtés.

Les atrophies *musculaires* sont exceptionnelles chez de pareils malades (Déjerine, Soc. biol., 1890). Guénot signale dans deux cas une atrophie des muscles de la main (*Th. de Lyon*, 1904), Iastrowitz (*Neur. Centralblatt*, 16 avril 1911), une atrophie thénarienne et hypothénarienne avec pseudohypertrophie des mollets, Winckelmann et Eckel (*Arch. of neur.*, janv. 1925) de l'atrophie des extrémités. Un cas signalé par Hoffmann ne doit pas entrer en ligne de compte; car l'exagération des réflexes tendineux permet d'éliminer le diagnostic d'ataxie héréditaire.

Remarquons chez notre malade une atrophie concomitante des muscles pédieux, l'abolition des réflexes musculaires du pied, et, associés à ces atrophies, des *troubles assez marqués des réactions électriques*, tant au membre supérieur, qu'au membre inférieur (docteur Dupeyrac). Membres supérieurs : au faradique, excitabilité normale des deltoïdes, biceps, fléchisseurs, extenseurs, thénar, hypothénar et interosseux sauf une hypoexcitabilité du biceps gauche, — au galvanique, excitabilité normale des deltoïdes, et interosseux, hypoexcitabilité des autres muscles. Membres inférieurs : au faradique triceps fémoral seul normal, hypo des jumeaux, extenseurs, pédieux et fléchisseurs plantaires, — au galvanique, hypo du triceps fémoral, forte hypo des jumeaux, extenseurs et fléchisseurs plantaires, abolition des pédieux. Bourguingon et Roederer (Soc. méd. de Paris, 23 oct. 1920 notent une élévation notable de la chronaxie dans les muscles de la jambe et du pied.

(1) H. Roger et Parrocel. Les réactions labyrinthiques dans la maladie de Friedreich, *Soc. d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est*, 28 janv. 1928.

b. Les *troubles oculaires du malade* sortent également du cadre classique.

Habituellement le Friedreich n'a aucune paralysie extrinsèque ni intrinsèque, aucune altération du fond d'œil. Cette intégrité du nerf optique le différencie nettement de l'hérédoataxie cérébelleuse, qui frappe à peu près toujours ce nerf.

Mentionnons quelques exceptions : décoloration des papilles, dans un cas de Leenhardt et Mlle Sentis (*Languedoc méd.*, 10 sept. 1919), qui évoluait par poussées avec réactions méningées clinique et cytologique et qui ne s'accompagnait ni de pied bot ni de scoliose, léger degré d'atrophie optique dans le cas de Benelli, Zucarelli, Fourteau et Donati (Comité méd. des Bouches-du-Rhône, 6 mai 1927), qui comportait une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le *nystagmus* est à peu près le seul signe oculaire, nystagmus surtout dans le regard de face, de type horizontal à secousses moins amples que dans la sclérose en plaques, parfois à oscillations incoordonnées, d'où le nom de nystagmus ataxique donné par certains auteurs.

Or ici nous avons des paralysies oculaires et presque pas de nystagmus. L'œil droit est en strabisme supéro-externe persistant, avec une vision de 7/10. La pupille droite est en légère mydriase et réagit très faiblement à la lumière. Fond d'œil et champ visuel sont normaux. Le nystagmus est très intermittent et apparaît surtout dans le regard en haut et à droite.

Nous verrons comment quelques-unes de ces anomalies peuvent s'expliquer par les circonstances étiologiques particulières à ce cas.

4. Faits étiologiques. — La maladie de Friedreich est une maladie plus familiale que vraiment héréditaire, du moins si on envisage l'hérédité directe. La maladie débute dans le jeune âge et rend le plus souvent l'individu qui en est atteint, infirme avant l'âge habituel du mariage et de la procréation. A côté de cas comme la famille Woodcock soignée par Ormerod où sept enfants sur huit étaient atteints, comme la famille observée par Latil où huit membres étaient frappés en quatre générations, les cas isolés ne sont pas rares.

La *famille* de notre adolescent se compose de six personnes. Le père et la mère, qui ne sont unis par aucun lien de consanguinité, sont fixés en Corse, mais sont originaires de l'Italie : ils sont en excellente santé. Parmi leurs ascendants, ils n'en connaissent aucun ayant eu des troubles de la marche. Ils ont eu cinq enfants, dont un mort à trois ans de méningite. La mère n'a pas eu de fausse couche. Les quatre survivants sont : un fils âgé de vingt-trois ans que nous avons pu examiner, qui est robuste, bien constitué et qui ne présente aucun stigmate de dégénérescence, une fille âgée de dix-neuf ans atteinte d'otite chronique, notre malade et un fils de vingt et un ans, qui vient de terminer son service militaire dans l'auxiliaire (intendance) à cause de ses pieds. Ceux-ci seraient un peu tournés, ressembleraient un peu à ceux de notre patient, mais lui permettraient la marche rapide : il aurait également les mains un peu déformées. Il nous est difficile, sans avoir examiné ce jeune homme, qui habite la Corse, de conclure chez lui à un Friedreich, quoique l'on connaisse les formes frustes ne se traduisant que par des pieds creux avec abolition des réflexes.

Notre malade, d'après les dires de sa mère, est né à terme, normalement constitué. Il a fait à un an une bronchopneumonie sans phénomènes cérébraux. Il a marché à dix-huit mois et a parlé vers la même époque. Il se développait normalement tant au physique qu'au moral, quand, à l'âge de neuf ans, il est atteint d'une infection aiguë grave. Pendant une dizaine de jours, l'enfant est presque sans connaissance, présentant par moment des mouvements plutôt incoordonnés et choréoathétosiques que convulsifs, du strabisme. Quand on veut le lever, il tient mal sur ses jambes. La convalescence est longue. Deux mois après cette infection, pour laquelle on peut rétrospectivement parler de *méningo-encéphalite*, on remarque les déformations des pieds, puis la diminution de force et les anomalies des mains, plus particulièrement de la droite; enfin s'installent les troubles de la marche. Depuis deux ans, ceux-ci ont progressé d'une façon lente. L'intellect paraît également s'être un peu affaibli depuis cette période.

Les troubles actuels sont donc apparus, après cette méningoencéphalite. N'étaient-ils pas un peu ébauchés avant? Et cette infection des centres nerveux n'a-t-elle fait que donner un coup de fouet à la maladie qui sommeillait? Il est bien difficile de conclure d'une façon formelle : mais la mère paraît assez observatrice pour avoir foi en ses dires.

Ce n'est pas la première fois qu'une infection a paru marquer le début d'un Friedreich. Nous trouvons dans la littérature les cas de Taylor après diphtérie (*Proc. of the royal soc. London*, 11 déc. 1913), de Rosembaum après coqueluche (*Semaine méd.*, 9 mars 1896), de Rauzier, Baumel et Giraud après une pyrexie indéterminée, de Katz après une scarlatine compliquée de méningite cérébrospinale, un cas après rougeole (Segri). Tedeschi a soutenu l'origine tuberculeuse.

De quelle nature était la méningoencéphalite de cet enfant? Nous avons toutes raisons de conclure à de l'*hérédosyphilis*. Les caractères de cette méningoencéphalite qui a laissé du strabisme, les atrophies musculaires des mains qui persistent dans ce cas, quelques dysmorphies faciales (nez légèrement épaté, oreilles écartées, voûte ogivale) sans mauvaise implantation dentaire, l'inégalité et la paresse pupillaires, surtout la *réaction de Bordet-Wassermann qui était positive dans le sang*, il y a quatre mois (et qui est devenue actuellement négative, ainsi que celle du liquide céphalo-rachidien, après un traitement bismuthique) nous font penser à de l'hérédosyphilis. Le Bordet-Wassermann de la mère est négatif : nous n'avons pu faire celui du père.

Pour Déjerine et Thomas « la maladie de Friedreich ne paraît pas devoir compter parmi les méfaits de la syphilis héréditaire ». Cependant bien des observations ont été publiées qui paraissent démonstratives. Nous n'en voulons comme preuves que le cas présenté fort récemment au Comité médical des Bouches-du-Rhône (6 mai 1927) par Benelli,

Zuccarelli, Fourteau et Donati où la réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

D'après les dernières études de Foix et Tretiakoff sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich, les lésions vasculaires qu'on y rencontre parfois, inhabituelles à l'âge où succombent d'habitude ces malades, permettent de poser la question de l'origine toxiinfectieuse plutôt que protopathique de la maladie. Tretiakoff n'a-t-il pas rencontré avec Marinesco des malformations cellulaires et des hétérotypies, rappelant celles de la méningoencéphalite à laquelle on a donné le nom de paralysie générale juvénile?

Dans notre cas nous pensons pouvoir conclure à l'influence de l'hérédosyphilis. Si un examen ultérieur venait à rattacher au Friedreich les pieds bots du frère du malade, nous ne verrions aucun inconvénient à rattacher ces deux cas familiaux à la même infection syphilitique héréditaire.

LES SURDITÉS RHINOGÈNES

LEUR TRAITEMENT PAR LES INSUFFLATIONS TUBO-TYMPANIQUES DE VAPEURS SULFURÉES NATURELLES

Par le docteur Henri PELON (de Luchon),
Lauréat de l'Académie de médecine.

Insister sur le grand nombre de sourds est inutile. D'autre part, la surdité invétérée, due à un processus très ancien de sclérose, guérit difficilement. Mais la surdité commençante, conséquence habituelle (90 p. 100 des cas de surdité, d'après Lermoyez) de la propagation à la trompe et à l'oreille moyenne de phénomènes congestifs et inflammatoires du rhino-pharynx est très rapidement améliorée et souvent guérie par les insufflations tubaires de vapeurs sulfurées naturelles.

Et tout d'abord, quelles sont les formes de surdité justiciables de cette méthode thérapeutique? Les voici, telles qu'elles ont été nettement précisées par la Société de clinique thérapeutique thermale de Luchon. Ce sont : 1° les catarrhes tubaires subaigus prolongés; 2° les catarrhes chroniques, secondaires aux rhinites, adénoïdes, etc.; 3° l'otite moyenne exsudative; 4° l'otite adhésive post-catarrhale sans propagation au labyrinthe.

La cure thermale sulfurée, indiquée en pareil cas, s'adresse :

1° A l'état général, au terrain sur lequel évolue l'affection locale (boisson, bains, douches, étuves);

2° Aux lésions de voisinage, naso-pharyngées, point de départ de l'inflammation tubo-tympanique (pulvérisations, humages, gargarismes);

3° A l'oreille elle-même par les insufflations tubaires de vapeurs sulfurées *naturelles*, pratiquées par le médecin, à l'établissement thermal, grâce à un dispositif extrêmement simple.

Ces insufflations ont une double action :

Mécanique;
Modificatrice.

L'action mécanique est due à l'air sulfuré insufflé sous une pression, graduable à volonté, qui rompt progressivement les adhérences de la trompe et de la caisse, permet au tympan, rétracté, de reprendre sa position normale et sa fonction, et rétablit enfin la mobilité de la chaîne des osselets.

L'action modificatrice et décongestionnante de la muqueuse est due à la température et à la sulfuration des vapeurs qui arrivent dans la caisse à 38 ou 39 degrés centigrades, chargés de tous leurs principes, actifs (soufre en vapeur, hydrogène sulfuré, gaz rares, émanation, etc.).

Cette méthode de traitement thermal des formes de surdité spécifiées plus haut, aboutit en dernier lieu au rétablissement de la perméabilité de la trompe et à la restauration de l'intégrité de la muqueuse de la caisse.

L'excellence des résultats thérapeutiques obtenus est attestée par le nombre croissant de malades venant se soumettre à cette pratique qui, appliquée en temps opportun, amène la diminution progressive et la disparition des vertiges, des bourdonnements et de l'hypoacousie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MARS 1928)

Mesure de l'excitabilité des nerfs vaso-constricteurs chez l'homme. — MM. A. et B. Chauchard et J. Hurynowicz.

Sur une modification spontanée de la viscosité du sérum sanguin. — M. Lecomte du Noüy.

Infections parasitaires aiguës chez le mouton. — M. H. Carré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 MARS 1928)

M. le Président annonce la mort de M. Pitres, ancien doyen de la Faculté de Bordeaux, associé national de l'Académie. Il retrace sa vie et rappelle ses nombreux travaux. Ancien interne de Charcot, Pitres fut appelé à une chaire de la Faculté de Bordeaux, son pays natal. Il avait conservé de son passage à la Salpêtrière une prédilection pour la neurologie aux progrès de laquelle il a grandement contribué.

Pathogénie des grandes dilatations de l'œsophage. — M. Jean Guisez. On sait que l'œsophage peut se laisser dilater au point de faire dans le thorax une véritable poche dont la contenance peut atteindre 2 litres et plus de capacité, renfermant des aliments qui y macèrent pendant plusieurs jours. Il s'agit là d'une affection grave qui mène toujours, plus ou moins rapidement, les malades à l'inanition.

La pathogénie de ces grandes dilatations appelées longtemps idiopathiques est tout à fait discutée; pour les uns (Mickuliez) elle serait secondaire au spasme de la portion terminale de ce conduit, pour d'autres (Zenker, Rosenheim), il s'agirait de simple parésie des parois œsophagiennes; enfin, pour Krauss, le spasme du cardia et l'atonie de la paroi auraient tous deux la même cause : la paralysie du nerf pneumogastrique, nerf qui préside à la fois aux contractions de l'œsophage et à l'ouverture du cardia.

Pour Guisez, se basant sur 450 cas de grandes dilatations de l'œsophage qu'il a examinés à l'œsophagoscope, tout dépend simplement de la période à laquelle on examine le malade.

Dans les cas récents, il y a toujours spasme du sphincter terminal au niveau de la traversée diaphragmatique (phréno-cardio-spasme). Ce qui le prouve c'est que tous les cas peu anciens guérissent par la dilatation forcée multibougiraire.

Plus tard, l'évolution se fait dans deux sens différents; ou bien sur le spasme et par la stase alimentaire se greffent des lésions inflammatoires et la sténose devient véritablement organique fibro-cicatricielle qui doit se traiter comme tous les rétrécissements de cette nature (dilatation bougiraire, électrolyse circulaire); ou bien l'œsophage, incapable de réagir, se laisse distendre dans toute son étendue et même dans la région cardiaque; de là ces grandes dilatations sans sténose qui étaient autrefois des trouvailles d'autopsie.

C'est donc le spasme simple de la région du cardia qui est à l'origine de cette affection, et ce spasme a une cause uniquement locale qui réclame un traitement local de dilatation forcée multibougiraire.

La tuberculose des jeunes soldats. — M. BROUARDEL. La tuberculose devient pour notre pays un tel danger qu'on ne saurait prendre trop de mesures pour en arrêter le développement.

M. Brouardel a préconisé l'une de ces mesures, parfaitement réalisable comme le montre un projet de loi déposé par M. Justin Godart sur le bureau du Sénat, et basée sur les considérations suivantes : tout citoyen français doit à son pays le service militaire; actuellement les jeunes hommes tuberculeux sont réformés et restent chez eux, où ils se trouvent souvent dans des conditions déplorables et où ils contaminent leur entourage ; il conviendrait de prendre ces jeunes hommes comme sont pris les sujets valides et de les soigner dans des casernes présentement inoccupées et admirablement situées en pays de montagnes ou sur le littoral.

Cette proposition a été résumée par M. Brouardel sous la forme que voici :

« L'Académie émet le vœu que l'on profite de l'âge d'incorporation des jeunes soldats pour placer les tuberculeux dans des conditions où ils puissent être soignés et éduqués au point de vue de la prophylaxie de leur entourage. »

Ce vœu est renvoyé à la Commission d'hygiène composée de MM. Roux, Letulle et Auvray.

Sur un cas d'onychomycose produit par le sporotrichum Beurmani (de Beurmann et Ramond). — MM. A. SARTORY et J. MEYER ont observé un homme de trente-cinq ans atteint d'une affection grave des ongles, du pouce et de l'index des deux mains. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un champignon microscopique, le sporotrichum Beurmani.

Poliomyélite. — MM. RADOVICI et PETRESCO présentent une étude sur la dégénération basophile métachromatique des fibres nerveuses de la moelle épinière dans la poliomyélite aiguë épidémique.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la quatrième division (sciences biologiques et physiques, sciences naturelles).

La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, MM. Johansson (de Stockholm) et Nuttal (de Cambridge); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bettencourt (de Lisbonne), Escomel (de Sarequipa), Inada (de Tokio) et Rollier (de Leysin).

Au premier tour, le nombre des votants étant de 49, majorité 25, M. Johansson ayant obtenu 36 suffrages est proclamé élu.

Au second tour, le nombre des votants étant de 56 (majorité 29), M. Nuttal ayant obtenu 43 suffrages est élu.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Tiffeneau sur les candidats à deux places vacantes dans la quatrième division des membres correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1928)

A propos de l'urétéro-pyélonéostomie. — M. BAZY à propos de l'observation apportée récemment par M. Hartmann revient sur les avantages de ces opérations conservatrices et discute les théories exposées par M. LEGUEU.

A propos de la voie transrotulienne. — M. ALGLAVE insiste sur les avantages de la voie transrotulienne transversale pour l'exploration du genou, l'ablation des lésions méniscale et des séquelles des grands traumatismes.

A propos de l'arthrotomie exploratrice du genou. — M. DESCOMPS rappelle qu'il a décrit un procédé d'arthrotomie large du genou, transformation de la voie antéro-interne par incision à concavité externe.

Luxations récidivantes acquises de la rotule. — M. LECÈNE fait un rapport sur des observations de MM. MOULONGUET et BONNECAZE, qui, chez des malades atteints de luxations récidivantes acquises de la rotule, ont obtenu de bons résultats fonctionnels en maintenant la rotule en place par un faisceau musculaire actif ou par un muscle entier, créant ainsi une anse musculaire cravatant la rotule.

Rupture de l'artère méningée moyenne. — M. Jacques-Charles BLOCH (rapport de M. CUNÉO) dans un cas d'hémorragie intracranienne d'origine traumatique chez un homme de vingt-six ans, et rupture de l'artère méningée moyenne, a pu après trépanation et ligature de l'artère obtenir la guérison de son malade.

Rôle des artères anormales dans la pathogénie des hydronéphroses. — M. LEGUEU fait un long rapport sur un travail de M. FEY qui, d'après douze observations d'hydronéphrose conclut au rôle prépondérant des artères anormales dans la pathogénie de cette maladie qui pour lui n'est qu'un trouble fonctionnel, la distension n'étant qu'un phénomène secondaire. L'hydronéphrose reste dominée par une question de musculature et de motricité.

Anévrismes artério-veineux. — M. MOURE résume la discussion.

(SÉANCE DU 14 MARS 1928)

A propos de la thérapeutique radio-active. — M. DESCOMPS, à propos du rapport récent de M. Proust, rappelle qu'il a traité de volumineuses adénites cervicales chroniques par les solutions radio-actives injectées sous la peau, avec de bons résultats.

Radio-diagnostic gynécologique par le lipiodol. — M. C. BÉCLÈRE (rapport de M. GRÉGOIRE) présente un travail basé sur cent cas d'injections de lipiodol pour diagnostic gynécologique; ces observations montrent la supériorité du lipiodol sur toutes les substances opaques injectables; jamais l'auteur n'a eu à regretter d'accidents inflammatoires pelviens; il a étudié par ce moyen la perméabilité tubaire et envisage le traitement de la stérilité chez la femme.

Ulcéro-cancer de l'estomac. — MM. DUVAL et MOUTIER, étudiant la question de la transformation de l'ulcère simple de l'estomac en cancer, en arrivent à trouver que la cancérisation de l'ulcère est beaucoup plus rare qu'on ne le croit, et rapportent leur statistique personnelle.

Pour M. LECÈNE, la cancérisation d'un ulcère ne peut être démontrée que sur des pièces anatomiques minutieusement étudiées, et il engage les chirurgiens à réséquer les indurations calleuses gastriques pariétales, que celles-ci soient des ulcéro-cancers ou des cancers ulcérés.

A propos des ulcères peptiques. — M. PICOT apporte une observation d'ulcère récidivant après gastro-entérostomie pour ulcère perforé; guérison après gastrectomie étendue.

Exploration radiologique des lésions de la base du crâne. — M. WORMS présente une série de radiographies et apporte des observations relatives à la valeur de l'exploration radiographique pour le diagnostic des lésions de la base du crâne, à l'aide de certaines incidences récemment décrites par M. Hirtz.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 MARS 1928)

Étude de certaines propriétés du sérum sanguin dans des cas d'artérite sténosante ou oblitérante. — MM. Marcel LABBÉ, Jean HEITZ et P.-L. VIOLLE ont mesuré la réserve alcaline et étudié le test d'imbibition du muscle de grenouille, comparativement dans le sang général et dans le sang d'une veine du pied, chez trois malades atteints d'artérite d'un membre inférieur. La résorption de la boule d'œdème intradermique se montrait très accélérés dans le territoire où la circulation était troublée, bien qu'il n'y eût pas d'œdème à ce niveau.

Ils ont constaté qu'il n'y avait pas, chez ces malades, de modifications de l'équilibre humoral général. Quant à l'équilibre humoral local, il s'est montré normal dans deux cas; on constata une imbibition accrue du muscle plongé dans le sérum (comme cela s'observe chez les malades œdématiés) dans le seul cas où l'oblitération artérielle avait abouti à un arrêt complet de la circulation imposant l'amputation quarante-huit heures plus tard.

Effets de l'injection sous-cutanée d'acétylcholine sur l'artère rétinienne de l'homme. — M. Maurice VILLARET, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et M. L. JUSTIN-BESANÇON, ont observé que, dans la plupart des cas, une dose, même faible, d'acétylcholine, injectée par voie sous-cutanée, détermine une dilatation de l'artère rétinienne. Dans près de la moitié des cas, cette augmentation de volume est telle que le diamètre apparent de l'artère rétinienne se trouve à peu près doublé cinq minutes après l'injection d'acétylcholine.

C'est bien sur l'artériole que porte l'action vaso-dilatatrice de l'acétylcholine, dans ces conditions, car après l'injection sous-cutanée, chez l'homme, d'une dose faible de cette substance, on n'observe ni congestion de la face, ni rougeur des extrémités, en un mot rien qui indique une dilatation des capillaires.

Ces recherches expérimentales laissent entrevoir des applications cliniques, dans les cas où l'on constate un spasme de l'artère rétinienne.

Étude comparative de l'action d'un sérum précipitant sur les sérums de la mère et du fœtus. — MM. L. NATTAN-LARRIER et P. LÉPINE. Après avoir décrit une méthode qui permet de déceler les précipités inaccessible à l'examen direct, précipités que donne un sérum précipitant en présence du sérum normal correspondant, MM. L. Nattan Larrier et P. Lépine étudient comparativement l'action qu'exerce le sérum de la mère et le sérum du fœtus sur un sérum antihumain. Le pouvoir précipitant du sérum maternel n'est pas toujours égal au pouvoir précipitant du sérum fœtal; le sérum fœtal est souvent moins actif, moins spécifique que le sérum de la mère. Les substances protéiques du sérum maternel ne paraissent pas traverser le placenta.

Recherche de précipitines antimaternelles dans le sang fœtal et antifœtales dans le sang maternel. — MM. NATTAN-LARRIER et P. LÉPINE. Quelques auteurs ont admis que le sérum du fœtus peut à l'état normal traverser le placenta pour pénétrer dans la circulation maternelle. Des expériences rigoureuses faites à l'aide d'une technique spéciale permettent d'établir qu'à l'état normal, le sérum fœtal ne possède pas de propriétés précipitantes à l'égard du sérum maternel correspondant et que le sérum maternel ne possède pas davantage de propriétés précipitante à l'égard du sérum fœtal. Ces constatations paraissent démontrer qu'à l'état sain, le placenta ne se laisse franchir ni par le sérum maternel, ni par le sérum fœtal.

La lipodiérèse dans les organes respiratoires des vertébrés inférieurs. — MM. H. ROGER, Léon BINET et G. VERNE ont injecté de l'huile par la voie circulatoire à des grenouilles et à des poissons. L'étude histologique des organes prélevés, en sacrifiant les animaux à des moments de plus en plus éloignés, a montré une attaque indiscutable de l'huile arrêtée dans les capillaires du poumon ou de la branchie.

Les auteurs concluent que le poumon de la grenouille et que la branchie du poisson ont un pouvoir lipodiérétique; ces faits montrent que leurs premières observations faites sur le chien doivent s'appliquer aux organes respiratoires des vertébrés moins élevés dans la série animale.

Le pH et la réserve alcaline du sang chez les anxieux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, R. CORNÉLIUS et M. VINCENT. Frappés de l'extrême fréquence d'un pH élevé, alcalin, dans l'urine des anxieux, nous avons recherché dans le sang de ces malades quels étaient les caractères du pH et de la réserve alcaline. Ils montrent qu'à l'alcalinité ionique urinaire des anxieux correspond tantôt une alcalose sanguine franche, tantôt une alcalose compensée, le pH se maintenant normal malgré une forte réserve alcaline. Dans ce dernier cas, il y a lieu de penser que l'élimination du CO^2 du sang est retardée.

L'activité peroxydolytique des eaux minérales, son expression sous forme d'un indice numérique. — MM. MOUGEOT et AUBERTOT. Pour désigner le pouvoir spécial que possèdent de nombreuses eaux minérales de dissocier activement le peoxyde d'hydrogène, les auteurs préfèrent le terme de « peroxydolytique » aux expressions « catalytique » employée par R. Glénard et « peroxydasique » proposée par Billard et Mougeot.

Leur technique diffère de celle de Glénard en ce qu'ils opèrent à la T. ambiante et avec témoin d'eau distillée. L'indice est le quotient du résultat du flacon d'eau minérale par celui du témoin.

Amélioration du rendement fonctionnel du rein pathologique par l'ingestion de lacto-sérum. — MM. Maurice RENAUD, MULLER et MIGET. L'action stimulatrice, diurétique du lacto-sérum se fait sentir, dans une large mesure, sur les reins atteints des lésions les plus diverses.

Les différences entre les moyennes des bilans d'élimination obtenus après ingestion à jeun de 200 centimètres cubes soit d'eau, soit de lacto-sérum donnent la mesure de ce pouvoir diurétique. Alors qu'on obtient avec de l'eau 85 centigrammes d'urée, 65 centigrammes de chlorures, une constante à 130, on obtient avec le lacto-sérum 270 centigrammes d'urée, 190 de chlorures et la constante est ramenée à 78.

En accroissant le travail effectif des parties restées saines, en excitant les cellules encore peu touchées, l'ingestion de lacto-sérum améliore le rendement fonctionnel des reins insuffisants.

Neuro-infections auto-stérilisables (encéphalite, herpès, rage). — MM. LEVADITI, V. SANCHIS-BAYARRI et R. SCHOEN. D'expériences faites avec les virus encéphalitique, herpétique et rabique, il ressort qu'au cours d'une infection à virus neu-

rotrope, il est possible que la mort survienne à un moment où les réactions inflammatoires de l'encéphale, réactions à caractères nettement défensifs, ont déterminé une destruction complète du germe inoculé. Elles réussissent donc parfois à stériliser le névraxe, tout en occasionnant, par leur localisation et leur intensité, la mort de l'animal. Les auteurs appellent ces processus *neuro-infections mortelles auto stérilisables*.

Cette notion est appelée à expliquer ce fait, en apparence paradoxal, à savoir que, la plupart du temps, il a été impossible de déceler le virus chez les sujets atteints d'encéphalite léthargique, par inoculation de leurs centres nerveux au lapin et que les résultats ont été identiques lorsqu'on a étudié l'étiologie de l'encéphalite post-vaccinale. Il est, en effet, fort possible que chez de tels sujets, les réactions de défense aient par suite de leur intensité et de leur localisation, détruit le germe, tout en provoquant la mort.

Immunité locale cutanée antivariolique chez l'enfant de moins de trois mois (modalité d'immunité tissulaire des jeunes sujets). — M. LESNÉ et Mlle DREYFUS-SÉE ont pu mettre en évidence dans quelques cas une défense locale due à des propriétés spécifiques du tégument des nourrissons de moins de trois mois. Au cours de leurs recherches expérimentales sur le parallélisme de l'immunité antivariolique des mères et des enfants, ils ont rencontré deux groupes de sujets : dans un où les réactions sont parallèles, la recherche des anticorps sériques et la vaccination démontrent la transmission de l'immunité de la mère à l'enfant selon le mode congénital; dans un autre, il y a dissociation : chez des nourrissons nés de mères non immunisées et eux-mêmes dépourvus d'anticorps humoraux, l'inoculation de vaccin ne détermine aucune réaction pendant les trois premiers mois d'existence.

Il peut donc exister une résistance cutanée locale sans immunité humorale. A un moindre degré ce processus tégumentaire explique la nécessité de recourir lors des vaccinations dans le premier âge à des produits très actifs.

Sélection d'espèces animales à caractères immunitaires fixes. Transmission de ces caractères selon les lois mendeliennes et modifications durables obtenues par des vaccinations répétées. — MM. E. LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE. Au cours de nos recherches poursuivies sur cinq générations de souris, nous avons réussi à sélectionner deux espèces, l'une résistante, l'autre hypersensible vis-à-vis du pneumocoque type I.

Les animaux dont les caractères immunitaires étaient fixes et bien connus constituaient des réactifs biologiques d'une extrême sensibilité.

Par des expériences de croisement des deux espèces à caractères opposés, nous avons pu vérifier l'hérédité de ces propriétés immunitaires selon le type mendélien.

Enfin, en vaccinant deux générations successives, nous avons pu obtenir une modification durable de la sensibilité qui s'est transmise aux deux générations suivantes non revaccinées.

Il y a grand intérêt, au point de vue expérimental, à opérer sur des animaux sélectionnés de façon à être comparables entre eux; on devine les conséquences en pathologie générale et au point de vue prophylactique et immunitaire de la transmission héréditaire des modifications dues aux vaccinations répétées sur plusieurs générations.

Dissociation des facteurs de croissance et antirachitiques. — MM. E. LESNÉ, R. CLÉMENT et S. SIMON. Certaines huiles de foie de morue, très riches en facteur de croissance, sont pauvres en facteur antirachitique, mais il n'en est pas de riches en facteur D et pauvres en facteur A. D'autre part, la levure de bière irradiée, très pauvre en liposoluble, est cependant très active contre le rachitisme. Le facteur antirachitique ne saurait donc être confondu avec le facteur liposoluble de croissance.

Excrétion de l'acide urique et diurèse. — M. R. GOIFFON. Si on inscrit en ordonnées les rapports $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ et en abscisses le taux de l'urée mesuré sur des échantillons d'urines de sujets sains, on décrit une courbe d'allure hyperbolique. Ce fait montre que la concentration de l'acide urique dans l'urine, malgré les variations du débit aqueux, tend à être constante.

Technique de culture pour surcoloration de colonies bactériophagées. — M. BORREL a appliqué la méthode de culture en flacon spécial qui lui a déjà donné d'excellents résultats pour l'étude cytologique de cellules cancéreuses restées adhérentes au verre.

Il suffit d'ensemencer le microbe à étudier dans une goutte de filtrat bactériophagique et d'étaler sur le fond de la boîte spéciale pour culture de tissus. On recouvre ensuite d'une couche gélose.

Le coli et le staphylocoque ont été étudiés.

Les colonies se développent, les unes à la surface de la gélose, d'autres à l'intérieur de la gélose; mais les seules intéressantes sont les colonies développées au contact de la paroi entre gélose et verre.

Les préparations sont faites très facilement en décollant la rondelle; les colonies intéressantes restent collées au verre, on fixe et on surcolore (tannate de fer et fuschine).

Déjà, au bout de huit heures, on commence à voir la lyse qui commence à la périphérie des colonies ; en vingt-quatre heures toute la colonie est lysée.

Si la gélose employée n'est pas trop humide, le fond de la préparation reste très pur, même après surcoloration, et on peut suivre d'heure en heure les progrès de la lyse.

Dès le début de la lyse, déjà après huit heures, on peut voir autour de la colonie de coli ou de staphylocoque en voie de lyse, un halo granuleux qui paraît particulièrement intéressant à l'auteur.

En vingt-quatre heures les colonies sont totalement lysées tout en restant collées au verre.

M. Borrel montre des photographies du microbe de la péripneumonie, du molluscum contagiosum, de la vaccine, etc., et pense qu'il y a une certaine analogie dans les aspects microbiens obtenus en employant toujours la même méthode de surcoloration seule applicable à l'étude des microbes dits invisibles.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique des maladies de la première enfance (1) [2e série], par A.-B. MARFAN.

Dans ce nouveau volume, M. le professeur Marfan s'occupe, d'abord, d'une question tout à l'ordre du jour, celle de la *syphilis congénitale* dont il décrit successivement les signes qu'il divise en signes de certitude : pemphigus, coryza, mégalosplénie, syphilides, impotence pseudo-paralytique des membres, et en signes de probabilité : antécédents, melæna, vomissements habituels, adénite sus-épitrochléenne, hydrocèle irréductible persistante, convulsions essentielles précoces, strabisme convergent, etc.; le diagnostic, souvent aidé par les résultats, sagement interprétés, de la réaction de Wassermann; le traitement et la prophylaxie. Vient ensuite la question, non moins d'actualité, des *anémies dans la première enfance*, parmi lesquelles une place importante revient à l'anémie pseudo-leucémique et à la chlorose des nourrissons. Le *rachitisme* ne comprend pas moins de six leçons, consacrées, les unes, à l'affection proprement dite, les autres,

(1) In-8 de de 659 pages. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

aux craniotabes et aux théories pathogéniques actuellement en faveur, qui reposent sur l'étude des résultats expérimentaux comme sur la discussion des rapports entre le rachitisme et les rayons solaires. Les leçons suivantes traitent des diverses affections osseuses : *scorbut de la première enfance, achondroplasie, dolichosténomélie, fragilité osseuse congénitale.* Viennent ensuite les dermatoses des nourrissons : *eczémas, prurigo, strophulus, éruptions sudorales* et *pyodermites, pemphigus épidémique.* L'ouvrage se termine par une série de leçons relatives aux affections nerveuses du premier âge : *méningite cérébro-spinale, hydrocéphalie, hémorragies méningées, encéphalopathies congénitales* ou *précoces, myxœdèmes, imbécillité mongolienne, paralysies faciales du nouveau-né, convulsions, tétanos.*

Telle est, en quelques lignes, l'ordonnance de cette nouvelle série. Mais comment, par cette simple et sèche énumération, en faire ressortir tout l'intérêt? Cet intérêt, elle le doit d'abord au choix des sujets : en est-il beaucoup qui soient plus d'actualité, hélas, que la syphilis, certaine ou probable dans environ 25 p. 100 des cas, que le rachitisme, toujours aussi fréquent, que les dermites des nourrissons, que les convulsions du premier âge? Elle le doit aussi à la façon magistrale dont ils sont traités. M. le professeur Marfan a beaucoup lu et beaucoup retenu mais sa longue expérience lui permet, sur la plupart des questions, d'avoir une opinion personnelle et de la soutenir avec vigueur. On l'a bien vu aux séances de la Société de pédiatrie quand on y a débattu la question des signes propres à l'hérédo-syphilis. Davantage encore, on s'en apercevra en lisant les leçons de la *Deuxième série de la Clinique des maladies de la première enfance* où l'auteur, à propos de problèmes sur lesquels il a longuement médité, ne craint pas de prendre position et d'affirmer, par exemple, que l'efficacité des rayons ultraviolets n'explique pas la pathogénie du rachitisme, ou encore que le craniotabes vrai est toujours une altération due au rachitisme précoce, son unique cause étant la syphilis congénitale. Il a la clarté, la méthode, la chaleur oratoire. Tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'assister à ses leçons savent combien, par son ardeur, que quarante ans d'enseignement n'ont point lassée, il excelle à rendre passionnantes les questions les plus arides. Ils retrouveront dans ce beau livre, dédié à la mémoire de Peter et que la maison Masson a édité avec son soin coutumier, ces qualités de science et de conscience, d'érudition, de méthode, et, surtout, cette chaude lumière, cet éclat, cette force de conviction et de persuasion qui ont toujours été siennes, et auxquelles il doit la plus belle et la plus légitime des réputations.

L. BABONNEIX.

Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme Etude physiologique, clinique et thérapeutique (1), par le docteur Gaston Cotte, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux.

Au triple point de vue physiologique, clinique et thérapeutique, ce livre établit le bilan de ce que nous savons et de ce que nous ignorons encore sur les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, il apporte dans l'étude de ces troubles une documentation et une précision qui manquaient jusque-là. A ce titre, il rendra service non seulement aux gynécologues qui s'intéressent plus spécialement à ces différents problèmes, mais encore à tous les praticiens qui trou-

(1) Un volume gr. in-8 de 570 p., avec 117 fig. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

veront là une documentation clinique et thérapeutique très complète.

Mieux qu'une analyse l'énumération des chapitres de l'ouvrage montre combien cet ouvrage est complet :

I. La menstruation et ses troubles.
II. La copulation, le sens génital et leurs troubles.
III. La fécondation de l'ovule, la nidation de l'œuf et leurs troubles.
IV. Les sécrétions de l'appareil génital et leurs troubles. Leucorrhées, et hydrorrhées.
V. La circulation sanguine de l'appareil génital et ses troubles.
VI. L'innervation de l'appareil génital et ses troubles.
VII. Les insuffisances ovariennes et les troubles consécutifs à castration.

NOTES POUR L'INTERNAT

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT[1]

FORMES CLINIQUES

1. **Formes foudroyantes.** — Mort par shock nerveux ou par hémorragie.

2. **Formes graves.** — Il est capital de remonter le blessé avant d'intervenir.

3. **Formes latentes.** — Elles sont graves par le fait même.

Parfois pas de shock au début. C'est l'examen complet qui montre les signes de gravité.

Parfois aucun signe au début, mais :

Soit le lendemain;

Soit huit jours plus tard, en deux temps, apparaissent les accidents d'hémorragie ou de perforation.

DIAGNOSTIC

1. **Avant tout c'est l'existence de lésions viscérales qu'il faut dépister.**

Au début c'est inutile et impossible.

Dans les heures suivantes :

Le diagnostic d'hémorragie est facile,

Ne pas confondre cependant les signes d'anémie aiguë avec une persistance du shock nerveux.

Le diagnostic de perforation est plus difficile,

On a proposé pour le faire des ponctions exploratrices ;

Par le Douglas;

Au niveau de l'épine iliaque ;

Ou une boutonnière sus-pubienne.

Ces procédés sont insuffisants et à rejeter.

Le meilleur *signe clinique est la contracture généralisée et dans tous les cas de doute l'intervention s'impose.*

Le diagnostic du viscère lésé est intéressant pour la voie d'abord, mais c'est un diagnostic souvent très difficile.

a. **S'il y a signes d'hémorragie interne** il s'agit probablement de lésions d'un viscère plein.

1. *Le foie.* — Choc de l'hypocondre droit.

Douleur irradiant à l'épaule droite.

Tableau de grosse hémorragie, sauf s'il y a hématome sous-capsulaire.

Matité dans la fosse iliaque droite.

Exceptionnellement pigments biliaires dans les urines.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1928, n° 26, p. 478.

2. *La rate.* — Traumatisme de l'hypocondre gauche.

Douleurs à l'épaule gauche.

Antécédents fréquents de paludisme.

Grosse hémorragie.

3. *Le pancréas.* — Shock intense et signes d'hémorragies, parfois peu de chose au début et évolution vers le faux kyste du pancréas.

4. *Le rein.* — Tableau très spécial. Traumatisme lombaire.

La rupture est soit sous-capsulaire :

Hématurie légère (sonder);

Contracture lombaire;

Douleur lombaire.

Soit extracapsulaire : Grosse hématurie;

Gros hématome périrénal.

Contracture lombaire.

Soit éclatement du rein ou rupture du pédicule :

Grosse hémorragie interne.

5. *Le mésentère.* — Déchiré ou désinséré.

Tableau d'hémorragie interne.

Parfois sphacèle intestinal se révélant les jours suivants.

b. **Syndrome de perforation.** — Lésions d'un viscère creux.

1. *Le grêle.* — Organe le plus fréquemment lésé.

Traumatisme péri-ombilical.

Parfois éclatement. Lésions multiples.

2. *Le gros intestin.* — Plus rare.

Choc latéral.

3. *Le duodénum.* — Deuxième portion et angle duodéno-jéjunal. Très grave.

4. *L'estomac.* — Choc épigastrique.

Parfois hématémèses qui sont pathognomoniques.

5. *La vessie.* — Choc hypogastrique.

Signes fonctionnels. — Troubles de la miction. Quelques gouttes d'urine sanglante.

Signes physiques. — Pas de globe vésical.

Pas de matité.

Cathétérisme. Urètre indemne. On ne ramène qu'un peu d'urine sanglante.

Il est difficile de savoir si la rupture est intra ou extra-péritonéale. Il faut *dans tous les cas intervenir* pour éviter la péritonite ou le phlegmon de Retzius.

6. *La vésicule biliaire.* — Rare.

Souvent péritonite par rupture de la vésicule infectée.

Pratiquement le diagnostic du viscère lésé est basé sur le lieu du choc et par

Le siège du maximum de contracture.

TRAITEMENT

1. **Pré-opératoire.** — Combattre le shock.

2. **Opération.** — *Laparotomie médiane* sus-ombilicale, le plus souvent élargie au besoin.

Exploration méthodique, penser à la multiplicité des possibles lésions.

Traitement des lésions. — Foie et pancréas : suture ou tamponnement.

Rate : splénectomie.

Mésentère : ligature si lésion basse, sinon résection de l'anse intestinale correspondante.

Perforation intestinale : suture en deux plans ou résection.

Drainage inutile si opération précoce, sinon drainage large ou Mickulicz.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Service automobile P.-L.-M. entre la gare et le port de Nice. — Pour faciliter la traversée de Nice aux voyageurs à destination ou en provenance de la Corse, un service automobile P.-L.-M. fonctionne dans cette ville entre la gare et le port.

Prix : 7 fr. par voyageur; transport des bagages de cabine compris.

Retenir ses places au bureau des coupés et omnibus de famille, à la sortie de la gare de Nice (à gauche) ou au débarcadère des paquebots venant de Corse.

N° 29. — SAMEDI 7 AVRIL 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 7 AVRIL 1928. — N° 2.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Jury de nomination.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Ravaut, Milian, Grenet, Renaud, Laffitte, Lesage, Darré, qui acceptent; Teissier, Carnot, Desmarest, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hartmann, Auvray, Baudet, Gernez, Okinczyc, qui acceptent; Lejars, Emile Weill, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes le lundi 25 juin 1928.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le professeur Manuel Quintela, ancien doyen de la Faculté de médecine de Montevideo.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Médaille des évadés.* — Avec maintien de la citation accordée à l'occasion de l'évasion : M. Abely, médecin-major de 2e classe de réserve du Service de santé du 17e corps d'armée.

COMMISSION SUPÉRIEURE DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — Est maintenu membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre ans : M. le docteur Got, directeur de la Société mutuelle d'assurances la Mutualité industrielle.

— Sont spécialement adjoints à la Commission supérieure des maladies professionnelles en vue de l'extension de la loi du 25 octobre 1919 aux maladies causées par le radium et autres substances radio-actives et dans les termes de l'article 10 : MM. Pilon et Albert Buisson; MM. Vaillant et Becquerel.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LUMIÈRE. — Le Comité d'organisation a décidé que la première conférence internationale de la lumière (physique, biologie, thérapeutique) se tiendrait les 4, 5, 6 septembre, à Lausanne, et le 7 septembre à Leysin, où sera fêté le 25e anniversaire de l'installation du docteur Rollier dans cette station.

Les travaux scientifiques, dont les sujets seront prochainement publiés, comporteront pour la plupart une conférence-rapport introductive, suivie d'une discussion et de courtes communications.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 8e décade (11-20 mars 1928), 1.303 décès, au lieu de 1.318 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.386, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 34 décès, au lieu de 39 pendant la décade précédente (moyenne 32). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 580, au lieu de 521 pendant la décade précédente (moyenne 441).

La scarlatine a causé 8 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 161; il s'élevait à 206 pendant la décade précédente (moyenne 87).

La coqueluche a causé 8 décès, au lieu de 15 pendant la décade précédente (moyenne 9).

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 101, au lieu de 114 (moyenne 89).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Célestin Baudoux, ancien médecin chef de l'hôpital civil de Laeken; Maurice Rollet, directeur du bureau d'hygiène d'Auxerre; M. Léon Midy, fabricant de produits pharmaceutiques.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la

Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 avril 1928, à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La lutte antivénérienne dans l'armée », par M. Gastou, chef de laboratoire de l'hôpital Saint-Louis.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Transfusion du sang (1 leçon). — Technique et indications.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le 30 avril et seront terminés le 25 mai 1928.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année, en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CHAIRE D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET DE CLIMATOLOGIE. (Professeur : M. Maurice VILLARET.) — *Petit V. E. M. des étudiants.* — Un voyage d'études aux eaux minérales, destiné aux étudiants de 5e année ayant subi leur examen de thérapeutique, sera organisé par M. Maurice Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, pendant les vacances de la Pentecôte.

Dates : 28, 29 et 30 mai 1928 ; région : Bourbonnais ; cotisation : 250 fr. au maximum.

La liste d'inscription sera établie d'après la note obtenue à l'examen de thérapeutique. Un certain nombre de places sera réservé aux internes des hôpitaux.

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (M. Deval) jusqu'au 15 mai 1928.

CORRESPONDANCE

31 mars 1928.

Mon cher collègue,

Puis-je solliciter de votre obligeance la rectification d'un erratum, par suite duquel une de vos analyses risque d'être inintelligible.

Dans votre n° 24, p. 426, C. R. de la Société de biologie, analyse de notre deuxième communication avec M. R. Wolff sur le pouvoir réducteur du rein, il faut lire partout, dans le titre et dans le texte, rH (terme utilisé par les chimistes américains pour désigner le potentiel d'oxydation-*réduction*) au lieu de pH.

Il faut donc lire : L'élimination des colorants utilisés pour la mesure du rH, etc.

De même, dans notre première note où il est question à la fois de pH et de rH, il faut lire rH au lieu de pH à partir de la 10e ligne.

Recevez, etc. L. JUSTIN-BESANÇON.

LIVRES NOUVEAUX

Accidents et dangers de l'électricité (1), par le docteur DUHEM, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades.

Après avoir étudié l'action physiologique des courants électriques, l'auteur s'attache particulièrement à l'étude du mécanisme de la mort dans l'électrocution et cherche, dans l'étude des causes les plus fréquentes de ces accidents, à démêler la part qui peut incomber à la défectuosité des installations de celle beaucoup plus grande, qui est due à l'ignorance ou à l'imprudence du public.

Tout le texte est illustré d'exemples d'accidents de causes bizarres, étranges et si souvent mystérieuses.

Les symptômes, les séquelles, les complications des accidents électriques y sont copieusement étudiés, et pour terminer, l'auteur consacre deux chapitres importants aux traitements des accidents électriques et aux mesures préventives qu'il convient d'appliquer pour en prévenir le retour.

Ce livre présente une utilité pratique incontestable et devra se trouver entre les mains de toutes les personnes qui utilisent l'énergie électrique. L. G.

(1) Un vol. in-8 (20 × 13) de 72 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, 1928. Gauthier-Villars, éditeur.

REVUE GÉNÉRALE

POSITION DE LA QUESTION DES GREFFES DE TISSU GLANDULAIRE

CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ L'HOMME [1]

Par R. LERICHE,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de souligner l'importance de la question que le Comité des Journées médicales et vétérinaires marocaines m'a demandé d'exposer devant ses adhérents.

Cependant, à mon sens, elle dépasse, de beaucoup, la portée d'un simple sujet médical contesté. On doit y voir un sujet très élevé de biologie générale dont la solution est capitale pour la thérapeutique chirurgicale de l'avenir.

La chirurgie se heurte, en effet, depuis longtemps, à un problème difficile que la médecine interne n'a pas réussi à trancher, et qu'il y aurait intérêt à aborder au moyen des greffes glandulaires, celui des *évolutions morbides du tissu conjonctif*.

Ces évolutions dominent toute la pathologie de la seconde partie de la vie et voici comment on peut les envisager, très hypothétiquement encore aujourd'hui. Normalement, une fois la croissance terminée, le tissu conjonctif demeure à l'état statique. Charpente de nos tissus et de nos organes, support vasculaire, lieu d'échanges humoraux, il reste sensiblement identique à lui-même, en équilibre avec les épithéliums. Son rôle paraît peu important et la génération médicale à laquelle j'appartiens a été élevée dans l'idée qu'il n'était guère qu'un tissu de remplissage, serf des éléments nobles, soumis à leur destinée, ne se sclérosant qu'au jour où les épithéliums sont devenus insuffisants.

Je ne crois pas que cette conception Nietzschéenne de la biologie doive être maintenue. Le tissu conjonctif nous apparaît de plus en plus comme un tissu de première importance, ayant sa vie propre, capable d'influencer directement la destinée des épithéliums. Cette vie est régie avant tout par les actions vasomotrices. Mais elle est soumise aussi aux variations de qualité de sang qui leur est apportée et tout spécialement aux variations hormonales. On ne pense pas assez que c'est dans le tissu conjonctif que se consomment physiologiquement nombre de produits hormoniques et que si ceux-ci ne sont plus normaux ou sont insuffisants, les mutations conjonctives sont viciées. Cependant, il n'est que de regarder pour s'en convaincre. Songez aux tissus secs, amaigris, hypervascularisés des basedowiennes, aux parties molles épaissies infiltrées d'un myxœdémateux. Songez que l'acromégalie est avant tout une maladie à déterminisme conjonctif que les castrats ont une peau fine et un panicule adipeux important, que les femmes privées d'ovaire deviennent obèses et empâtées. Pensez encore que les individus et les races sont bien plus qu'on ne le croit dominés par des actions hormoniques et qu'un jour, sans doute, nous serons les uns et les autres classés d'après nos constantes somatiques dans des catégories hormonales, car il y a parmi les hommes normaux des types hypophysaires, des types thyroïdiens, des types testiculaires, aussi bien, du reste, psychiquement que physiquement.

C'en est assez pour faire voir quelles extraordinaires actions les glandes à sécrétion interne ont sur le tissu conjonctif à l'état physiologique.

Et dès lors, il est permis de penser que si la vie de chaque jour des substances conjonctives est ainsi régie par des actions hormoniques, il serait fort possible que la pathologie du conjonctif et en particulier les scléroses relèvent de viciations glandulaires larvées. Tout ce que nous apprennent les cultures de tissus nous montre qu'il y a là sans doute une grande part de vérité, et on peut penser qu'un jour viendra où, mieux avertis de la vie du tissu conjonctif et de ce qui en règle les évolutions, nous pourrons essayer d'en aborder physiologiquement l'étude par l'apport de greffes appropriées.

*
* *

Mais les greffes sont-elles possibles?

Pour s'en tenir à la simple expérience chirurgicale actuelle, nous devons répondre non. D'innombrables essais de toutes sortes ont surabondamment montré depuis trente ans que la chirurgie ne greffe rien qui s'implante sur l'individu, y prenne racines et vie en dehors de ce qui lui appartient déjà en propre sinon la peau. Tout ce que nous transportons d'un homme à un autre homme, même s'il s'agit de proches parents, meurt, reste plus ou moins longtemps, parfois très longtemps en tolérance aseptique, puis est repris par l'organisme récepteur, phagocyté, résorbé, détruit et remplacé pièce par pièce par du tissu conjonctif, néoformé venu du porteur. Finalement il n'en reste rien qu'il s'agisse d'aponévrose, de graisse, d'os, de tendons, de nerfs, de vaisseaux, si nous négligeons quelques implantations de cellules conjonctives en bordure du morceau transplanté qui se greffent parfois. Tout ce que nous transplantons n'est qu'une prothèse temporaire, servant de maquette à une réhabitation conjonctive. Bref, nos greffes, quand elles ne sont pas autoplastiques, ne sont jamais des greffes. Si le transplant est hétéroplastique, il est plus difficile à faire tolérer et à moins qu'il ne soit d'une substance dense, impénétrable au tissu conjonctif comme l'ivoire, l'organisme s'en débarrasse très vite. Conformément aux idées de Leo Loeb, nous avons une individualité humorale qui ne nous permet pas de tolérer ce qui n'est pas de nous, ce qui n'a pas longuement vécu de notre vie et n'est pas adapté à nos propres humeurs.

C'est ce que démontre la pratique de la transfusion et la nécessité absolue où nous sommes de classer les individus d'après leur parenté sanguine sans que la question de commune origine ait la moindre utilité. On pourrait d'après cela penser que du point de vue des greffes homoplastiques il y a lieu de ne rapprocher tissulairement que des indi-

(1) Conférence faite aux Journées médicales et vétérinaires marocaines.

vidus de même groupe sanguin. Mais la question est plus complexe encore, et cela ne suffit pas.

Nous devons donc déclarer sans ambage qu'en l'état actuel des choses, la greffe interhumaine et entre espèces n'est pas possible, qu'elle échoue pratiquement toujours en tant que greffe et qu'à plus forte raison, c'est un leurre de chercher à greffer des tissus d'une espèce à une autre, même s'il s'agit d'une espèce zoologiquement voisine.

Mais si nos règles de thérapeutique qui représentent une codification nécessaire de ce qui est professionnellement légitime à un moment donné chez l'homme, sont une chose, la recherche biologique en est une autre. C'est sur ce terrain que se prépare la chirurgie de l'avenir (1). C'est là que naissent les incessants perfectionnements de l'art de guérir. Et, dans ce domaine, tout essai est légitime!

Nous ne devons donc pas nous contenter dans une question de ce genre d'examiner l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale et quand des chercheurs consciencieux viennent nous proposer une méthode nouvelle grosse de conséquences, faisant miroiter à nos yeux des possibilités attrayantes, nous ne devons pas nous abriter derrière cette chose, essentiellement changeante qu'est la tradition, en matière scientifique pour leur opposer une fin de non-recevoir. Car la tradition d'aujourd'hui c'est la nouveauté retentissante d'hier. Et chacun de ceux qui cherchent et qui, quand ils ont trouvé quelque chose, bousculent des dogmes reçus est, sans qu'il s'en doute, le forgeron de ce qui sera le classicisme pour ses successeurs.

Dans un de ses plus charmants contes pour la jeunesse, A. France nous montre Balthasar essayant de faire voir à son mage Sembolitis l'étoile nouvelle qui bientôt le conduira à Bethléem, mais Sembolitis ne vit pas l'étoile parce qu'il ne voulait pas la voir. Savant et vieux, il n'aimait pas les nouveautés.

Ne faisons donc pas les Sembolitis et essayons de voir sincèrement, tous yeux ouverts, si l'étoile nouvelle est comète ou feu follet.

Pour cela il faut partir d'une base sûre. Il n'y en a qu'une, celle de la physiologie et de l'histologie. Nous devons donc avant d'aborder la question de la greffe glandulaire chez l'homme, examiner ce qu'il en est des greffes du tissu glandulaire chez les animaux.

Ce n'est pas chose très simple, car l'œuvre expérimentale dans ce domaine est immense et très touffue : on s'y perd dans la trame embrouillée des affirmations contradictoires.

Il est cependant possible d'y trouver avec certitude la réponse aux deux questions d'où dépend la légitimité de tout essai humain :

1° Les greffes de tissu glandulaire sont-elles possibles?

2° Si elles le sont, quelles sont les conditions du succès?

Déblayons d'abord le terrain.

Mettons hors de cause les animaux de structure par trop élémentaire, dont l'étude pour le but que nous poursuivons est sans intérêt.

Eliminons les espoirs de greffes d'organes qu'avaient fait naître les expériences de Carrel. Dans l'état actuel des choses, une greffe d'organe ne réussit jamais, à moins qu'elle ne soit autoplastique, quelle que soit la perfection des sutures vasculaires et la perfection de l'implantation opératoire. L'individu greffé supporte mal cette énorme masse de tissu étranger qui se nécrose, l'intoxique et finit par le tuer.

Seules sont possibles les greffes fragmentaires. *Mais le sont-elles vraiment*?

A parcourir rapidement la littérature, on dit oui, sans hésitation, et nous avons tous appris autrefois, dans nos cours de physiologie, que l'on prévenait les accidents mortels consécutifs à la suppression de certaines glandes, par des greffes glandulaires.

Mais, en fait, si l'on va au fond des choses, les succès sont moins certains qu'on ne l'a cru. L'amélioration de certains signes de déficit glandulaire, la transformation de l'état général ne suffisent pas pour dire qu'une greffe a réussi.

Pour pouvoir parler de succès, *deux critériums* doivent être exigés. Il faut, premièrement, que la *greffe se traduise par des tests physiologiques formels* et, secondement, que *l'examen microscopique révèle au bout de neuf à dix mois l'intégrité de structure du transplant avec maintien de son architecture glandulaire.*

Or, à ce double point de vue, pendant longtemps, on a mal compris ce qui se passait au niveau d'un soi-disant greffon. On a d'abord admis tout naturellement qui si après l'opération on apercevait des modifications physiologiques nettes dans l'état du greffé, c'est que la sécrétion s'était rétablie et que la greffe fonctionnait.

En réalité, les effets en apparence hormoniques n'ont pas fatalement la signification de greffe réussie. Tout ce que l'on a vu ces dernières années semble indiquer que le produit d'une activité glandulaire interne existe à l'état de dépôt dans le fragment du tissu que l'on transplante sous forme de substances chimiques inertes, stables, non vivantes, bien que capables d'agir à des doses infinitésimales ainsi que le font les diastases et les ferments. En est-il ainsi? On ne peut le dire, faute de notions chimiques précises sur la plupart des produits hormoniques. Mais on peut, au moins provisoirement, penser qu'en croyant faire une greffe, nous nous bornons à déposer dans les tissus de l'hôte une véritable petite pharmacie en miniature, protégée par la mort même de la trame qui la porte. La greffe peut mourir, le dépôt reste. L'absence de vaisseaux, la privation de voie d'excrétion la condamne à une lente résorption, au gré de la pénétration vasculaire dans le greffon. Grâce à la lenteur de ce travail, l'usure du dépôt est peu rapide et c'est ainsi que, chaque jour pendant des semaines et des mois, l'organisme reçoit une petite quantité de produit spécifique, comme si la glande fabriquait activement ce qui est organiquement nécessaire. Et cela dure jusqu'au moment où la colonisation conjonctive est terminée. Ceci fait, comme il ne reste plus rien du transplant primitif,

(1) LERICHE. Chirurgie des glandes endocrines, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1920, n° 13, p. 415.

l'effet hormonal cesse et l'échec de la greffe apparaît brutalement.

Ce travail de résorption est bien plus lent que nous ne l'imaginions autrefois et c'est cette lenteur insoupçonnée qui explique l'erreur, de bonne foi, qu'ont commise tant d'expérimentateurs consciencieux en affirmant le succès de leurs greffes. Comme le disait Gley, en 1921, les transplantations, qu'il ne faut pas, comme le font en général les chirurgiens, confondre avec des greffes, n'agissent qu'autant et tant que le tissu transplanté est résorbé. »

En somme, pour qu'après une greffe le critérium physiologique soit positif, il ne suffit pas que soient corrigés plus ou moins brusquement les effets apparents d'une déchéance glandulaire manifeste. Il faut que l'équilibre nouveau soit stable et qu'il soit définitif.

Une greffe dont les effets ne sont que temporaires, une greffe dont on masque la défaillance en disant qu'elle s'épuise lentement, est une greffe manquée et ne mérite pas le nom de greffe. Ce n'est qu'une inclusion temporaire d'extrait d'organes, même si le tissu gonfle de temps en temps sous certaines influences.

L'histologie doit être aussi rigoureuse dans l'examen des tissus greffés que la physiologie. Or, chose curieuse, les expérimentateurs ont pour la plupart délaissé ce critérium qui est cependant le plus sûr des moyens que nous ayons de prouver la vitalité d'une greffe. Une greffe qui vit, doit histologiquement donner des images indéniables de tissu glandulaire actif. La cellule qui sécrète a des aspects qui ne trompent pas, avec ses vacuoles, ses granulations chromosensibles, avec son noyau colorable. Nous devons exiger que tout ceci existe au bout de quelques mois dans le tissu transplanté pour admettre la réussite d'une greffe. Tout compte rendu histologique obscur, imprécis, doit faire éliminer le fait qui en fut le prétexte. On sait aujourd'hui que l'organisation conjonctivo-vasculaire qui assure la vie de la greffe se fait très vite au pourtour de celle-ci, tandis que le centre habituellement se nécrose. Entre la zone nécrotique et la zone conjonctive, les éléments glandulaires doivent être normalement colorables et présenter les réactions du tissu normal. S'il n'y a là qu'un bloc conjonctif, en train d'étouffer de rares éléments glandulaires aux noyaux non colorables à quoi bon parler de greffe et de persistance hormonique?

Telles sont les exigences que l'on doit avoir vis-à-vis de greffes glandulaires.

* * *

Dans ces conditions d'examen, peut-on dire que les greffes de tissu glandulaires réussissent?

Certainement oui, mais bien moins souvent et moins facilement qu'on ne l'a dit (1).

C'est ainsi que Cristiani a réussi de nombreuses greffes thyroïdiennes expérimentales. Il les a vu persister au bout de quatre ans et demi par exemple chez le chat. Ses expériences, conduites avec rigueur doublée d'un contrôle histologique averti, ne laissent pas place au doute. Même Halsted, Peper, Enderlen ont vu réussir des greffes parathyroïdiennes qui ont empêché ou guéri des accidents de tétanie parathyroprive.

Mais à côté de ceux qui ont réussi que d'autres ont échoué!

C'est que pour réussir il faut un certain nombre de conditions dont quelques-unes ont la valeur de véritables lois.

Il faut pour que la greffe réussisse que l'organisme récepteur manque dans une certaine mesure de la sécrétion correspondante. Il faut un déficit de tissu glandulaire qu'Halsted estimait à un peu plus de 50 p. 100 pour les parathyroïdes, mais c'est là le point minimum, et l'on tend aujourd'hui à considérer que le déficit doit être presque total.

Il ne faut pas cependant qu'il y ait manque absolu car alors la greffe peut disparaître comme dévorée par les exigences organiques. S'il y a déficit absolu, la greffe doit être précédée et suivie d'administration opothérapiques pour apaiser le besoin organique et sauvegarder le transplant.

Il faut par ailleurs que *l'animal fournisseur soit très proche de l'animal récepteur*, faute de quoi on échoue et il vaut mieux, même dans la même espèce que le fournisseur soit jeune.

Certaines conditions techniques sont aussi nécessaires : asepsie, pas d'antisepsie, manipulations rapides ne dépassant guère dix à quinze minutes, parfaite hémostase de la zone de greffe qui doit de préférence être choisie assez vascularisée, mais elles ont moins d'importance que les conditions biologiques.

Enfin, il est évident de par l'expérimentation que l'on réussit mieux avec certaines glandes qu'avec d'autres. Si les succès sont incontestables pour la thyroïde et semblent l'être pour les parathyroïdes on échoue toujours pour la surrénale. Pour cette glande ne réussissent que les auto-transplantations limitées au tissu cortical. Aucune homotransplantation n'a empêché un animal surrénalectomisé de mourir rapidement, et aucune autotransplantation médullaire n'a réussi (1). Vainement dans mon laboratoire depuis plus d'un an s'y est essayé mon élève Stricker. Il n'a pas eu un seul succès.

Ainsi en est-il de l'hypophyse dont la greffe ne semble pas réussir, peut-être parce qu'on peut difficilement enlever toute la glande avant la greffe.

Et, par contre, les greffes de glandes sexuelles réussissent pour ainsi dire toujours. Il semble qu'il faille à ce point de vue reprendre l'ancienne distinction de Weissmann entre le germen et le soma, et considérer que les besoins de l'un ne sont pas des besoins pour l'autre. C'est d'ailleurs assez compréhensible.

Les faits dans ce domaine sont de telle importance qu'il me semble essentiel de vous indiquer

---

(1) Je ne donne comme bibliographie que des indications de travaux d'ensemble aisément accessibles :

Paschaud. Contribution à l'étude des greffes thyroïdiennes, in *Lyon chir.*, nov. 1913, t. X, n[os] 5 et 6, p. 474.

Charbonnel. Tétanie parathyréoprive et greffes parathyroïdiennes, *Journ. de chir.*, fév. 1925 [illegible], t. XXV.

(1) Jaffe. On the transplantation of the guinea pig suprarenal and the fonctionning of the grafts, *Journ. of experim. med.*, 1927.

très brièvement l'œuvre considérable à laquelle les travaux de Bouin et Ancel ont conduit les endocrinologistes contemporains, Steinach, Knud Sand, Pezard, Lipschütz, Benoît, Courrier et tant d'autres (1). Il importe de noter que dans le domaine sexuel la régression et la réapparition des caractères sexuels secondaires sont des tests d'une telle précision que l'erreur d'interprétation n'est pas possible. Toute castration chez le coq pubère ou adulte entraîne immédiatement la régression des attributs sexuels secondaires de conditionnement testiculaire, c'est-à-dire de l'instinct combatif, de l'ardeur sexuelle, du chant, de la crête et des organes similaires. Or, après la greffe, le coq retrouve sa crête, ses instincts mâles, son chant.

De même le crapaud que la castration prive de ses excroissances digitales copulatrices les retrouve intégralement avec leur comportement habituel après la greffe. Et, toujours, dans ces cas, à longue échéance, au bout d'un an et plus, on trouve à l'autopsie un tissu glandulaire normal.

Chez la poule, il en va de même. La greffe arrête la croissance de l'ergot, fait disparaître le plumage femelle et modifie la crête.

Mais il y a plus, la greffe permet de réaliser des inversions sexuelles et de façon régulière, les endocrinologistes actuels réussissent régulièrement chez la poule, par castration et greffe testiculaire, la transformation des caractères femelles en caractères mâles.

Chez le cobaye, donc chez certains mammifères, Steinach, Attias, Sand, Lipschütz ont obtenu des effets analogues et les documents apportés par eux ne laissent aucun doute sur la réussite de leurs expériences.

Pour les grands mammifères il en est probablement de même. Mais les expériences sont plus rares et on ne trouve guère dans la littérature que celles de Voronoff. En 1919, Voronoff a publié les résultats de 120 greffes testiculaires faites sur le bélier et sur le bouc. Malheureusement le dépouillement des résultats de cet énorme matériel expérimental n'a pas été poursuivi avec la rigueur expérimentale et le souci permanent du contrôle par animal témoin auxquels l'endocrinologie nous a habitués avec Bouin et ses élèves, avec Pézard, Caridroit, Steinach, Lipschütz et d'autres. On cherche vainement dans les livres de Voronoff (2) des faits présentés sous la forme nécessaire d'observations complètes, avec mensuration exacte comparative, mise en valeur de tests sûrs et documents histologiques utilisables.

Si les affirmations de Voronoff ont éveillé et éveillent encore tant de scepticisme, cela tient uniquement à la façon dont les résultats ont été présentés.

Pouvons-nous passer outre et nous contenter d'affirmations? Je ne le crois pas.

Quand on compare l'œuvre expérimentale faite chez le lapin et chez le cobaye par Bouin et Ancel, par Knud Sand, par Steinach, chez les oiseaux par Pézard et par Lipschütz, à celle qui a été faite chez les béliers et les boucs, on est obligé de dire que la *preuve n'a pas été faite que la greffe réussit chez ces animaux.* Il est permis d'espérer que cette preuve sera fournie de façon irréfutable aux Journées médicales marocaines par les constatations de MM. Balozet et Velu. Ainsi sera comblée une grande lacune de nos connaissances en matière de greffe.

En somme, la réussite des greffes de glandes sexuelles, chez certains animaux, est un fait que personne n'a plus le droit de mettre en doute aujourd'hui. Mais la réussite dépend des deux conditions rigoureuses dont il était question plus haut :

1° Il doit y avoir parenté étroite entre donneur et receveur : les greffes homoplastiques prennent moins bien que les autoplastiques, et les hétéroplasties semblent vouées à une lente résorption, sans réussir jamais.

2° Le receveur doit être neutralisé, c'est-à-dire castré préalablement ou du moins doit-il subir une forte diminution de sa propre masse glandulaire et cela quel que soit le type de greffe qu'il doive recevoir.

A l'heure actuelle, *il ne semble pas que l'on ait réussi une seule fois en dehors de ces deux conditions* si l'on exige pour parler de réussite la constatation nécessaire des deux critériums dont il a été question plus haut.

***

On voit comment se pose la question du point de vue biologique. Il me resterait, pour compléter ce bref exposé, à parler des résultats obtenus par les vétérinaires. Je laisse à mes collègues Balouzet et Velu le soin de vous documenter sur ce point.

J'ai hâte d'en venir aux *résultats des greffes glandulaires chez l'homme.* Ce n'est pas que la question soit facile à exposer.

Les résultats des greffes y sont bien plus difficiles à juger que chez les animaux, les tests manquent et de simples modifications extérieures de l'état général, de l'activité physique ou psychique ne peuvent être des éléments d'appréciation suffisants. En outre, d'habitude les constatations histologiques manquent.

Tout cela explique que, parmi les chirurgiens, les uns soient si sceptiques alors que d'autres sont si enthousiastes. Essayons d'être objectifs.

Pour la thyroïde, il y a longtemps déjà que Kocher père a essayé d'appliquer à l'homme les propositions de Schiff de traiter les myxœdèmes postopératoires par la greffe. C'était en 1883. Le résultat fut nul. Et depuis il en a presque toujours été ainsi jusqu'à un travail dont je parlerai plus loin. J'ai lu une quarantaine d'observations de greffes homo ou hétéroplastiques chez des crétins ou des myxœdémateux. Il y a vraiment bien peu de résultats posi-

---

(1) Les travaux de Bouin et Ancel n'ont pas encore été condensés en un livre. Mais on trouvera toutes les indications nécessaires dans les ouvrages suivants :

Lipschutz. *The Internal secretions of the sex glands*, Cambridge 1924, Heffer, édit.

Thorek. *The Human Testis*, Philadelphie 1924, Lippincot Co.

Steinach. *Verjungung*, Berlin 1920, Springer.

Pezard. Art. caractères sexuels secondaires, *Traité de physiologie normale et pathologique*, 1927, t. XI, p. 125, Masson.

(2) Voronoff. *Greffes testiculaires*, Paris 1923, Doin; — *Greffe animale. Applications utilitaires au cheptel*, Doin 1925.

tifs (1) : quelques améliorations passagères, quelques demi-succès car presque jamais la greffe n'a suffi par elle seule à faire disparaître les accidents thyréoprives. Il a habituellement fallu continuer l'administration d'extraits glandulaires. Les faits les plus nets sont ceux de Cristiani. En voici deux :

Une jeune anglaise avait dû subir l'ablation complète de la thyroïde dégénérée. L'opération avait été faite par Horseley. Un myxœdème grave s'ensuivit. Le traitement opothérapique procura une grande amélioration mais sans permettre le retour à la normale. Cristiani fit des greffes à différentes reprises. On put alors progressivement diminuer l'opothérapie jusqu'à suppression complète, mais celle-ci ne put être que momentanée. L'observation fut publié en 1905. En 1913, la malade s'était mariée, avait eu 3 enfants normaux. Le résultat des greffes se maintenait, mais la malade devait toujours prendre des extraits thyroïdiens à doses faibles, la dixième partie de ce qu'elle prenait avant la première greffe et au moment où ces nouvelles furent données elle venait d'être greffée à nouveau par Cristiani.

Dans un autre cas, également pour un myxœdème opératoire, Cristiani fit des greffes. L'amélioration fut rapide et au bout de deux ans, la malade n'avait plus besoin que du huitième de la dose d'extrait thyroïdien antérieurement nécessaire. Elle devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant normal.

Devant de tels faits, on doit donc admettre que la greffe thyroïdienne peut réussir mais il faut retenir également qu'il est trèsdifficile de savoir si l'on réussira parce qu'il est impossible de déterminer exactement la quantité de tissu à greffer. Même l'homme le plus spécialisé qui ait existé jusqu'ici doit tâtonner, s'y reprendre à plusieurs fois, parce que nous n'avons aucun moyen de doser la quantité d'hormone que l'opération va apporter.

On remarquera que dans les deux succès dont il vient d'être question, la condition fondamentale de la réussite existait puisque les deux malades avaient subi des thyroïdectomies totales. Une seule chose m'y étonne, c'est que les parathyroïdes ayant dû être supprimées du même coup, il n'est pas question d'insuffisance parathyroïdienne dans les observations.

Quand il s'agit de myxœdème spontané ou de crétinisme thyroïdien le succès est plus exceptionnel et on pourrait presque douter de la réussite, si Alber Kocher ne venait de publier (2) les résultats d'une statistique personnelle de 214 transplantations thyroïdiennes où se trouvent de nombreux cas de myxœdème spontané. Cette statistique, la plus importante, à coup sûr, de toutes celles qui existent, comprend 10 cas d'absence congénitale complète de cette glande, sept fois la greffe échoua. Mais trois fois l'amélioration fut suffisante pour que les enfants pussent aller à l'école et l'un d'eux put même entrer à l'Université.

(1) Kümmer a bien publié en 1925 dans la *Revue médicale de la Suisse romande* un très beau succès de greffe thyroïdienne avec examen histologique positif au bout de douze ans. Mais il s'agissait d'une autogreffe.

(2) Albert Kocher. The treatment of hypothyroidism by thyroid transplantation, *C. R. du IVe Congrès de la Soc. intern. de chir.*, Londres, 17 juillet 1923.

Sur 204 cas d'hypothyroïdisme plus ou moins grave, 26 p. 100 furent guéris et l'opothérapie put être supprimé.

21 p. 100 furent très améliorés mais durent continuer à prendre de temps en temps un peu d'extrait thyroïdien.

39 p. 100 furent améliorés, mais restèrent dans l'obligation de suivre un traitement thyroïdien continu, bien que réduit.

Quatorze fois le résultat fut nul.

Un fait prouve en cas de succès thérapeutique, que c'est bien la greffe qui agit. Une fillette de onze ans, atteinte de myxœdème grave, reçoit une greffe sous-péritonéale, après laquelle les signes thyréoprives disparaissent. Pendant cinq ans, l'état reste excellent. Puis, au cours d'une fièvre typhoïde, la greffe se nécrose et le myxœdème reparaît. Von Eiselsberg avait déjà apporté une observation du même genre.

Le travail d'Albert Kocher doit donc nous faire revenir sur nos conclusions trop pessimistes.

Il est établi qu'un transplant thyroïdien, même hétéroplastique, peut se greffer définitivement quand il y a un déficit thyroïdien complet ou presque complet. Mais avant la greffe et pendant plusieurs semaines après, Kocher recommande de donner régulièrement des extraits thyroïdiens, faute de quoi, le besoin étant trop grand, la greffe disparaît trop vite, et c'est ainsi que, d'après lui s'expliqueraient la plupart des échecs.

Les résultats des *greffes parathyroïdiennes* chez l'homme sont beaucoup moins évidents. Des greffes homo et hétéroplastiques ont été faites dans des cas de tétanie parathyréoprive plus ou moins anciens sans résultats vraiment probants. La question est d'ailleurs très difficile à juger parce que les accidents tétaniques post-opératoires sont très intenses et rapidement mortels, ou moins graves et facilement curables avec la médication calcique ou l'organothérapie. Il semble bien que dans le premier cas, la greffe ne donne rien alors qu'elle paraît efficace dans le second où peut-être l'ablation des parathyroïdes n'a pas été complète. Cependant, quelques faits, cinq ou six tout au plus, méritent d'être retenus comme ceux de Krecke, dans lesquels on voit des greffes de parathyroïde de cheval, amener dans deux cas de tétanie post-opératoire la cessation immédiate des crises avec guérison constatée au bout d'un an et de dix-huit mois.

Il existe quelques observations de greffes de capsules surrénales dans des cas de maladies d'Addison, d'artérite oblitérante et d'anémie pernicieuse. Je ne crois pas qu'il y ait un seul fait permettant de dire que la greffe a réussi. J'en ai personnellement fait une dans l'épiploon d'un malade atteint d'anémie pernicieuse sans le moindre résultat.

Les *greffes ovariennes* sont certainement celles qu'on a le plus souvent pratiquées depuis vingt-cinq ans. Le nombre en est considérable, mais il n'en faut pas conclure que leur valeur soit bien établie (1).

(1) V. Pettinavi. *Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire*, Paris 1928, Doin.

Mettons à part les greffes autoplastiques qui, comme toujours, réussissent habituellement et conservent la menstruation si l'utérus a été laissé en place, mais dont on saisit mal l'indication, car il me paraît plus simple de laisser un ovaire en place si on conserve l'utérus. Ne considérons que les homoplastiques. Si l'on va au fond des choses, il semble bien que la greffe soit presque toujours résorbée jusqu'ici : dans presque toutes les constatations directes qui ont été faites quelques mois ou quelques années après la greffe, on n'a trouvé habituellent qu'un bloc de tissu fibreux ou kystique plus ou moins vasculatisé. Tuffier qui a analysé de près tous les succès publiés de greffes homoplastiques, déclare n'avoir personnellement jamais obtenu un rétablissement physiologique et reste très septique sur la possibilité d'une réussite. Aussi, voit-on les auteurs les plus récents comme Cotte déclarer que la greffe homoplastique ne doit plus être faite que chez les malades ayant encore leur utérus et un ovaire.

Autant dire qu'elle n'a pas d'indication.

Cependant, Pettinari, admet la possibilité de réussite de l'homoplaste et il en cite quelques exemples probants.

Que conclure?

Que la greffe ovarienne ne mérite ni l'enthousiasme délirant des uns ni le scepticisme intégral des autres et qu'elle doit être utilisée suivant les règles générales de la réussite de greffes, c'est-à-dire là où la carence hormonique est complète ou presque complète.

Il nous reste à examiner la question des *greffes testiculaires* chez l'homme. C'est la plus épineuse de toutes celles que j'ai à envisager, devant vous, et celle pour laquelle il importe le plus d'être objectif. Les observations de Voronoff vous sont connues. Chacun a vu les photographies de quelques-uns de ses opérés. Il est incontestable à lire les observations malheureusement trop courtes et trop peu explicites de Voronoff, que des vieillards ont été très améliorés, que des adultes prématurément séniles ont été heureusement transformés. Mais y a-t-il eu greffe et le résultat est-il dû à l'action d'une sécrétion permanente du greffon? Cela ne paraît pas démontré.

On doit tout d'abord faire remarquer que la preuve histologique de la réussite des greffes testiculaires manque encore. Admettons que l'occasion ait jusqu'ici manqué et ne soulevons pas davantage la question des échecs expérimentaux habituels de l'hétéroplastie surtout quand le besoin sécrétoire n'a pas été déterminé par castration préalable.

Laissons de côté le désaccord des opérations de Voronoff avec nos connaissances actuelles en endocrinologie sexuelle.

La grande objection que l'on peut faire à ceux qui admettent la réalité de la greffe c'est que des *résultats identiques à ceux dont parle Voronoff, aussi démonstratifs, aussi frappants, ont été obtenus expérimentalement et chirurgicalement avec de tout autres procédés, sans greffe et sans singe.*

Par la ligature du canal déférent, par la vasectomie ou l'épididymectomie, Steinach, Knud Sand, ont transformé l'état physique et moral de nombreux malades, de même, Doppler avec ses badigeonnages des éléments du cordon et de l'albuginée avec l'isophénal. Je sais bien que la question Steinach a soulevé en Allemagne autant de discussions et de contradictions que la question Voronoff en France. Mais les faits sont là et de nombreux expérimentateurs les ont retrouvés : Si l'on sectionne le canal déférent entre le testicule et la tête de l'épididyme, en ayant soin de conserver les vaisseaux testiculaires, à de vieux rats séniles, maigres, épilés, perpétuellement sommeillants et sans ardeur, on les voit en trois semaines retrouver leur force musculaire, reprendre leurs poils, recommencer à sauter, à grimper et à essayer de se reproduire et ce rajeunissement dure plusieurs mois.

Autre exemple :

Voici un chien dont l'observation très complète a été donnée à la Société de biologie le 1er décembre 1921 par Knud Sand. Il était vieux et fatigué, maigre, incapable de chasser, ne marchait presque plus; il n'avait plus le moindre appétit sexuel. Knud Sand, dans toutes les conditions d'observation requises pour permettre l'authentification du résultat, fait d'un côté une vasectomie, de l'autre une épididymectomie. Il n'y a tout d'abord aucun effet visible. Puis, au bout de quelques semaines, amélioration sensible : les pattes se redressent, l'appétit reparaît, les yeux deviennent vifs, l'animal se remet à courir, à chasser, et retrouve une nouvelle ardeur sexuelle. Tous les détails nécessaires sont notés dans l'observation. L'examen de l'animal a été fait avant et après l'opération par le professeur Hanser de l'Institut vétérinaire de Copenhague. Ce fait ne laisse pas place au doute.

Chez l'homme, on a obtenu des résultats de même qualité.

En 1923, Knud Sand a publié dix-huit observations de rajeunissement par vasoligature et épididymectomie. Quelques-unes de ses observations sont rapportées en détail dans le *Journal d'urologie*. Si l'on met à part ce fait qu'il n'y a pas eu de greffe et qu'il n'est pas question de singe, on pourrait faire passer ces faits comme de splendides observations Voronoff types.

En lisant cela, d'aucuns vont se dire : Qui trompe-t-on? et ne voudront croire personne. Ce serait à tort, car en fait, on ne trompe personne ni d'un côté ni de l'autre. Tout le monde est sincère et il faut croire tout le monde. Je suis persuadé que Steinach, que Knud Sand, que Lipschütz ont, comme Voronoff et ses imitateurs, obtenu temporairement des transformations physiques et psychiques considérables chez leurs opérés, hommes et animaux. Les faits sont les faits et le rajeunissement opératoire, pour employer le mot à la mode, en est un. Il est antiscientifique de le nier, surtout quand, venus de plusieurs sources, les faits sont concordants. Mais, il nous est loisible de discuter l'interprétation qu'on en a donnée. Nous ne sommes nullement obligés de croire que si Voronoff a amélioré l'état de ses malades c'est parce que sa greffe a eu une action hormonique véritable, et que si Steinach a rajeuni les siens, cela tient à ce que la ligature d'un canal excréteur a été suivie d'un énorme développement de la

glande interstitielle, comme Bouin et Ancel l'avaient pensé, il y a vingt ans; ce qu'ils n'admettent d'ailleurs plus aujourd'hui.

Une explication bien plus simple peut, je crois, être fournie de ces résultats comparables entre eux et en apparence incompréhensibles dans leur divergence causale.

Elle est d'ordre général.

Tout chirurgien sait qu'il est impossible de manipuler le testicule sans provoquer l'apparition d'une sorte d'orchite aiguë. Il n'est pas un chirurgien auquel il ne soit arrivé, après avoir opéré une hydrocèle au début de sa carrière, d'avoir eu brusquement la crainte d'accidents infectieux, parce que quatre ou cinq jours après l'intervention son malade se plaint d'une distension douloureuse de la bourse du côté opéré. De même, tout chirurgien, ayant opéré des ectopies testiculaires, sait bien que parfois on voit, dans les jours qui suivent, une distension rouge, chaude, luisante, de la paroi scrotale moulée sur le testicule réintégré. On a peur d'avoir de l'infection, puis, bientôt, tout s'arrange sans la moindre suppuration. Ne voit-on pas ces réactions testiculaires après de simples cures radicales de hernie, surtout quand il y a un sac communicant, obligeant à une dissection étendue des éléments du cordon?

Que se passe-t-il dans ces cas consécutivement à l'opération? De toute évidence il se fait une forte réaction de vaso-dilatation active, réaction d'autant plus marquée qu'elle est en vase clos.

En fait, si l'on veut bien réfléchir et observer, il est aisé de se rendre compte que ce qui se passe au niveau du testicule après les opérations sur les bourses et la région déférentielle, se passe aussi ailleurs partout et qu'il n'y a là rien de particulier au testicule.

On voit les mêmes réactions de vaso-dilatation active au niveau de la synoviale après une arthrotomie du genou, au niveau des muscles et du tissu cellulaire en toutes régions, après n'importe quelle opération. Nous savons tous qu'il n'y a rien de si désagréable que de réintervenir quatre ou cinq jours après une opération quelconque, après une laparotomie par exemple : on est gêné par une pluie de sang, venant de partout, le tissu cellulaire est œdémateux, gonflé, friable, les muscles se déchirent à la moindre traction. Ce ne sont plus des tissus normaux, mais des tissus en pleine évolution conjonctive, ayant déjà subi les modifications de structure qu'un état de vaso-dilatation active leur impose toujours, et cet état existe manifestement.

En somme, l'existence d'une *réaction vaso-dilatatrice active postopératoire est une loi générale.* Toute opération en est fatalement suivie parce que toute opération comporte une série de neurotomies sympathiques intratissulaires et que toute neurectomie sympathique est suivie de vaso-dilatation. Comme je l'ai déjà dit ailleurs, c'est cette réaction même qui conditionne la réparation. Si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer, car sans elle nos plaies resteraient des plaies et nous ne verrions pas apparaître la série en cascade des phénomènes de la cicatrisation conjonctive. Sans elle la chirurgie actuelle serait impossible.

Cette réaction est régionale. Elle est accrue dans son intensité quand on adjoint au traumatisme sympathique des parties molles une excitation, un ébranlement, une section d'éléments nerveux importants, comme on en fait quand on dissèque le cordon, quand on coupe le canal déférent, quand on pratique une épididymectomie. Elle est maxima si l'on ajoute à cela une opération viscérale, incision, scarification, etc.

Et pour en revenir à notre point de départ il est bien certain que l'on accroît la réaction vaso-dilatatrice testiculaire quand on fait des scarifications sur l'albuginée et qu'on traverse le testicule avec une aiguille en divers points. Songez à la chaleur que provoque pendant deux ou trois jours un coup d'aiguille dans le bout d'un doigt et la réalité de ce que je viens de dire vous apparaîtra de suite.

Il paraît donc logique de penser que la vaso-dilatation active ainsi produite au niveau du testicule et à son voisinage donne une brusque poussée au tissu interstitiel, elle l'active, elle le rajeunit. Il en résulte une élaboration plus intense, plus parfaite peut-être des sécrétions spécifiques et ainsi s'explique l'apparition d'effets hormoniques caractéristiques.

Ce qui revient à dire que les opérations de rajeunissement quelles qu'elles soient, qu'elles portent sur le canal déférent, sur l'épididyme ou sur les testicules, n'agissent vraisemblablement que comme opération en général et non en tant qu'opération spécifique. On aurait sans doute des effets identiques en opérant une hernie ou une hydrocèle chez les gens âgés, comme on les a après une prostatectomie, opération rajeunissante au premier chef, comme j'en ai vu après une appendicectomie à chaud chez un sénile précoce, alors que cependant on ne touche même pas au testicule. Et l'on aurait très probablement le même résultat en faisant une simple incision, de découverte transcrotale du testicule avec extériorisation temporaire, surtout si on y ajoutait des scarifications de l'albuginée.

En tout cas, jusqu'à preuve du contraire, nous devons admettre que c'est l'opération préparatoire à la greffe qui agit dans les opérations de type Voronoff. Leur efficacité ne vient pas de l'hormone simienne qu'elle prétend apporter, mais de l'hormone ancienne qu'elle fait sécréter par la vaso-dilatation active qu'elle entraîne au niveau d'une glande devenue insuffisamment vascularisée. Je ne dis pas qu'il ne s'ajoute pas à cet effet non prévu celui de la lente résorption des produits qui sont en dépôt dans le transplant. Je suis même persuadé que cet effet existe, mais il n'est qu'adjuvant et secondaire.

Cette interprétation critique des résultats de la greffe se heurtera sans doute à bien des objections. Mais il n'y a pour ceux qui ne voudront pas l'admettre qu'une seule manière de montrer qu'elle n'est pas juste, c'est de le prouver expérimentalement, en établissant qu'il y a des différences d'effets entre l'opération conduite comme pour la greffe, mais sans greffe, et l'opération de greffe typique.

Pour cela, ils devront faire la série des expériences comparatives suivantes : *premier type* d'expérience : découverte scrotale du testicule, ouverture de la vaginale, scarifications de l'albuginée, passage de

fils transtesticulaires; *deuxième type* : épididymectomie; *troisième type* : section du canal déférent; *quatrième type* : greffe simienne.

Tant qu'on n'aura pas établi que la greffe donne des effets vraiment supérieurs aux autres opérations de rajeunissement circulatoire nous avons le droit de rester sceptiques.

Nous avons d'autant plus ce droit, j'allais dire ce devoir, que les récentes expériences de Benoît (1) tendent à montrer qu'une réduction opératoire de la masse testiculaire par castration unilatérale chez le jeune coq est suivie des mêmes effets hormoniques que la greffe expérimentale et qu'en aucune façon l'hypermasculinisation n'est possible.

Et il serait très scientifique, à l'heure actuelle, de proposer comme opération de rajeunissement, une simple résection cunéiforme du testicule. Ce serait plus scientifique que la greffe hétéroplastique. Je doute cependant qu'on puisse faire accepter ce point de vue aux intéressés, séduits par le caractère mystérieux de la greffe.

Les conclusions auxquelles j'arrive après une longue étude de la question, sans parti pris et sans idée préconçue, vont peut-être apporter quelque désenchantement. Je souhaiterais m'être trompé et c'est avec joie que j'en enregistrerais la démonstration, étant donné la vision chirurgicale d'avenir que j'ai exposée au début de cette conférence, et l'importance qu'elle nous fait attacher à la solution définitive du problème de la greffe.

(1) Voyez Benoit. *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 juillet 1927, t. XCVII, p. 787; — Sur l'hypertrophie compensatrice après castration unilatérale chez le coq domestique, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 25 mai 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 26 mars 1928)

Lois d'éducation physique. — M. Jules Amar précise les lois fondamentales de l'éducation physique au point de vue névro-musculaire, au point de vue respiratoire et au point de vue du rythme qui doit permettre d'éviter tout surmenage.

Excitation transcérébrale du système pyramidal chez l'homme. Mesures de chronaxie normales et pathologiques. — M. Georges Bourguignon.

Rôle du poisson vivipare américain « Gambusia Holbrooki » dans la lutte contre le paludisme en Corse. — M. E. Brumpt expose les résultats probants qui ont été obtenus en Corse depuis l'introduction du *Gambusia Holbrooki*. Ce poisson, originaire de l'Amérique du Nord, détruit rapidement les larves d'anophèles. Importé en Espagne et en Italie il a déjà montré dans ces pays son efficacité dans la lutte contre le paludisme.

L'action physiologique immédiate d'une vitamine. — M. N. Bezssonoff.

Nouvellé méthode d'auscultation dite auscultation binaurale différentielle et appareillage en permettant la réalisation. — Mlle Suzanne GUÉRY expose une méthode d'auscultation qui permet : 1° d'ausculter un même foyer sonore en appréciant mieux les caractères des bruits et en les localisant; 2° d'ausculter comparativement deux foyers distincts.

Sur la composition de l'air des rues de Paris. — MM. CAMBIER et MARCY. Dans l'air prélevé au niveau des barrages d'automobiles dans certaines rues de Paris, les auteurs ont constaté la présence d'oxyde de carbone dans la proportion de 1/10.000. Une seule fois ils ont constaté 1/2.000.

Ces gaz se dissipent très rapidement et la teneur tombe vite à 1/100.000. C'est précisément la teneur relevée par Armand Gautier en 1877 dans l'air de Paris.

Le prodigieux développement de l'automobile ne semble pas avoir produit les résultats que l'on pouvait craindre.

Excitabilité neuro-musculaire. Sur une nouvelle expression théorique des intensités liminaires en fonction des durées des stimuli. — MM. Henry et Edouard LASSALLE ont édifié un moule mathématique, *a priori*, de la théorie de l'excitation électrique des nerfs et des muscles en partant des deux hypothèses suivantes :

1° La quantité d'excitation élémentaire est proportionnelle à l'énergie élémentaire apportée à l'organe par l'excitant électrique;

2° L'état d'excitation au lieu de croître avec la durée du stimulus passe par un maximum et décroît ensuite.

En exprimant analytiquement ces deux hypothèses, les auteurs ont établi une équation reliant entre eux les facteurs électriques et tissulaires de l'excitation minimale. La discussion de cette équation les a conduits à la formule suivante des intensités liminaires :

$$i = \frac{a}{\sqrt{2}} \sqrt{\frac{t}{T} + \frac{T}{t}}$$

où a = rhéobase,
T = temps utile théorique, soit sensiblement 7,9 chronaxies,
t = durée du stimulus.

Cette expression particulièrement simple permet de retrouver des valeurs d'intensité qui concordent à 3 p. 100 près avec les chiffres expérimentaux, dans les limites de durées de stimulus inférieures au temps utile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1928)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Sir Dyce Duckworth (de Londres), correspondant étranger dans la première division (médecine).

Sir Dyce Duckworth, médecin chef de l'hôpital des marins de Greenwich, était aussi médecin consultant de plusieurs hôpitaux de Londres et membre du Royal medical College. Grand partisan de l'entente cordiale, il accompagna souvent les médecins anglais à Paris et fit plusieurs leçons magistrales à la Faculté de médecine de Paris.

Notice nécrologique. — M. Maurice DE FLEURY lit une notice nécrologique sur le professeur Pitres (de Bordeaux), doyen des associés nationaux, récemment décédé.

M. de Fleury, qui fut jadis son interne à Bordeaux, rappelle d'une façon magistrale et non sans émotion la carrière et les travaux de son maître regretté.

La greffe interraciale. Etude sur les conditions d'une saine immigration. — M. René MARTIAL étudie les répercussions sanitaires de l'immigration improvisée telle qu'elle s'est pratiquée depuis la guerre. Il expose les inconvénients que peut amener le « greffage » sur la race française de races introduites un peu au hasard et il trace les règles qui devraient présider à l'immigration :

« La combinaison des données d'ordre psychologique avec celle d'ordre santé, appuyées des autres documents fournis sur chaque immigrant, donnera des contingents sains, moralement et physiquement.

« La connaissance des caractères psychologiques de la nation qui fournit les immigrants arrivés à destination permettra de les installer et d'organiser leur vie de telle manière que la greffe interraciale réussisse. »

La procédure contre les lois sanitaires. — M. René MARTIAL apporte des exemples dans lesquels des individus se réfugiant dans le maquis de la procédure ont pu mettre en échec les règlements sanitaires et compromettre gravement la santé publique. Devant les exemples typiques apportés par l'auteur on comprend pourquoi la lutte antituberculeuse ne progresse pas et pourquoi la mortalité infantile se maintient à un taux élevé.

Pathogénie des œdèmes. — M. DESGREZ présente une note des docteurs P.-L. Violle (de Vittel) et P. Dufourt (de Vichy) dans laquelle ces auteurs étudient l'équilibre minéro-minéral auquel ils attribuent un rôle de premier plan dans la pathogénie des œdèmes. Ils montrent que cet équilibre peut se ramener au rapport $\frac{\text{calcium}}{\text{sodium}}$ qui, chez l'individu normal, est égal à 0,03. Lorsque l'œdème est dû à un déséquilibre minéro-minéral, il apparaît théoriquement, sinon déjà cliniquement, dès que le rapport $\frac{\text{Na}}{\text{Ca}}$ est plus petit que 0,03. Le grand intérêt de la connaissance de ce rapport est que si, par sa recherche, on arrive à mettre en évidence que l'œdème est dû avant tout à un déséquilibre minéro-minéral, il s'en suit une plus grande précision et, par suite, une plus grande efficacité dans le traitement de l'œdème envisagé.

Considérations sur les médicaments chimiques hydratés ou hydratables. — M. Marcel DELÉPINE.

Le contrôle de la feuille de coca. — M. BRETEAU montre les conséquences de la Convention de Genève sur les stupéfiants en ce qui concerne la feuille de coca et certaines de ses préparations.

Il insiste pour que ces drogues et préparations, en fait non stupéfiantes, ne soient soumises qu'à des mesures de statistique et de contrôle d'emploi sans que leur inscription éventuelle au tableau B comporte l'application de toutes les prescriptions du décret du 14 septembre 1916.

Election de deux correspondants nationaux dans la quatrième division. — Classement des candidats : en première ligne, MM. Barral (de Lyon) et Billard (de Clermont-Ferrand) ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Ambard (de Strasbourg), Cluzel (de Lyon), Mathis (de Dakar), Policard (de Lyon).

M. Barral, professeur de chimie analytique à la Faculté de Lyon, est élu au premier scrutin par 36 voix contre 5 à M. Ambard.

Au deuxième scrutin, M. Billard, professeur de physiologie à l'Ecole de Clermont-Ferrand, est élu par 28 voix contre 8 à M. Ambard, 3 à M. Mathis et 1 à M. Policard.

Ankylose et raideurs des articulations du membre inférieur devant la loi sur les accidents du travail, par le docteur Furcy NOYAL. — On peut se procurer cette thèse chez l'auteur, à Mairieux, par Maubeuge (Nord), qui fera parvenir contre remboursement de la somme de 20 fr. ou contre un mandat de 19 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Jury de nomination.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Ravaut, Milian, Grenet, Renaud, Laffitte, Lesage, Darré, Teissier, Desmarest, qui acceptent; Carnot, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— TROISIÈME CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hartmann, Auvray, Baudet, Gernez, Okinczyc, Lejars, qui acceptent; Emile Weill, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire d'hygiène et médecine préventive est déclarée vacante. (*J. O.*, 6 avril 1928.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. P. CARNOT.) — **Cours pratique de physiothérapie**, sous la direction des professeurs Carnot et Strohl :

1° *Leçons de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4, à l'amphithéâtre Trousseau.* — A. ELECTROTHÉRAPIE. — Lundi 23 avril : Notions physiques et biologiques, par le professeur Strohl, professeur de physique médicale à la Faculté; — Mardi 24 avril : Instrumentation et technique (courants continu, faradique; haute fréquence, diathermie, etc.), par le professeur agrégé Dognon; — Mercredi 25 avril : Electrothérapie dans les maladies nerveuses et de la nutrition, par le docteur Lucy, chef adjoint du service de radiologie; — Jeudi 26 avril : Electrothérapie dans les maladies circulatoires, cutanées, gynécologiques, par le docteur Dausset, chef du service central de physiothérapie.

B. RADIOTHÉRAPIE. — Vendredi 27 avril : Notions physiques et biologiques, par le professeur Strohl; — Samedi 28 avril : Instrumentation et techniques; appareils de mesure, par M. le professeur agrégé Dognon; — Lundi 30 avril : Radiothérapie des cancers, par le docteur Dubois-Roquebert, ancien chef de Clinique chirurgicale; — Mardi 1er mai : Radiothérapie des fibromes, des leucémies, des goitres, des névralgies, etc., par le docteur Lagarenne, chef du service de radiologie de la Clinique.

C. RADIUMTHÉRAPIE. — Mercredi 2 mai : Notions physiques et biologiques, par le professeur Strohl; — Jeudi 3 mai : Indications thérapeutiques, cancers de l'utérus, de la langue, de la peau, etc., par le docteur Gérard, chef adjoint du laboratoire de physiothérapie.

D. ACTINOTHÉRAPIE. — Vendredi 4 mai : Notions physiques et biologiques, par le docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux; — Samedi 5 mai : Instrumentation (lampes de quartz, arc, Kromayer), par le docteur Chenilleau, assistant du service; — Lundi 7 mai : Indications thérapeutiques, héliothérapie, ultraviolet, arc, etc., par le docteur Dausset.

E. HYDROTHÉRAPIE. — Mardi 8 mai : Notions physiques et biologiques, par le docteur Dausset; — Mercredi 9 mai : Bains, douches, etc.; techniques diverses, par le docteur Gérard; — Jeudi 10 mai : Douches locales, Luxeuil, enveloppements, par le docteur Dausset.

F. CINÉSITHÉRAPIE : MASSAGE, GYMNASTIQUE, etc. — Vendredi 11 mai : Indications et techniques dans les affections chirurgicales, par le docteur Durey, chef du service de cinésithérapie; — Samedi 12 mai : Indications et techniques dans les affections médicales, par le docteur Durey.

2° *Exercices pratiques de 10 h. 1/2 à midi, à la Policlinique physiothérapique Gilbert.* — Les auditeurs seront répartis en séries et exercés individuellement au maniement des appareils et aux traitements physiothérapiques des malades.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. GUILLAIN.) — M. le professeur Arthur F. Hurst, médecin neurologiste du Guy's Hôpital de Londres, fera le vendredi 20 avril, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), une leçon sur le sujet suivant : « Les lésions médullaires en rapport avec l'anémie pernicieuse, l'achlorhydrie et les intoxications intestinales. »

— TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE (série supplémentaire). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale aura lieu, sous la direction du docteur Fernand Mercier, agrégé, chef des travaux, à partir du 23 avril 1928, les 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30 avril et 1er mai.

Ces travaux comprendront chaque jour : *a.* à 14 h., une conférence à l'amphithéâtre Vulpian ; *b.* de 15 h. à 16 h. 30, des démonstrations pratiques à la salle des travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants de 5e année qui n'ont pas encore effectué les travaux pratiques de pharmacologie ; 2° Les étudiants de 4e année : *a.* qui n'ont pas assisté aux séances réglementaires de travaux pratiques de l'année 1927-1928 ; *b.* qui ont un nombre insuffisant de présences à ces séances ; *c.* qui ont obtenu une note insuffisante à l'interrogation de travaux pratiques.

Les élèves inscrits devront verser un droit de laboratoire de 100 fr.

S'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CONFÉRENCES DE CLINIQUES ET DE THÉRAPEUTIQUE (huit leçons sur le diabète). — Le professeur F. Rathery fera une série de huit conférences sur la symptomatologie et le traitement du diabète, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 1/2, le dimanche, aux dates suivantes :

Conférences cliniques. — 22 avril : Les formes cliniques du diabète ; — 29 avril : Les comas diabétiques ; — 6 mai : Les gangrènes diabétiques ; — 13 mai : Le diabète rénal.

Conférences thérapeutiques. — 10 juin : Diabète simple et régime de Bouchardat ; — 17 juin : Diabète consomptif et traitement insulinique ; — 24 juin : Traitement du coma diabétique ; — 1er juillet : Traitement des gangrènes diabétiques.

HÔPITAL BEAUJON. — ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Baldenweck, otologiste des hôpitaux, fera, à partir du mercredi 18 avril 1928, un enseignement pratique d'oto-rhino-laryngologie, à l'usage des médecins généraux et des étudiants.

Ce cours, gratuit, sera divisé de la façon suivante :

Mercredi et samedi, 10 h. : Consultation expliquée.

Jeudi, 11 h. : Leçon clinique sur les cas de pratique courante, avec présentation de malades.

Mardi et vendredi, 10 h. : Opérations.

Lundi et jeudi, 10 h. : Démonstration des applications de la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Services des docteurs R. BENSAUDE, P. LE NOIR et Félix RAMOND.) — *Cours de gastro-entérologie*, du 23 avril au 12 mai 1928. — Du 23 au 28 avril : docteur Bensaude, assisté des docteurs Cain, Boltanski, Hillemand, Lambling, Marchand, Oury, Rachet, Terrial.

Du 30 avril au 5 mai : docteur Le Noir, assisté des docteurs Brodin, Beloux, Carvailho, René Gaultier, Gilson, Savignac, Taillandier.

Du 7 au 12 mai : docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin, Nathan et Zizine.

Les leçons théoriques sont gratuites. — Droits d'inscription aux travaux pratiques : 250 fr. — Se faire inscrire dans les services de MM. Bensaude, Le Noir et Ramond. — Un certificat de présence sera donné à ceux qui auront suivi tous les cours théoriques et pratiques.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé après le cours (13 et 14 mai).

Le nombre des places est limité.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — CONFÉRENCES DE TECHNIQUE CHIRURGICALE (mai-juin), à 16 h. — Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

1° Chirurgie des voies biliaires (2 leçons), par M. le professeur Gosset, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

2° Chirurgie des voies urinaires (4 leçons), par M. le docteur Marion, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

3° Chirurgie du tube digestif (4 leçons), par M. le docteur Lardennois, chirurgien de la Maison de retraite des Ménages.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léandre Bocquet (de Rumes).

LIVRES NOUVEAUX

L'Essentiel sur la surdi-mutité (1), par Mlle le docteur HOFFER, professeur de l'Université de Paris.

Le médecin praticien peut être appelé à donner son avis sur un enfant sourd-muet. Les paroles qu'il prononcera ont pour les parents et pour l'avenir de l'enfant une importance capitale. Il doit donc posséder quelques notions précises sur les causes et les symptômes de la surdi-mutité et savoir faire la discrimination entre cette infirmité et un simple retard de la parole, une audi-mutité et les différents états d'insuffisance mentale.

Ce n'est pas tout : le médecin de famille doit envisager l'avenir de l'enfant et donner aux parents des renseignements précis sur les soins médico-pédagogiques à appliquer, sur l'âge auquel il faut commencer les exercices acoustiques, respiratoires et phonétiques, sur les résultats qu'on peut attendre de l'instruction spéciale que devra recevoir le jeune sourd, etc.

Il trouvera la réponse à toutes ces questions, sous une forme claire et précise, dans la brochure de Mlle le docteur Hoffer, notamment en ce qui concerne les diverses étapes de l'éducation, les méthodes nouvelles d'enseignement, les avantages de l'instruction individuelle par leçons particulières telles qu'on la réalise dans notre Centre de rééducation, l'utilité des exercices acoustiques chez les enfants qui ont des restes d'audition, etc.

Le médecin praticien doit lire ce travail et le conserver à sa portée ; il ne risquera pas ainsi de se trouver pris au dépourvu en présence d'un cas de surdi-mutité ; il saura donner aux parents les directives nécessaires et leur apporter quelque réconfort au sujet de l'avenir de leur enfant.

G. DE PARREL.

(1) Une brochure de 44 pages avec 9 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. (en timbres-postes). — Centre de rééducation auditive et phonétique, 98, boul. Malesherbes, Paris.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

CHARGÉ DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Traitement des pseudarthroses congénitales. (*Congrès de la Soc. franç. d'orthopédie.* Rapporteur : Ch. DUJARIER; discussion : MAUCLAIRE, MICHEL, ROCHET, FROELICH, TILLET, NICOD, VEAU, DUJARIER; voir analyse *Gaz. des hôpit.*, 29 oct. 1927, n° 87, p. 1921-1931.)

Un nouveau syndrome ostéopathique. L'ostéose éburnisante monomélique. (V. PUTTI. *Chirurgia degli organi di movimento*, juillet 1927, vol. XI, f. 4, p. 335-361, 23 fig.) — L'auteur publie deux observations de cette curieuse affection consistant dans l'hyperostose avec éburnation des os de tout un membre.

Il s'agissait de deux enfants de dix et huit ans, le membre atteint était le membre inférieur gauche qui était allongé.

Sur les radiographies on trouve sur les os longs une condensation par stries longitudinales, suivant le trajet des artères nourricières, sur les os courts autour des noyaux épiphysaires.

Au cours d'une ostéotomie pour genu valgum un prélèvement osseux permit un examen histologique qui montre une ossification métaplasique périvasculaire qui peut finir par entraîner l'oblitération du vaisseau.

L'auteur rapproche ces cas de lésions semblables décrites au membre supérieur par Léri et Johanny (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1922, p. 1141) sous le nom de « mélorhéostose » ou hyperostose « en coulée » sur toute la longueur d'un membre, et par Ph. Lewin et Mac Leod Sidney (*Journ. of bone and Joint surg.*, oct. 1925, p. 969) sous celui d'ostéosclérose avec distribution selon celle du nerf radial. Dans aucun de ces cas la syphilis n'est en jeu. Putti pense à des troubles d'ossification liés à des troubles vasomoteurs par vice de fonctionnement du grand sympathique.

RACHIS

Platyspondylie congénitale.

Etude sur les platyspondylies. Platyspondylies localisées. Platyspondylies généralisées. (M. LANCE. Rapport M. E. SORREL. *Soc. de chir.*, 2 fév. 1927; *Bull. et mém.*, t. LIII, n° 4, p. 132-141, 15 fig.)

Un cas de platyspondylie. (M. A. MOUCHET. *Soc. de chir.*, séance du 1er juin 1927.)

Platyspondylie congénitale. (M. BOTREAU-ROUSSEL [Marseille]. Rapport A. MOUCHET. *Soc. de chir.*, séance du 26 oct. 1927.)

Un cas de platyspondylie. (M. MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, séance du 9 nov. 1927.)

Sur le diagnostic des plastyspondylies congénitales. (M. LANCE. *Soc. de chir.*, séance du 16 nov., 6 fig.)

Sur la platyspondylie. (M. C. ROEDERER. *Soc. de méd. de Paris*, séance du 9 oct.; A. MOUCHET. *Id.*, séance du 23 oct.; M. LANCE. *Id.*, séance du 11 nov.)

Les platyspondylies. (M. J. MOREAU [de Bruxelles]. *Arch. franco-belges de chir.*, oct. 1926 (parues en 1927), p. 887-892, 2 fig.)

Grâce aux progrès de la radiographie, on voit se produire au rachis, pour le mal de Pott, ce qui s'est produit à la hanche pour la coxalgie : la création d'entités morbides nouvelles confondues d'abord avec cette affection et qui peu à peu en sont dégagées.

C'est le cas de la platyspondylie congénitale, signalée incidemment par Putti en 1900 dans un travail sur les anomalies du rachis. Son étude est reprise par Lance qui en expose les diverses variétés.

C'est un arrêt de développement du corps vertébral remontant aux premières semaines de la vie intra-utérine et consistant essentiellement en un élargissement, étalement du corps vertébral qui est aussi diminué de hauteur. Les disques au-dessus et au-dessous sont conservés. Cet état s'accompagne souvent de la non-fermeture de l'arc postérieur (rachischisis postérieur), parfois le corps vertébral est lui-même séparé en deux demi-vertèbres.

L'arrêt de développement peut être limité à une vertèbre, s'étendre à plusieurs et même à tout le rachis comme Lance en rapporte deux cas.

L'existence de ces anomalies est importante à connaître pour éviter de les prendre pour des maux de Pott. On évitera de les confondre avec des fractures par tassement si on les découvre sur une radiographie faite à la suite d'un traumatisme comme c'était le cas pour les deux malades de MM. Mouchet et Botreau-Roussel.

M. Mouchet insiste à juste titre sur l'importance de ce diagnostic au point de vue médico-légal. Avant de se prononcer il faudra confronter l'aspect radiographique avec les signes cliniques, rechercher sur les clichés de tout le rachis les autres anomalies qui coexistent fréquemment avec la vertèbre élargie, comme l'a montré M. Lance.

Spina bifida.

Syndrome paralytique tardif en rapport avec le spina bifida occulta. (M. BUFALINI. *Chir. di org. di movimento*, déc. 1926, t. XI, f. 2, p. 137.) — L'auteur, après avoir énuméré les troubles associés habituellement au spina bifida occulta, apporte trois observations de syndromes paralytiques tardifs.

Chez un jeune homme de vingt-deux ans, depuis deux mois difficulté de marche, adduction et équinovarus des deux pieds, rigidité, contracture des membres inférieurs, clonus, Babinski en extension. On trouve une déhiscence des trois premières lombaires avec tumeur lipomateuse qui est réséquée. Après l'opération la paralysie devient flasque.

Chez une femme de vingt-deux ans, depuis dix ans difficulté de la marche, troubles trophiques et sensitifs, incontinence d'urine. On trouve une tumeur de la région dorsale supérieure, et spina bifida occulta de la IIIe à la Ve dorsale. Pas d'opération.

Le dernier cas concerne une femme de vingt-neuf ans.

Début à seize ans par de la difficulté de remuer le pied et la jambe gauche. A vingt-deux ans, infection puerpérale. Incontinence d'urine. Le pied gauche devient froid, décoloré, se dévie en équin. On trouve une déhiscence de la Ve lombaire et du sacrum.

L'auteur passe en revue les cas analogues déjà publiés : observations de Marie et Léri (*Soc. méd. des hôpit.*, 21 juillet 1922), de Léri (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1923), Cantaloube et Picheral (*Soc. de neurol.*, 28 fév. 1924), Harvier et Chabrun (*Soc. méd. des hôpit.*, 2 mai 1924), Klippel et Feil (*Presse méd.*, déc. 1921).

Nous rappelons aussi les cas de spina bifida occulta avec contractures et flexion progressive des genoux : deux observations de F. Ascher (Segraz. *Arch. f. orth. und unf. chir.*, 15 août 1925, p. 716-849) et 1 observation de Delcroix (*Arch. franco-belges de chir.*, 1924, n° 3).

De même la curieuse observation de rétention d'urine liée à la présence d'un spina de la Ire sacrée ; guérison par la section de la bride de compression, rapportée par J. François [d'Anvers] (*Revue d'orthopédie*, nov. 1927, p. 724).

Spondylolisthesis.

Le traitement chirurgical du spondylolisthesis d'origine traumatique. (John C. Wilson. *Journ. of bone and Joint surg.*, avril 1927, p. 346-355, 6 fig.; Fred H. Albee. *Id.*, juillet 1927, p. 427-445, 8 fig.)

Un cas de spondylolisthesis. (M. A. Mouchet. *Soc. de chir.*, 6 juillet 1927; *Bull. et mém.*, p. 1037-1040.)

Le spondylolisthesis. (Albert Mouchet et C. Roederer. *Revue d'orthopédie*, nov. 1927, t. XIV, n° 6, p. 461-494, 16 fig.)

On a cru jusqu'à ces dernières années que le spondylolisthesis était une affection rare : 200 observations environ figurent dans la littérature médicale de 1880 à 1923. Depuis lors un nombre considérable de cas ont été rapportés, surtout aux Etats-Unis.

Les travaux récents ont mis en évidence un autre fait. Le glissement en avant de la Ve lombaire sur le sacrum était considéré comme bien plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Cette déformation, depuis le mémoire initial de Neugebauer (1890), avait été surtout étudiée par les accoucheurs en raison des dystocies causées par la création du faux promontoire dans le spondylolisthesis.

Il ressort des publications récentes aux Etats-Unis que l'affection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur neuf observations personnelles, Wilson cite six hommes et trois femmes, et Albee, sur huit malades traités, note cinq hommes et trois femmes.

Cette prédominance des hommes ne doit pas surprendre, car si on admet au spondylolisthesis une cause prédisposante qui pourrait être le plus souvent une anomalie congénitale : fusion incomplète dans l'arc postérieur, absence de fusion des lames, asymétrie des articulations sacro-vertébrales, obliquité exagérée des facettes articulaires, ou même anomalie du développement du corps vertébral de la Ve lombaire ou Ire sacrée (Mouchet et Roederer) qui serait parfois (Mouchet et Roederer) une lésion acquise de ces mêmes segments osseux, tous les auteurs sont d'accord pour faire jouer au traumatisme un rôle déterminant important. Mais si le spondylolisthesis a paru plus fréquent chez la femme c'est parce qu'il est mis en évidence chez elle par des complications obstétricales. Chez l'homme il faut le rechercher.

Dans les formes graves, l'aspect clinique est caractéristique. Tel le cas présenté le 6 juillet 1927 à la Société de chirurgie par M. Mouchet. La région lombaire est raccourcie, elle présente une lordose brusque, angulaire.

Dans ces cas la radiographie montre de face la projection du corps de la Ve lombaire sur le sacrum en « chapeau de gendarme renversé », aspect typique. Le diagnostic est facile.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Wilson montre bien que dans les cas peu marqués qu'il a observés on ne trouvait aucun des signes cliniques classiques. Le dos était plat, avec contracture des muscles des deux côtés, rigidité surtout en extension, douleur à la pression de la région lombo-sacrée : tous les symptômes d'un mal de Pott. La radiographie de face reste douteuse. Seule la radiographie de profil pouvait faire le diagnostic.

Le seul traitement qui jusqu'ici ait donné des résultats satisfaisants et fait disparaître les douleurs dont se plaignent ces malades est l'ostéosynthèse des dernières lombaires avec le sacrum. Albee l'a pratiquée huit fois avec un greffon tibial, Wilson six fois par la méthode de Hibbs avec un plein succès.

A propos d'un cas de lésion posttraumatique de la colonne vertébrale. (E. Sorrel. *Soc. de chir.*, séance du 22 juin 1927; *Bull. et mém.*, p. 942-950, 2 fig.; discussion : A. Mouchet.) — Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui, à la suite d'un violent traumatisme, présente un tassement rachidien : écrasement de la XIIe dorsale avec intégrité des disques. L'auteur élimine la possibilité d'une lésion congénitale, d'un mal de Pott.

A propos de ce cas, il conteste l'existence de la maladie de Verneuil-Kümmel en tant qu'entité morbide distincte. Les auteurs en faisaient une ostéite posttraumatique. La radiographie permet de reviser cette opinion et montre qu'il s'agit en réalité de fractures par tassement méconnues. C'est aussi l'opinion de A. Mouchet. On peut alors se demander si au port longtemps prolongé d'un corset plâtré on ne devrait pas substituer une ostéosynthèse du rachis.

Ostéochondrite des corps vertébraux. (J. Buchmann [New-York]. *Journ. of bone and Joint surg.*, janv. 1927, vol. IX, n° 1, p. 55-66, 10 fig.; R. J. Harrenstein [Amsterdam]. *Zeit. f. orthop. Chir.*, 11 fév. 1927, t. XLVIII, f. 1, p. 70-80, 10 fig.; Samuel W. Boorstein [New-York]. *Id.*, oct. 1927, vol. IX, n° 4, p. 629-635, 7 fig.)

Ostéochondrite vertébrale infantile. (J. Calvé [Berck]. *Soc. de pédiatrie*, séance du 20 déc. 1927; discussion : L. Lamy. *Bull. et mém.*, p. 489-501, 11 fig.)

J. Calvé a décrit en 1924 (*Brit. orthop. Assoc.*, Bologne, sept. 1924) une affection particulière du rachis de l'enfant qu'il assimile à l'ostéochondrite, et en apporte une observation personnelle et une de Brackett. Depuis, neuf autres observations ont été publiées (deux de Harrenstein [Amsterdam], deux de Buchmann, une de Kleinberg, une de Gallie [cités par Buchmann], une de Platt [Manchester], deux de Bororstein). On observe l'affection entre cinq et dix ans.

Les signes cliniques sont ceux d'un mal de Pott : douleur à la pression d'une apophyse épineuse, contracture musculaire, apparition progressive d'une gibbosité médiane et angulaire, parfois déviation latérale par contracture.

L'aspect radiographique est caractéristique : un seul corps vertébral est atteint (alors que dans le mal de Pott les lésions portaient sur deux vertèbres). Il est aplati, en jeton. Son opacité est augmentée. Les disques sus et sous-jacents sont conservés et même plus hauts que les disques normaux. Si on suit pendant plusieurs années l'évolution du foyer, la régénération est constante.

Il ne s'agit donc pas d'un mal de Pott.

D'ailleurs la réaction de von Pirquet s'est montrée négative chez cinq de ces malades, de même que le Bordet-Wassermann.

La nature de l'affection reste indéterminée.

Si les observations de Calvé et de Brackett, dont les radiographies sont reproduites dans les *Bulletins de la Société de pédiatrie*, ne laissent pas de doute sur l'existence de ce syndrome nouveau, l'interprétation de certaines des observations publiées depuis reste plus douteuse. C'est ainsi que l'on ne

peut s'empêcher de considérer le deuxième malade de Boorstein comme un mal de Pott qui a évolué en quatre années, avec destruction progressive de deux vertèbres et tassement du foyer, et l'observation I du même auteur semble bien une cyphose de l'adolescence (quatorze ans) avec aspect typique de l'épiphysite de croissance. Buchmann distingue justement les deux affections, l'ostéochondrite survenant dans les premières années de la vie et guérissant sans laisser de difformité ; l'épiphysite survenant chez les adolescents et laissant une cyphose dorsale marquée.

Le traitement de la scoliose par le développement des courbures de compensation. (Arthur STEINDLER. *Chir. degli org. di movimento*, avril 1927, vol. XI, f. 3, p. 301-330, 33 fig. [en anglais]. — Après avoir montré combien est illusoire le redressement de la courbure principale du rachis dans la scoliose, et aléatoire le maintien de ce redressement, l'auteur conclut que le véritable traitement consiste dans le développement et fixation des courbures de compensation.

Il montre que cette compensation existe naturellement chez certains sujets, que l'aggravation habituelle de la maladie se fait par décompensation, chute du tronc avec exagération de la courbure primitive aux dépens des courbures de compensation.

Le traitement consiste : 1° à mobiliser par des exercices gymnastiques la portion non rigide du rachis, au-dessus et au-dessous de la courbure principale ; 2° à créer des courbures de compensation par une série de plâtres prenant le tronc et une cuisse et agissant sur le rachis, la ceinture scapulaire et le bassin ; 3° la compensation obtenue est maintenue, soit par une gymnastique intensive et le port d'un corset pendant toute la vie, soit par une opération de fusion du rachis. Cette deuxième solution doit être préférée dans la majorité des cas.

L'auteur donne le choix à la méthode de Hibbs portant sur presque tout le rachis. Il l'a pratiquée dans 70 cas sans un décès. Il rapporte 48 observations de scoliose, avec seulement 4 rechutes.

Les photographies de huit malades opérés (une seule radiographie) montrent une amélioration certaine de la déviation du rachis, mais peu ou pas d'action sur la gibbosité. Les résultats nous semblent à ce point de vue très inférieurs à ceux qu'on obtient par le modelage thoracique dans des corsets amovibles fenêtrés avec exercices respiratoires et compressions.

MEMBRES :

Membre supérieur.

LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE :

Luxation antérieure récidivante de l'épaule. Traitement opératoire par greffe osseuse. (KELLOGG SPEED [Chicago]. *Surg., gyn. and obst.*, avril 1927, t. XLIV, 6 fig. n° 4, p. 468-477.)

Luxation récidivante de l'épaule traitée par le procédé d'Oudard modifié. Résultat après six mois. (Ch. LENORMANT. *Soc. de chir.*, séance du 11 janv. 1928, *Bull. et mém.*, p. 31-33. Discussion A. Mouchet-Mauclaire.

La luxation récidivante de l'épaule. (Ch. LENORMANT. *Presse méd.*, 18 fév. 1928, 2 fig., n° 14, p. 219-220.)

La luxation récidivante de l'épaule. (OUDARD. *Presse méd.*, 15 fév. 1928, 8 fig. n° 13, p. 201-202.)

La luxation récidivante de l'épaule qui constitue une véritable infirmité pour ceux qui en sont atteints. Sa thérapeutique, jusqu'ici incertaine, fait dans ces dernières années un pas décisif par l'instauration de véritables « butées » osseuses faisant obstacle à la reproduction de la luxation.

On sait que dans ces cas on observe des modifications portant sur toute l'articulation : déformations osseuses (encoche postéro-externe en « quartier d'orange », tête « en hachette » ou « en maillet ») d'origine congénitale ou acquise, musculaires (arrachement, élongation des muscles rotateurs externes, arrachement des tubérosités), capsulaires (distension capsulaire).

Jusqu'à ces dernières années les méthodes thérapeutiques avaient surtout consisté dans des myoplasties (opération de Clairmont et Erlich), des capsullorhaphies dont l'opération de Ricard (1894) est le type, la création de ligaments artificiels. Eden (*Zentralblat. f. chir.*, 1920, p. 1002) eut l'idée d'empêcher la reluxation en créant une butée osseuse qu'il réalise par l'implantation d'un greffon dans le bord antérieur du rebord glénoïdien.

Mais l'intervention est assez complexe à réaliser.

Très simple au contraire est le procédé que Oudard (de Toulon) a exposé en 1925 (*Journ. de chir.*, 1925, p. 13-25), qu'il a encore simplifié dans sa technique qu'il décrit dans la presse médicale.

Le procédé consiste, après réduction de la luxation, à allonger par dédoublement et glissement des deux fragments l'un sur l'autre l'apophyse coracoïde.

Dans le procédé primitif un greffon tibial est interposé entre les deux fragments, renforçant ainsi la butée osseuse, renforcement que Oudard juge maintenant inutile puisque avec un allongement de la coracoïde de 3 centimètres toute reluxation est impossible.

Une statistique de quinze observations sans aucune récidive vient à l'appui du travail du chirurgien toulonnais. Ainsi se trouve réalisé un sérieux progrès dû comme le remarque Lenormant « à l'application à l'épaule de la méthode générale des butées ostéoplastiques dont les indications sont aujourd'hui assez nombreuses en chirurgie articulaire ».

Membre inférieur.

Contribution à l'étude d'un syndrome d'arrêt d'involution du membre inférieur. (G. REDAUD. *Th. de Paris*, 1927. [Travail du service du professeur Ombrédanne].) — Il existe des enfants qui, à la naissance, présentent une persistance de l'attitude fœtale du membre inférieur, coexistence d'une rotation externe à 90 degrés, avec une hanche luxée ou luxable.

Cet arrêt de l'involution est bilatéral ou unilatéral.

Dans la grande majorité des cas, ces cas évoluent vers la guérison spontanée, ce qui explique la guérison spontanée de certaines luxations congénitales.

Telle fut l'évolution observée dans quatre observations rapportées par l'auteur.

Il n'en est pas toujours ainsi et lorsque cet arrêt de l'involution persiste il détermine des formes graves (antéversion considérable du col fémoral) des luxations congénitales de la hanche.

Pieds bots.

Pieds bots congénitaux associés à des malformations multiples. (G. HUC. *Soc. de pédiatrie*, 5 juillet 1927.) — L'auteur présente trois enfants atteints du même syndrome complexe : double paralysie faciale, fixité des globes oculaires et des pupilles, retrait considérable de la mâchoire inférieure et double pied bot varus congénital. Dans un cas il y avait eu un traumatisme obstétrical. Pas de signes d'hérédo-syphilis.

Malformations congénitales de la hanche.

I. HANCHES CONGÉNITALEMENT DÉSAXÉES.

Contribution à l'étude des hanches congénitalement désaxées. (L. MARCHAND. *Th. de Montpellier*, 1927. [Travail du service du professeur Massabuau].) — Nous avons attiré l'attention au Congrès d'orthopédie de 1926 sur une déformation spéciale de la hanche dans lequel le col fémoral se redresse

sur la tête fémorale qui reste en place dans le cotyle, si bien qu'au premier abord on pourrait croire à une hanche normale, tandis qu'en réalité la hanche est en « porte à faux » ce qui explique les crises douloureuses observées.

Dans ce travail, très documenté, l'auteur reprend en détail l'étude des axes de la hanche (cotyle, tête, col), et du centrement de la tête et du cotyle. Il montre que l'étude de ces axes par la radiographie suffit à caractériser cette désaxation qui évolue le plus souvent vers la subluxation vraie. Il démontre l'origine congénitale de la déformation et conclut que la méthode thérapeutique logique est la réfection d'un toit cotyloïdien par une opération ostéoplastique.

II. SUBLUXATIONS ET LUXATIONS CONGÉNITALES :

Trente-trois observations ostéoplastiques pour subluxations et luxations congénitales de la hanche. (M. LANCE. — Rapport du professeur OMBRÉDANNE. *Soc. de chir.*, 12 janv. 1927, t. LIII, n° 1.)

Etude sur les indications et la technique des butées ostéoplastiques dans les subluxations et luxations congénitales invétérées de la hanche en particulier dans leurs variétés postérieures. (Ch. GARNIER. *Th. de Paris*, juillet 1927. [Travail du service du professeur Ombrédanne].)

Indications et résultats des opérations ostéoplastiques pratiquées dans les subluxations et luxations congénitales invétérées de la hanche. (M. LANCE. *Marseille méd.*, 5 oct. 1927, 20 fig., n° 29.)

Le principe de la constitution d'une butée osseuse iliaque formant un appui suffisamment étendu et bien orienté à la tête fémorale dans les formes douloureuses des subluxations et luxations congénitales invétérées de la hanche, ne semble plus guère discuté. Leur emploi apporte des améliorations considérables, même chez les adultes, à ces infirmes, à condition toutefois que les indications aient été correctement établies.

Or ces malformations forment des variétés multiples, e· chaque variété présente des indications différentes qu'il faut tâcher d'établir. On trouvera dans les publications ci-dessus, que nous ne pouvons analyser en détail des essais de mise au point de ces indications opératoires et des résultats que l'on est en droit d'attendre d'elles dans chaque cas.

Cf. — (H. TILLIER. *Th. de Lyon*, 1927. [Travail du service du professeur Nové-Josserand].)

Ostéochondrite de la hanche.

Ostéochondrite de la hanche. (H. L. ROCHER (de Bordeaux). *Arch. franco-belges de chir.*, janv. 1927, 8 fig., p. 24-33.) — H. L. ROCHER. *Arch. d'électr. méd.*, mai 1927.) — M. LANCE. Rapport A. MOUCHET. *Soc. de chir.*, séance du 4 mai 1927.) — Dans ces publications la question traitée est celle-ci : L'ostéochondrite de la hanche constitue-t-elle une affection autonome, ou est-elle comme on l'a prétendu, la manifestation d'une luxation congénitale méconnue? Rœderer au Congrès de chirurgie de 1926, M. Mouchet dans des publications antérieures avaient démontré cette existence de l'ostéochondrite en dehors de toute subluxation. Elle n'est qu'une épiphysite de l'extrémité supérieure du fémur. Les sept observations nouvelles apportées ici le démontrent à nouveau de façon surabondante.

Cf. — (MOREAU [d'Avignon]. *Arch. d'électr. méd.*, mai 1927, p. 192-196.)

Arthrites déformantes de la hanche.

Note sur quelques modifications structurales de la hanche normale et pathologique. (L. DUVERNAY [d'Aix-les-Bains] et PARENT [de Chambéry]. *Lyon chir.*, juillet-août 1927, 13 fig.)

Considérations sur l'anatomie radiographique des arthrites chroniques de la hanche. (DUVERNAY et PARENT. *Revue d'orthop.*, mai 1926, 26 fig., p. 174-207.)

Arthrites de la hanche et malformations infantiles. (L. DUVERNAY. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 sept. 1927, 15 fig.)

De même que pour l'ostéochondrite, on a soutenu que les arthrites chroniques déformantes de l'adulte et du vieillard étaient toutes la résultante de subluxations congénitales méconnues.

Cette assertion reposait sur l'étude de pièces anatomiques de musée et sur des aspects radiographiques.

MM. Duvernay et Parent ont repris cette étude.

Le premier mémoire passe en revue les lésions (présence d'un double fond au cotyle, d'un avant-toit ou couvert d'un seuil ou butoir inférieur, relèvement du toit), que l'on a données comme révélatrice d'une subluxation congénitale.

De l'étude de pièces de musées et de radiographies de ces pièces ils concluent que ces modifications structurales sont en effet des satellites fréquents des luxations congénitales de la hanche, mais ne sont pas pathognomoniques de ces malformations.

De plus elles sont très différentes dans leur époque d'apparition : le seuil et l'avant-toit sont des productions tardives, tandis que le double fond apparaît précocement pendant la période de développement.

Quant au relèvement du plafond et l'ovalisation du cotyle, d'origine congénitale, leur fréquence est si grande qu'on ne peut en faire une véritable anomalie, et qu'ils n'ont de signification réelle que quand ils s'accompagnent d'une ascension de la tête dans le cotyle, d'une subluxation véritable.

Dans les deux autres mémoires les auteurs étudient ces déformations sur les radiographies d'adultes ou vieillards atteints d'arthrites déformantes. Ils essayent d'en établir une classification. Ils aboutissent à cette conclusion qu'on peut les ramener à deux catégories :

1° Les hanches qui ont conservé leur morphologie générale, elles ne se différencient pas de celles des autres articulations, et se produisent dans les mêmes conditions de forme (arthrite simple, proliférante, ankylosante, déformante) ou de causes (toxiques, infectieuses, traumatiques) ;

2° Celles dans lesquelles la morphologie de la hanche est très modifiée ou a disparu. L'arthrite est récente, se produit et évolue comme les précédentes, mais sur une hanche présentant antérieurement un changement morphologique plus ou moins important.

Dans le premier cas ce sont des arthrites faisant des déformations, dans le second des hanches malformées faisant l'arthrite.

Métaphysite fémorale supérieure secondaire à une broncho-pneumonie catarrhale subaiguë d'origine septique. (Ad. F. CARRELLI. *Arch. di ortopedia*, 1927, vol. XLIII, f. 6, 3 radios, p. 306-324.) — L'auteur rapporte une observation de lésions infectieuses de la métaphyse fémorale, avec très légers signes de réaction articulaire survenant deux mois après la terminaison d'une bronchopneumonie chez un enfant de deux ans, terminaison par guérison en deux mois. A ce propos l'auteur expose les différentes formes des épiphysites et métaphysites infectieuses du jeune enfant.

Sur le traitement de la luxation par épiphysite de la hanche. (Professeur GIOVANNI et SCABLINI [Vérone], *Archivio di ortopedia*, 1927, vol. XLIII, fasc. 1, p. 17-54, 14 fig.)

Traitement de la luxation de la hanche consécutive aux ostéo-arthrites aiguës de l'enfance. (Professeur PUTTI et docteur R. ZANOLI [Bologne], *La chirurgia degli org. di movimento*, nov. 1927, vol. XI, p. 540-574, 47 fig.)

Dans ces deux très importants mémoires, les auteurs exposent des points de vue très opposés sur le traitement des luxations

pathologiques consécutives à l'ostéomyélite de l'épiphyse fémorale du nourrisson. On sait que si dans quelques rares cas, l'affection se termine sans suppuration, le plus souvent il se produit une arthrite suppurée avec abcès de la cuisse, destruction plus ou moins étendue de l'épiphyse fémorale et du col; plus rarement lésions du cotyle. Le plus souvent, il se produit à la période aiguë une luxation, et dans la suite des troubles de croissance du fémur.

Dans son travail, basé sur cinq observations de l'Institut des rachitiques de Milan, G. Scarlini montre que, au moins dans les formes les moins graves on peut se contenter d'un traitement non sanglant qui donne d'excellents résultats.

A la période aiguë, on peut prévenir la production de la luxation en maintenant une extension continue sur le membre inférieur.

Si la luxation est de production récente, l'extension continue peut suffire à amener la réduction de la luxation et empêcher une reprise rapide de la marche.

Dans les luxations anciennes, si le cotyle n'a pas été détruit on réduira et traitera la luxation exactement comme une luxation congénitale, en évitant seulement avec grand soin toute manœuvre de force lors des manipulations. Dans les cas difficiles, après un premier échec, on réussira la réduction après une période d'extension continue.

D'après l'auteur, la réduction sanglante ne trouve son application que dans un nombre restreint de cas.

Putti et Zanoli arrivent à des conclusions inverses. Ils apportent la considérable contribution de quinze observations personnelles, ayant subi des méthodes différentes de traitement, ce qui permet de les comparer entre elles.

Ils critiquent les méthodes non sanglantes qui ne donnent que des résultats très inconstants. Ils trouvent l'explication de ces échecs dans les lésions. Lors de la suppuration articulaire il y a eu non seulement des lésions osseuses, mais aussi des lésions des parties molles très importantes. Lorsqu'on opère, on trouve la cavité articulaire comblée par une masse de tissu cicatriciel fibreux, on se rend compte que son ablation est indispensable si on veut obtenir la réduction du moignon fémoral dans le cotyle. La rétraction des muscles pelvi-trochantériens gêne beaucoup aussi cette réduction par l'obstacle apporté à l'abaissement du fémur. La réduction est considérablement facilitée quand on a pratiqué le détachement temporaire du grand trochanter à la manière d'Ollier.

Ces considérations expliquent les échecs presque constants que donnent les tentatives de réduction non sanglante à la manière de la luxation congénitale,

Dans 1 cas, Putti a tenté la reconstitution d'un col et d'une tête au moyen de l'implantation d'une extrémité supérieure du péroné : le résultat a été médiocre à la suite de la résorption partielle du transplant.

Dans 3 cas, après dissection de la cicatrice cotyloïdienne, il a réduit le grand trochanter dans le cotyle, et maintenu en abduction à 90°. Au bout de quelque temps, ostéotomie sous-trochantérienne pour ramener le fémur en bonne direction tout en constituant un col. Cette méthode a l'inconvénient d'augmenter le raccourcissement.

Dans 5 cas où il persistait un moignon du col suffisant, après évidement du cotyle, il s'est contenté de réduire et traiter comme une luxation congénitale. Il reproche à cette méthode la nécessité d'une très longue immobilisation.

Enfin dans 7 cas, il a pratiqué la reconstitution plastique d'un col fémoral selon la méthode de Whitman. C'est la méthode de choix.

Elle comporte la section du grand trochanter avec ses muscles ; une recoupe de la partie supérieure de la diaphyse, pour constituer un nouveau col, la dissection de la cicatrice articulaire, réduction du col nouveau, réinsertion basse du trochanter sur la diaphyse en abduction.

Le raccourcissement n'est pas augmenté, le traitement post-opératoire bref. Les résultats sont stables et très bons.

Coxa vara.

Contribution à l'étude de la coxa vara épiphysaire de l'adolescence. (J. Duminil. *Th. de Paris*, 1929.)

Coxa vara bilatéral chez un adolescent. Fracture du col fémoral droit guéri dans de bonnes conditions; récidive grave non soignée; bon résultat fonctionnel avec état anatomique très défectueux. (Al. Mouchet. *Soc. de chir.*, 5 mars 1927, *Bull. et mém.*, p. 340-342, 3 fig.)

Coxa vara sans limitation des mouvements. (C. Rœderer, *Soc. des chirurg. de Paris*, 18 nov. 1927.)

Dans sa thèse, travail important, basé en particulier sur dix-sept observations du service du professeur Ombrédanne, Duminil montre que le pronostic fonctionnel de cette lésion semble plus réservé qu'on ne le dit habituellement.

Il est conditionné non seulement par l'importance de la déformation, mais aussi par la réaction articulaire qui se traduit par la douleur, la limitation de tous les mouvements de l'articulation.

Le choix du traitement peut aussi modifier le pronostic. Des observations nettes montrent que le procédé de la réinfraction peut réveiller l'arthrite et aggraver le pronostic. Elle doit être abandonnée.

Il en est de même de toute opération intra-articulaire.

En dehors du traitement médical, qui a son importance, on se contentera à la période aiguë du décubitus prolongé avec mobilisation, extension continue.

A une période tardive, le meilleur traitement des déformations semble être l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Les deux publications de Al. Mouchet et de C. Rœderer, montrent que des inflexions considérables du col fémoral sont compatibles avec un fonctionnement assez bon de la hanche, ce qui vient renforcer la thèse précédente que la déformation osseuse n'est pas tout dans l'impotence de la coxa vara, et qu'il faut faire une place aux phénomènes inflammatoires, contractures musculaires pour l'expliquer dans certains cas.

Cf. — La coxa vara essentielle des adolescents. — C. Rœderer. *Bull. et mém. Soc. des chir. de Paris*, 1er avril 1927, t. XIX, n° 7), — Discussion : Trèves.

H. Judet, *Idem*, juillet 1927, n° 12.

Fractures du cotyle.

Contribution à l'étude de l'enfoncement de l'acétabulum avec luxation centrale de la hanche. (A. Catterina [Gênes], *La Chirurgia degli org. di movimento*, nov. 1927, vol. XI, fasc. 6, p. 594-625, 5 fig.) — A propos d'un cas personnel, l'auteur reprend toute l'histoire de cette affection.

Il n'a pu reproduire la lésion sur le cadavre ni sur l'animal.

De l'étude des résultats obtenus, il conclut que aussi bien en face des lésions récentes que des cas anciens, ce sont les interventions sanglantes qui doivent être préparées aux manœuvres non sanglantes (traction sous anesthésie, extension continue).

Pour les cas anciens, la résection avec interposition d'un lambeau de fascia lata donne un excellent résultat. C'est ce qui s'est produit chez le malade traité par Catherina.

Arthrodèse de la hanche.

Traitement des ankyloses vicieuses de la hanche par l'arthrodèse extra-articulaires. (Rendu [de Lyon], *Congr. de la Soc. franç. d'orthop.* Discussion : Sorrel-Mathieu; analyse in *Gaz. des hôpit.*, nov, 1927, n° 90, p. 4450.)

L'arthrodèse de la hanche. Technique et résultats d'un procédé extra-articulaire. (P. Mathieu.) — On trouve dans le travail de Mathieu l'exposé de la technique de l'opération qu'il a imaginée et déjà décrite en collaboration avec Wilmoth (*J. de chir.*, sept. 1926), pour ankyloser la hanche par le

création extra-articulaire d'un pont osseux entre le bassin et le fémur, opération relativement simple, en tout cas bénigne, et dont les résultats sont certains, comme le prouvent les six observations de coxalgies anciennes que Mathieu donne dans son mémoire.

Cette belle intervention ne borne pas ses indications à certaines séquelles de la coxalgie mais peut être appliquée pour remédier à la douleur et à l'impotence fonctionnelle de toutes les arthropathies de la hanche.

Arthroplastie.

Résultats éloignés de l'arthroplastie de la hanche. (WILLIS C. CAMPBELL, *The J. of bone and joint surgery*, avril 1927, p. 331-345, 21 fig.) — L'auteur a pratiqué en cinq ans 60 arthroplasties de la hanche, dont 24 pour des ankyloses unilatérales. C'est de ces dernières qu'il rapporte les résultats éloignés (au moins trois ans), de 15 opérations. De ces ankyloses, 13 étaient consécutives à des arthrites aiguës de la hanche dont la majorité d'origine gonococcique, 1 d'origine traumatique, 1 seule tuberculeuse.

Il s'agissait de 4 hommes et 11 femmes, tous jeunes, entre seize et vingt-sept ans, âge favorable à l'opération. On a eu à déplorer quelques complications : 2 suppurations, 2 cas de paralysie du sciatique, une passagère mais l'autre semble permanente.

Enfin, la seule coxalgie opérée donne une rechute suivie de décès par généralisation au bout de un an.

Les 14 autres cas donnent au point de vue fonctionnel les résultats suivants : 2 réankyloses, 12 malades ont une flexion de 50 à 120°.

Au point de vue mobilité, stabilité, endurance à la marche, il y a 10 bons résultats, 2 médiocres. Sur ces 10 bons résultats, 5 concernaient des arthrites gonococciques. L'auteur, et c'est là le point capital de son travail, réfute ainsi l'opinion courante que l'origine gonococcique d'une ankylose externe contre-indication à l'arthroplastie.

Tumeur blanche tibio-tarsienne.

Traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne. (*Congrès de la Soc. franç. d'orthop.* Rapporteur : A. DELAHAYE (de Berck); discussion : MASSART, LEFORT et PIQUET, CANTARGYRIS, TRÈVES, FRŒLICH, POUZET, SORREL, NOVÉ-JOSSERAND, DELAHAYE. Voir analyse in *Gaz. des hôpit.*, 22 oct. 1927 n° 85, p. 1397-1399.)

Résultats éloignés de tarsectomie atypique dans les tuberculoses diffuses du tarse postérieur chez l'enfant. (NOVÉ-JOSSERAND et PRUZET, *Lyon chirurg.*, mars-avril 1927.)

Tumeur blanche tibio-tarsienne fistulisée. Astragalectomie. Guérison avec marche normale [présentation de malades], E. SORREL, *Soc. de chir.*, séance du 2 nov. 1927; *Bull. et mém.*, p. 1212.)

Arthrites tuberculeuses multiples chez une adulte. Résultats d'une astragalectomie et d'une résection du coude [présentation de malades], (E. SORREL, *Soc. de chir.*, séance du 30 nov. 1927, *Bull. et mém.*, p. 1331.) — Dans les formes graves de la tumeur blanche du cou-de-pied chez l'enfant, l'astragalectomie est classique depuis les travaux de M. Ménard sur ce point. Tant au Congrès d'orthopédie en 1924 que dans son travail avec M. Pouzet, M. Nové-Josserand jugeant qu'elle est insuffisante, tend à lui substituer systématiquement une postéro-tarsectomie atypique, c'est-à-dire à compléter

l'ablation de l'astragale par l'évidement partiel du calcanéum et parfois du cuboïde et du scaphoïde.

E. Sorrel juge que l'astragalectomie, dont les résultats fonctionnels sont très supérieurs à la postéro-tarsectomie suffit à guérir les formes graves, fistuleuses, de la tumeur blanche de l'enfant comme chez l'une de ses malades, et même de l'adulte comme le prouve sa deuxième observation.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES DU CORDON

Le kyste du cordon est une affection fréquente dans l'enfance, liée à une malformation du canal péritonéo-vaginal. C'est un *épanchement séreux* développé dans une portion de ce canal où l'oblitération normale du canal ne s'est pas faite. Le reste du canal, au-dessus et au-dessous du kyste, est oblitéré.

PATHOGÉNIE

Ainsi lié à l'évolution du canal péritonéo-vaginal, le kyste du cordon a une étroite parenté avec les autres malformations du canal.

Dans le kyste du cordon, l'épanchement est collecté à la *partie moyenne* du canal. *Au-dessus et au-dessous le canal est oblitéré*, donc :

a. Le kyste du cordon est au-dessus du testicule et bien séparé de lui ;

b. Le kyste du cordon est irréductible, puisqu'il ne communique pas avec la cavité abdominale.

Ce sont ces caractères qui le différencient :

De l'hydrocèle communiquante où le canal n'est pas oblitéré à sa partie supérieure;

De l'hydrocèle vaginale vraie où le liquide est collecté dans la partie terminale du canal qui, normalement, ne s'oblitère pas et constitue la vaginale du testicule ;

Du kyste de l'épididyme développé aux dépens du cul-de-sac de la vaginale situé entre épididyme et testicule.

Toutes ces anomalies peuvent être multiples et associées, et c'est ce qui explique la production d'ailleurs plus rare des :

Kystes du cordon en chapelet,

Kystes imbriqués,

Kystes associés à une hernie,

Kystes englobés dans une hydrocèle vaginale.

ÉTUDE CLINIQUE

Type kyste du nourrisson.

L'enfant est amené parce qu'on a constaté dans une bourse une tumeur anormale.

Signes physiques. — INSPECTION. — Une des bourses est en effet augmentée de volume.

PALPATION. — On y sent une *tumeur* :

Lisse indolente,

Ovoïde régulière,

Grosse comme une bille ou souvent plus *tendue, assez dure*, pouvant avoir la consistance d'un testicule et donner l'impression « d'un troisième testicule ».

Le testicule est facilement palpable au-dessous du kyste. *Il en est nettement distinct.* Les deux masses sont mobiles et bien séparées.

Au-dessus du kyste, il n'y a pas de pédicule. On ne sent pas d'épaississement en pinçant la racine des bourses. On sent seulement le cordon normal.

Compléter l'examen par trois recherches :

1. L'IMPULSION A LA TOUX manque absolument.

2. L'IRRÉDUCTIBILITÉ EST ABSOLUE. C'est un point capital. Cependant très fréquemment on peut faire remonter les petits kystes dans le canal inguinal. Il est impossible de les faire remonter davantage. Cette fausse réductibilité est dépistée par le fait que dans le canal inguinal le kyste garde sa forme, on le sent à travers les parois. Il y a refoulement mais non réductibilité.

3. LA TRANSLUCIDITÉ. — Le kyste est transparent à la lumière si l'on a soin de bien l'écarter de la paroi abdominale.

Signes fonctionnels. — Il n'y en a pas. Aucune gêne, même mécanique.

Evolution et complications. — Si l'on ne le traite pas le kyste peut augmenter de volume. L'inflammation, la rougeur, la suppuration sont exceptionnelles.

FORMES CLINIQUES

Kystes multiples en chapelet,

Kystes volumineux,

Kystes du grand enfant et de l'adulte, plus rares, mais mêmes caractères cliniques,

Kystes associés.

Rappelons que les kystes du cordon ont leur équivalent pathogénique chez la fille : le kyste du canal de Nück.

DIAGNOSTIC

En général facile après un examen soigné. Cependant, et surtout chez le petit enfant, on pourra avoir à discuter :

1. **L'hydrocèle péritonéo-vaginale** dans sa variété funiculaire. Elle est franchement réductible dans l'abdomen. Impulsion à la toux.

2. **Le kyste de l'épididyme.** — Il est étroitement uni au testicule qu'il coiffe.

3. **L'hydrocèle de la tunique vaginale.** — Il est impossible de palper le testicule.

4. **La hernie inguinale.** — Diagnostic qui ne devrait pas se poser. Impulsion à la toux. Réductibilité. Pédicule. Pas de translucidité.

Le diagnostic des formes complexes n'est fait le plus souvent qu'à l'intervention.

TRAITEMENT

Chez les tout petits :

Ponction, puis injection de deux gouttes d'alcool. Si le kyste récidive, incision et *retournement* du kyste.

Chez les plus grands :

Retournement du kyste ou extirpation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Processus d'infection et de défense. Etude biologique et expérimentale. Vaccination préventive, par A. CALMETTE, avec la collaboration de A. BOQUET et L. NÈGRE, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris. Troisième édition. Grand in-8 de 884 pages avec 30 figures et 34 planches hors texte dont 25 en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

Précis d'anatomie médico-chirurgicale. Tome I : *Tête, cou, thorax et membre supérieur*, par M. PATEL, professeur de chirurgie opératoire, et J. CREYSSEL, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Lyon. In-8 de 461 pages avec 84 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — 209. ...ÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Jury de nomination.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Ravaut, Milian, Grenet, Renaud, Laffitte, Lesage, Darré, Teissier, Desmarest, qui acceptent; Carnot, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— TROISIÈME CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Hartmann, Auvray, Baudet, Gernez, Okinczyc, Lejars, Emile Weill.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour les places d'agrégé vacantes : MM. Ferdinand Piéchaud (médecine), Beauvieux (ophtalmologie), Joulia (dermatologie et syphiligraphie).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — L'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims fait connaître que l'emploi de professeur suppléant des chaires de chirurgie et accouchements est vacant.

Les agrégeables désirant être nommés sans concours sont priés de se faire connaître, avant le 18 avril 1928, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Le traitement est de 3 000 fr.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le professeur Pierre Rondopoulos (d'Athènes), directeur de *Iatriki Proodos* et de la *Grèce médicale*. Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à notre excellent confrère qui est un grand ami de la France.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le service des expertises médicales à la direction du contentieux et des services médicaux du ministère des Pensions va être rattaché aux services des soins gratuits et de l'appareillage des mutilés.

La direction de l'ensemble de ces services sera assurée par le docteur Paloque, chef des services des soins gratuits et de l'appareillage des mutilés.

VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE DE BORDEAUX. — Le Comité d'organisation du Congrès national de la tuberculose, d'accord avec la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses, a mis à l'ordre du jour du prochain Congrès, qui aura lieu à l'époque de Pâques en 1930, les questions suivantes :

I. *Question biologique.* — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteurs : MM. le professeur Bezançon, les docteurs A. Philibert et J. Paraf (de Paris).

II. *Question clinique.* — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : MM. le professeur Leuret et le docteur Caussimon (de Bordeaux).

III. *Question médico-sociale.* — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : MM. les docteurs Kuss (de Paris), Secousse et Piéchaud (de Bordeaux).

IV. *Question médico-militaire.* — La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, par M. le médecin-major de 1re classe Pilod (du Val-de-Grâce).

V. *Conférence* sur une question d'actualité par un médecin de langue française.

Nota. — Sujet et conférencier seront ultérieurement désignés.

JOURNÉES MÉDICALES BRÉSILIENNES. — Les Journées sont fixées définitivement aux 15, 16, 17, 18 et 19 juillet prochain.

Aux conférences viendront s'ajouter un salon des médecins, des représentations théâtrales et une exposition.

Le voyage entre les ports français et celui de Rio de

Janeiro se fait en douze à seize jours, selon la vitesse du navire, et les prix de passages sont de 5.000 à 8.000 fr. Les compagnies de navigation offrent une réduction de 15 à 20 p. 100 aux membres de ces Journées, moyennant présentation de la carte d'inscription.

Pour les adhésions et autres renseignements, s'adresser à M. le docteur Belmiro Valverde, secrétaire général des Journées, rua Sao José, n° 84, andar, Rio de Janeiro (Brésil), et pour les informations plus rapides s'adresser à M. le docteur Drugman, 18, boulevard des Moulins, Monte-Carlo.

JOURNÉES THERMALES ET CLIMATIQUES DES VOSGES. — La Fédération thermale et climatique des Vosges a décidé d'organiser chaque année des « Journées thermales, climatiques, touristiques » dans une des stations adhérentes. Les premières de ces Journées auront lieu les samedi 2 et dimanche 3 juin, à Luxeuil-les-Bains, avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy, de l'Union hôtelière des Vosges, des fédérations de syndicats d'initiative des Vosges et de Franche-Comté-Monts-Jura et des automobiles-clubs régionaux.

LA CROISIÈRE DE « BRUXELLES MÉDICAL » (29 juillet-18 août 1928). — La prochaine croisière de grandes vacances organisée par *Bruxelles médical*, du 29 juillet au 18 août, remporte un succès sans précédent. Près de la moitié des places sont déjà occupées et le nombre des demandes de renseignements va sans cesse croissant. Nous invitons donc ceux de nos lecteurs qui auraient l'intention d'y prendre part à s'inscrire de toute urgence.

Nous rappelons que la croisière de *Bruxelles médical*, qui sera effectuée par le nouveau paquebot de luxe à moteurs *Brazza* (16.000 tonnes) comporte l'itinéraire suivant : Bordeaux, La Corogne, Vigo, Porto, Funchal (Madère), Santa Cruz de Teneriffe (Canaries), Las Palmas (Canaries), Casablanca, Ajaccio, Marseille.

Prix spécial de navigation pour les médecins : depuis 1.096 belgas, soit environ 3.900 fr. français.

Renseignements et inscriptions à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard A. Max, Bruxelles.

BANQUET ANNUEL DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le banquet du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 5 mai, à 7 h. 1/2 du soir, dans les salons de l'Hôtel Lutétia, sous la présidence du docteur Cibrie, ancien président du Syndicat.

Le banquet sera suivi d'une soirée dansante à laquelle sont invités tous les membres et amis du Syndicat des médecins de la Seine.

S'adresser, pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, au siège du Syndicat, 28, rue Serpente (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Charles-Ernest Firket (de Liège), ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique, décédé à l'âge de 76 ans. Ancien élève de Recklinghausen et de Ranvier, Firket a consacré sa vie à l'anatomie pathologique.

Avec lui disparaît l'un des plus illustres savants de Belgique.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Morand de la Perelle (de Neuve-Lyre), Fromaget (de Bordeaux), le professeur Vincenzo Patella (de Sienne), les docteurs Albert-Antoine Rouquès (de Paris), Sourdrille (de Thouarcé), Bragard (d'Aubel), A. Ruault, médecin honoraire des Maisons d'éducation de la Légion d'honneur, ancien président de la Société de laryngologie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (hôpital Broca, service de M. le professeur Jean-Louis FAURE). — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Bonnet et Chevalier, chefs de clinique, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 23 avril au samedi 12 mai 1928.

Le droit à verser est de 250 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. Les élèves des cours précédents, les internes et externes des hôpitaux seront admis gratuitement à la condition de se faire inscrire à l'hôpital Broca, le premier jour du cours. Une carte d'entrée leur sera délivrée, leur permettant l'entrée l'amphithéâtre.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis. de 14 heures à 16 heures.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'adonis agit surtout en soutenant le cœur en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — POUR ALLER AU MAROC LA VOIE DE MARSEILLE EST LA PLUS COURTE, LA PLUS RAPIDE, LA MIEUX ABRITÉE. — Trois fois par mois (les 4, 14 et 24) les trains partant chaque soir de Paris P.-L.-M. à 17 h. 10, 19 h. 50 ou 21 h. 25, permettent au voyageur de s'embarquer dès le lendemain à Marseille sur un des luxueux paquebots de la Compagnie Paquet qui, après escale à Tanger les 8, 18 ou 28, atteignent Casablanca les 9, 19 ou 29 au matin.

Des billets combinés (chemin de fer et paquebot) valables 15, 30 ou 90 jours et permettant l'enregistrement direct des bagages sont délivrés pour Tanger et Casablanca par les principales gares P.-L.-M. et les agences de la Compagnie Paquet.

REVUE GÉNÉRALE

STOMATITES ULCÉRO-MEMBRANEUSES

(NOTAMMENT STOMATITE MERCURIELLE ET BISMUTHIQUE)

Par Ch. RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

On entend par stomatite aiguë toute inflammation de la muqueuse buccale. Ce chapitre englobe donc des maladies très diverses dont les auteurs ont donné de nombreuses classifications basées tantôt sur l'anatomie pathologique, tantôt sur l'étiologie.

Ainsi, Bergeron divise les stomatites en idiopathiques et symptomatiques; Magitot, en traumatiques, essentielles, toxiques, spécifiques; Lebedinsky en spécifiques et septiques; Nogué; en gingivo-stomatites par irritation locale, par intoxication; en gingivo-stomatites à germes différenciés ou non.

Toute classification est donc critiquable d'une manière ou d'une autre. Essayons de nous guider au milieu de tous les accidents aigus de la muqueuse buccale. Certaines stomatites peuvent être éliminées d'emblée parce qu'elles ont une étiologie et une anatomie pathologique particulières. L'aphte ne ressemble pas à l'herpès, pas plus que la fausse membrane diphtérique ne ressemble à la stomatite impétigineuse. Nous ne nous intéresserons pas à ces stomatites que nous qualifierons de *spécifiques*.

Toutes les autres sont constitués par des lésions inflammatoires banales de la muqueuse. *Mais un fait reste incontestable, c'est qu'au niveau de la bouche, elles revêtent souvent une allure sphacélisante et exceptionnellement purulente.*

Il y a là une entité morbide comparable à l'angine de Vincent, associée souvent avec elle, due à la prédominance d'action de la *fuso-spirillose*. Ce n'est pas à dire que toutes les réactions inflammatoires banales de la muqueuse aboutissent à l'ulcéro-membraneux. Elles peuvent rester au stade érythémateux, catarrhal. Tout le chapitre des stomatites non spécifiques n'est pas englobé par la stomatite ulcéro-membraneuse; mais cette dernière en occupe la partie la plus importante.

D'un autre côté, nous ne pouvons dénommer stomatite ulcéro-membraneuse, les infections secondaires fuso-spirillaires qui viennent presque immanquablement compliquer les affections buccales et camoufler leurs lésions élémentaires.

Ces restrictions étant faites, nous aborderons avec plus de fruit l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse en général et de ses formes cliniques, notamment, les stomatites mercurielle et bismuthique.

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE EN GÉNÉRAL

Agents pathogènes. — La détermination de l'agent pathogène de la stomatite ulcéro-membraneuse a donné lieu à de multiples controverses. Parce que nous trouvons dans la bouche deux groupes de microbes : *les microbes habituels de la suppuration et l'association fuso-spirillaire*. Suivant les auteurs, le rôle pathogène a été dévolu tantôt à l'association fuso-spirillaire seule; tantôt au polymicrobisme buccal.

Avant de discuter ces idées pathogéniques, résumons nos connaissances *sur l'association fuso-spirillaire*. Celle-ci est constituée par des bacilles fusiformes et des spirilles qui sont examinés sur frottis, car les procédés culturaux n'ont pour eux aucun intérêt.

a. Le *bacille fusiforme* est polymorphe, rectiligne ou incurvé en parenthèse, cilié ou non. *Il ne prend pas le Gram* et donne difficilement sur sérum gélosé des cultures qui apparaissent en vingt-quatre ou soixante-douze heures, jaunâtres et petites. Il revêt tantôt la forme d'un bacille, tantôt l'aspect filamenteux du leptothrix. Il provoque dans l'organisme la formation d'anticorps. Vincent le croyait immobile, Letulle a montré au contraire sa mobilité. On a décrit le bacille de Vincent, le bacille de Plaut qui est cilié, le bacille de Schmamine qui est incurvé.

b. Le *spirille* est en réalité un spirochète, vu à l'ultramicroscope, se colorant au rouge Congo. Trois spirochètes ont été décrits : *spironema dentium*, *tenuis*, *acuta*. Le spironema dentium est celui qui se rapproche le plus du tréponema pallidum de la syphilis, par la régularité et le nombre de ses spires. Mais il se déforme en avançant. En outre, il prend une teinte rouge violette au giemsa, alors que le tréponème ne se colore qu'en rose.

Par ses études récentes, Sanarelli arrive à une conception toute différente de l'association fuso-spirillaire. Pour cet auteur, bacille et spirille ne seraient que deux aspects morphologiques du même parasite. Les bacilles ne seraient que des spirochètes qui, par suite de causes diverses, auraient perdu la propriété d'effectuer une rotation hélicoïdale autour de leur axe.

L'apport de ces spirochètes paraît se faire, par l'ingestion de fruits, de légumes mal détergés de la terre humide qui les souille.

L'*association fuso-spirillaire est anaérobie strict. Elle est avant tout sphacélisante. Elle est nécrophile.* Mais comme cette association fuso-spirillaire existe de façon constante dans la bouche et intervient dans presque toutes les infections secondaires des lésions buccales, il faut pour affirmer qu'il s'agit d'une lésion fuso-spirillaire que les *frottis soient farcis* des éléments de cette association.

Son action paraît prépondérante, comme en témoigne l'examen histologique des lésions; mais est-ce à dire qu'elle en est la cause unique comme le soutiennent les partisans de la *théorie spécifique*? Vincent Fabre, Letulle, Grenet, Lebedinsky sont d'un avis contraire, et adoptent *la théorie polymicrobienne*. Il paraît, en effet, plus rationnel d'être éclectique. Si les autres microbes buccaux sont d'ordinaire pyogènes; ils peuvent devenir sphacélisants et donner naissance à des stomatites à allure ulcéro-membraneuse. En tout cas ils se comportent comme des aérobies. Ils préparent la tâche de l'association fuso-spirillaire qui étant anaérobie a besoin pour se développer de tissus privés d'oxygène. C'est en cela que ces affections sont polymicrobiennes, avec prédominance d'action fuso-spirillaire.

Pathogénie. — Normalement, tous ces microbes vivent en saprophytes dans la bouche sans qu'il en résulte le moindre trouble pour l'organisme,

Si des lésions de la muqueuse se produisent, il faut qu'il y ait une raison. Les auteurs l'ont cherchée dans l'exaltation de virulence des microbes ou dans une diminution de résistance du terrain.

1. Dans la première hypothèse, *l'association fuso-*

spirillaire serait capable à elle seule, par exaltation de virulence de provoquer la maladie, sans que le terrain ne fléchisse pour cela. Bergeron décrivait la stomatite ulcéro-membraneuse comme une maladie épidémique; idée qui a été reprise récemment par Dubois, Castéran et del Piano. Cependant, cette stomatite n'intéresse jamais qu'un petit nombre d'individus et ne s'étend pas. Il a été impossible d'isoler un germe spécifique et de reproduire la maladie, car l'inoculation de la fuso-spirillose à un sujet sain a toujours été négative (Vincent).

2. Il faut, en effet, *à la symbiose fuso-spirillaire un terrain préparé, un terrain vulnéré, de résistance, de vitalité amoindrie.* Lavergne a bien montré qu'une plaie simple recouverte de produits symbiotiques se cicatrise normalement.

Inversement, dans des tissus cachectiques, le développement peut se faire sans traumatisme dilacérant préalable. « Il semble donc que ce soit surtout l'atteinte de la vitalité des cellules et des tissus qui favorise au mieux le développement de la symbiose. »

Cette diminution de vitalité, Bercher, Seimbille, l'expliquent par *un trouble réflexo-pathique.* Tout désordre général ou local est susceptible de déclancher des troubles nerveux réflexes. S'ils sont aigus et de courte durée, ils ne modifient pas la structure de la muqueuse. S'ils sont prolongés, ils entraînent *un trouble trophique vrai.* C'est ce trouble trophique qui rendrait la muqueuse susceptible de laisser cultiver le fuso-spirille.

Le trouble trophique est-il toujours d'origine nerveuse? (Albahary). Barré n'a-t-il pas émis une théorie purement vasculaire de la trophicité et selon Cahn, l'essence même du trophisme ne serait-il pas d'ordre biochimique? N'entrevoyons-nous pas une théorie vasculaire et une théorie biochimique de la moindre résistance?

Pour Escat, il ne s'agit pas d'un trouble trophique, mais d'une lésion réelle de la muqueuse. Il y a toujours une *propathie* qui fait le lit à la fuso-spirillose et que le clinicien a le devoir de rechercher.

3. Une troisième solution a été apportée au problème pathogénique de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Dans la bouche, riche foyer de microbes, le règne du saprophytisme n'est possible que grâce à la puissante organisation défensive du milieu buccal.

Ce n'est pas que la salive soit bactéricide. Elle n'a aucun rôle antiseptique. Elle se borne à une action mécanique et chimiotactique positive. Car les sécrétions microbiennes qu'elle renferme font un appel incessant aux leucocytes.

La plagocytose est, en effet, des plus actives à la surface de la muqueuse. Mais, elle n'est possible que si la muqueuse est saine, et conserve sa propriété de desquamer constamment. La production des leucocytes est assurée par l'anneau lymphatique de Waldeyer et le deuxième relai ganglionnaire péribuccal.

Ainsi donc l'action microbienne est normalement contrebalancée par l'action mécanique et chimiotactique de la salive; par la plagocytose intense que rend possible le fonctionnement normal de l'épithélium buccal, par la concurrence vitale des microbes (expérience de Miller avec le prodigiosus). Et l'on conçoit que toute cause atteignant l'un de ces moyens de défense, rompt l'équilibre buccal (Lebedinsky) au profit de la fuso-spirillose qui s'installe en maîtresse.

Ainsi la stomatite ulcéro-membraneuse, polymicrobienne, à prédominance fuso-spirillaire, a besoin pour se développer d'un terrain propice, préparé par un trouble trophique, par une perturbation quelconque du milieu buccal, notamment par un fléchissement de la plagocytose.

Étiologie. — Ces notions pathogéniques nous conduisent naturellement à étudier les causes multiples qui produisent le déséquilibre buccal et partant les stomatites.

Quelque nombreuses que soient ces causes, elles peuvent être divisées en trois groupes :

1° Dans un premier ordre de faits, la stomatite relève d'*une altération de l'état général.* Elle complique ainsi une maladie éruptive ou infectieuse : rougeole, typhoïde, grippe; elle trouble une convalescence difficile ou survient chez des individus épuisés par la misère physiologique et une mauvaise alimentation; elle apparaît alors comme un des accidents des maladies par carence, comme David et Hecquet l'ont observé.

Nous la retrouvons encore dans la forme bucco-pharyngée de la leucémie aiguë (Gilbert et Weill).

2° Les secondes ont une *origine toxique.* Cherchons donc le médicament administré. Le bismuth se trahit par la pigmentation qu'il provoque au niveau de la muqueuse. Interrogeons le malade sur la possibilité d'un traitement mercuriel et si nous avons lieu de respecter la valeur d'une réponse évasive, faisons examiner les urines pour y déceler le mercure. Les autres stomatites toxiques (plomb, bromure, iodure, or, gonacrine) sont rares.

Ces causes éliminées, pensons aux autres intoxications. Ne laissons pas passer un diabète. Rappelons-nous que si la stomatite peut apparaître chez un urémique avéré, elle peut être aussi le premier signe d'une urémie digestive.

3° Mais à côté de ces deux groupes, viennent se placer toutes les stomatites dont la cause n'est pas évidente et qui paraissent ainsi primitives.

C'est l'examen de la bouche qui dans 95 p. 100 des cas en donnera la raison.

1. Elle est, en effet, la conséquence d'*un accident d'éruption dentaire,* possible pour la dentition temporaire ou pour les grosses molaires, très fréquent *pour la dent de sagesse.*

2. Elle se rencontre aussi chez les porteurs de chicots, de tartre, chez certains ouvriers que leur profession expose aux poussières.

3. Enfin, en l'*absence de toute cause d'infection dentaire,* on a soulevé l'hypothèse d'*un trouble trophique* en rapport avec une névrite du nerf dentaire inférieur ou supérieur, par simple irritation alvéolo-dentaire.

Toute stomatite qui résiste à un traitement antiseptique local et général bien conduit doit éveiller

l'idée d'un trouble trophique de la muqueuse et entraîner la recherche systématique de la lésion irritative locale. La suppression de l'irritation suffit à assurer la guérison (Bercher).

En matière de conclusions, nous dirons qu'en présence de toute stomatite ulcéro-membraneuse, il faut chercher s'il y a administration de médicaments, vérifier ensuite minutieusement l'état de la denture (accidents d'éruption de dents de sagesse, etc.), sinon examiner l'état général du sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° **La phase érythémateuse** est caractérisée par la congestion simple.

2° **A la phase catarrhale**, correspond une double lésion celle :

a. De l'épithélium qui desquamme et donne un dépôt pultacé;
b. Du derme qui s'œdématie.

3° **A la phase ulcéro-membraneuse.** — L'examen d'une coupe portant sur une ulcération montre, en effet, deux zones distinctes :

1. L'une, superficielle, est une véritable escarre, où s'étage de la superficie vers la profondeur :
a. Une zone polymicrobienne;
b. Une zone de bacilles avec tissus mortifiés;
c. Un véritable feutrage de bacilles.

2. L'autre, profonde, avec réaction inflammatoire, est au contraire dépourvue de bacilles de Vincent, mais riche en spirilles qui infiltrent très profondément les tissus. On y trouve des polynucléaires, des éléments tissulaires diversement altérés; avec dégénérescence pycnotique, dégénérescence polynucléaire, transformation des cellules fixes du tissu conjonctif en cellules rondes. Les fibres collagènes résistent. Les vaisseaux ne sont atteints que tardivement. Le meilleur barrage contre la spirillose est le tissu fibreux.

Clinique. — La stomatite évolue en trois phases :

1° **Phase catarrhale érythémateuse.** — On observe d'un seul côté, de préférence du côté où le malade se couche, d'abord sur les gencives, puis sur la face interne des joues, au niveau de l'espace intermaxillaire, une zone de muqueuse rouge qui se tuméfie rapidement.

2° **Phase exsudative.** — L'épithélium est remplacé au niveau des parties malades par des plaques pultacées peu adhérentes, recouvrant une surface excoriée et saignante.

3° **Phase d'ulcérations.** — Puis apparaissent les ulcérations typiques précédées pour les uns de vésico-pustules, pour les autres, de plaques jaunâtres. Ces ulcérations, verticales au niveau des gencives, ovalaires à la face interne des joues, ont des bords irréguliers, festonnés, déchiquetés, œdématiés. Le fond saigne facilement et est recouvert d'une bouillie grisâtre ou jaunâtre, plus ou moins adhérente qui n'est pas une fausse membrane mais qui est constituée par des débris sphacélés. Ailleurs, la muqueuse a un aspect lie de vin caractéristique.

Les lésions sont diffuses, répandues sur toute la muqueuse buccale, mais elles sont prédominantes au pourtour des dents. La présence des dents et leur état ont, en effet, un rôle manifeste dans la production et le maintien des lésions muqueuses. La meilleure preuve en est dans l'absence de stomatite chez les édentés et dans ce fait que les lésions sont maxima au niveau des dents cariées et des racines.

En outre, la fuso-spirillose s'attaque davantage aux languettes interdentaires et au versant dentaire de la gencive dont le revêtement épithélial, étranger au rôle masticatoire, est plus vulnérable. De sorte que les languettes interdentaires sont souvent détruites et les muqueuses vestibulaire, linguale et palatine décollées.

L'examen de la bouche du malade doit toujours être complet. Nous devons non seulement vérifier l'état des muqueuses, mais encore apprécier si l'os et les articulations alvéolo-dentaires ne sont pas intéressées, comme cela se voit exclusivement dans les formes sévères.

L'engorgement ganglionnaire sous et rétro-maxillaire est en général léger; lorsqu'il devient intense, il peut aboutir à l'adéno-phlegmon et il est d'un pronostic moins favorable. Les parotides sont souvent augmentées de volume.

Les troubles fonctionnels sont toujours marqués.

La fétidité de l'haleine est le signe le plus frappant. C'est une odeur de « chair fraîche » désagréable. La salivation est abondante et les douleurs, en général très vives, sont exagérées par les mouvements de mastication et de déglutition. Contrastant avec ces signes locaux, l'état général n'est d'ordinaire que peu altéré. On note un léger mouvement fébrile durant peu, de l'anorexie, une soif vive, quelquefois de la diarrhée.

Parfois cette stomatite est associée à l'*angine de Vincent*. C'est une angine *unilatérale*, *chancriforme*, siégeant au pôle supérieur de l'amygdale. Elle entraîne une vaste perte de substance amygdalienne, recouverte de débris sphacélés, grisâtres, au-dessus desquels on voit un magna blanchâtre et granuleux, (d'où son nom d'angine diphtéroïde); son fond saigne facilement. Il existe une adénopathie sous rétro-angulo-maxillaire unilatérale.

Evolution. — Soignée, la stomatite évolue vers la guérison en une quinzaine de jours. Cette évolution peut être entrecoupée de poussées, durant lesquelles la muqueuse rougit, s'œdématie, devient douloureuse, puis tout revient à son état antérieur en deux ou trois jours. Mais les lésions sont souvent tenaces parce que chaque espace interdentaire constitue un repère microbien qui est un foyer de récidive possible.

Aussi, lorsque la stomatite n'est pas énergiquement traitée et que sa cause persiste, elle dure longtemps, ayant tendance à passer à la chronicité, avec des rechutes de plus ou moins longue durée.

Tantôt, elle subsiste à *l'état érythémateux* avec parfois de petites poussées aiguës ulcératives, ou bien elle prend *le type hypertrophique ou fongueux*. Cette dernière forme est notamment réalisée chez les anémiques et les chlorotiques. La muqueuse devient granuleuse, recouverte de toute une série de petites végétations mamelonnées qui baignent dans un suintement séro-purulent.

Dans l'ensemble, nous retenons que la stomatite ulcéro-membraneuse est une affection bénigne, tant du point de vue local que général.

Les formes compliquées, graves, sont exceptionnelles, mais ne doivent pas être néanmoins méconnues pour cela.

α. *Parmi les complications, les unes sont dues à la symbiose fuso-spirillaire.* C'est ainsi que peuvent se produire des hémorragies importantes, la nécrose des maxillaires, l'extension de l'ulcération aux piliers du voile, la perforation du voile, la nécrose de la luette.

β. *Les autres complications sont en rapport avec une association microbienne surajoutée.* Il peut en résulter une allure particulièrement grave de la stomatite, ou des complications infectieuses à distance.

a. *Dans le premier cas,* voici réalisées les stomatites gangréneuses que l'on a vues pendant la guerre; le noma qui troue la joue.

b. Dans le second cas, *une infection streptococcique surajoutée* peut être le point de départ de complications lointaines qui, d'après Ramon, tiennent soit à l'envahissement des lymphatiques par les streptocoques provoquant des adénites très importantes, des adénopathies suppurées à streptocoques (Castaigne); soit à la généralisation de l'infection par voie sanguine, créant des septicémies rapidement mortelles en deux ou trois jours, avec de grands frissons et de l'hyperthermie, ou des formes moins sévères d'infection générale accompagnées d'arthralgies, d'érythèmes infectieux, de purpura (Pagliano et François), de broncho-pneumonie, de néphrite (Simonin).

γ. D'autres stomatites ne sont pas graves par elles-mêmes, mais par la maladie qui leur donne naissance, comme dans la leucémie aiguë. Et pour reprendre une expression imagée « les malades ne meurent pas de leur stomatite, mais avec leur stomatite. »

Diagnostic différentiel. — La lésion caractéristique de la stomatite aiguë non spécifique que nous venons de décrire est l'ulcéro-membrane. Cette ulcéro-membrane est épaisse, relativement peu adhérente, montrant une ulcération sous-jacente.

Elle diffère donc des autres lésions élémentaires que l'on peut trouver au cours des stomatites aiguës spécifiques.

1. *La fausse membrane diphtérique* est un feutrage fibrineux qui englobe les bacilles diphtériques. Elle est mince, adhérente, se reproduisant rapidement, ne se dissolvant pas dans l'eau, laissant sous elle une muqueuse normale.

2. Dans la *stomatite diphtéroïde* due *au staphylocoque*, la lésion est *une pustulation*, c'est-à-dire une accumulation de cellules de pus dans une cavité formée par les cellules épithéliales du corps muqueux. La pustule se rompt, mais la croûte ne peut pas subsister dans la bouche par suite de la macération dont elle est le siège.

3. *L'aphte, de la stomatite aphteuse*, est un *processus vésiculo-pustuleux*, dû à la nécrose des cellules épithéliales par un virus filtrant, avec infiltration de polynucléaires. La rupture aboutit à la production d'une ulcération en cupule, recouverte d'un enduit crémeux jaunâtre, entouré d'un liseré carminé.

4. Enfin, *la stomatite herpétique est une vésiculation de la muqueuse* d'où l'allure polycyclique des lésions. Les infections secondaires camouflent vite la lésion primaire.

Nous ne devons pas non plus confondre les stomatites avec les *exanthèmes des fièvres éruptives* (rougeole, scarlatine), ni avec les *éléments éruptifs muqueux* de la variole et de la varicelle. Cependant dans des cas exceptionnels, ces maladies peuvent se compliquer de stomatite vraie.

L'aspect fongueux, hypertrophique, saignant des gencives, les suffusions sanguines, les hématomes palatins permettent de faire rapidement le diagnostic de *stomatite scorbutique*.

Nous signalerons enfin pour mémoire les cas exceptionnels et récemment décrits d'*agranulocytose*, qui localement revêtent l'aspect de diphtérie maligne ou de noma bucco-pharyngé.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1928)

Variations de la teneur du sang en acide urique suivant l'état de la fonction respiratoire; l'hyperuricémie asphyxique. — MM. Léon BINET et René FABRE.

Les rayons ultraviolets détruisent le pouvoir rabicide du venin de la vipère aspic. — Mme PHISALIX et M. F. PASTEUR.

Action des colloïdes minéraux sur les sérums sanguins normaux et syphilitiques. — MM. R. DOURIS et J. BECK.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1928)

Septicémie streptococcique à forme gangréneuse. — MM. ACHARD et HAMBURGER rapportent l'observation d'une femme de quarante-six ans qui fut prise de prostration, fièvre et douleurs dans les membres supérieurs. Le lendemain les mains étaient rouges et enflées; le surlendemain elles étaient gangrénées et le sphacèle remontait rapidement jusqu'aux bras. Ce même jour la mort survint. L'autopsie montra le cœur intact et les artères perméables dans les membres gangrénés. Une hémoculture avait donné un streptocoque hémolytique, sans germes anaérobies.

Dans un autre cas, observé en 1893, il s'agit, après huit jours de malaise, d'une gangrène atteignant le membre supérieur gauche, les paupières, les lèvres, le nez. Cinq jours après le début de la gangrène, la malade, âgée de soixante-quatorze ans, mourut. Il y avait au cœur des lésions anciennes, mitrales et aortiques et de petites végétations d'endocardite récente. Les artères du membre sphacélé étaient parfaitement libres. L'hémoculture avait aussi donné du streptocoque.

On peut discuter la pathogénie de ces gangrènes sans oblitérations des artères. Les coupes de la peau gangrénée ne montraient pas de lésions des petits vaisseaux. Le streptocoque a-t-il produit à lui seul la gangrène? Mais il ne provoquait pas de nécrose en injections locales chez les animaux. Un autre germe incultivable lui était-il associé?

Quelle que soit la pathogénie, cette forme gangréneuse de

septicémie streptococcique mérite d'être isolée. Elle a pour caractères la gangrène en foyers disséminés, précédée d'œdème, prenant une marche suraiguë.

Le secret médical et les lois sociales. — M. Cazeneuve revient sur la question du secret médical au sujet duquel la discussion n'est pas close. Il indique, à propos de la déclaration par les médecins des maladies d'origine professionnelle, commandée par le décret du 19 février 1927 en vertu de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, qu'un carnet de cartes-lettres a été institué par le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales afin d'avertir et de renseigner, soit l'inspecteur du travail, soit l'inspecteur des mines.

Le questionnaire de ces cartes-lettres invite le médecin à donner tous les détails sur la maladie et les symptômes avec le nom de l'accidenté, son domicile et ses qualités.

Le secret médical absolu et intangible ne permet pas d'appliquer cette loi sociale importante.

M. Cazeneuve rappelle la communication récente de M. Brouardel sur le régime curatif en faveur des soldats tuberculeux dans leur intérêt et dans l'intérêt de leurs proches. Le secret médical, ici non plus, ne peut être invoqué sous peine de paralyser cette lutte si nécessaire contre le fléau de la tuberculose.

Et une fois de plus on voit combien il est difficile de concilier le secret médical et les lois sociales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 30 mars 1928)

Syndrome adiposo-génital, diabète sucré, exophtalmie bilatérale et hémiparalysie droite des nerfs de l'étage antérieur du crâne dus à un méningiome ou à un sarcome partiellement calcifié. Erythrose cutanée avec polyglobulie. — MM. P. Léchelle, D. Douady et Joseph présentent un malade atteint successivement d'un syndrome adiposo-génital avec exophtalmie bilatérale à prédominance droite, d'une paralysie des IIIe, IVe, Ve, VIe et VIIe nerfs craniens du côté droit, d'une paralysie du Ve nerf gauche. L'examen ophtalmoscopique montre une hémianopsie bitemporale et une absence complète de stase papillaire. Il existe, en outre, un diabète sucré. La ponction lombaire révèle une hypertension assez accusée avec hyperalbuminose et dissociation albumino-cytologique. Tous ces symptômes sont sous la dépendance d'une néoplasie qui a détruit la partie postérieure de la selle turcique et a produit sur la partie antérieure de celle-ci et au niveau de la face supérieure de l'orbite et du sinus frontal droits une masse calcifiée très opaque aux rayons X.

Accidents produits par une côte cervicale. Rôle de l'infection surajoutée. — MM. P. Léchelle, D. Petit-Dutaillis et Joseph présentent une malade chez laquelle une côte cervicale complète détermine des signes de compression des VIe, VIIe et VIIIe racines cervicales. Ils insistent sur un caractère spécial de cette côte cervicale qui présentait en son milieu une véritable articulation. L'ouverture de cette articulation permit l'exérèse aisée des deux segments de la côte et amena la guérison de la malade.

Sarcomes multiples des os. — M. Marcel Pinard et Mlle Versini présentent une malade de vingt-quatre ans atteinte de sarcome des os. Les lésions qui évoluent depuis 1924 siègent aux fémurs, aux tibias, peut-être au sacrum, et il existe sans doute aussi une localisation cranienne car la malade présente depuis quelque temps des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne.

Fait capital, le père de la malade a été soigné pour des tumeurs sarcomateuses généralisées auxquelles il succomba en quelques mois. Cette observation pose donc le problème de la contagiosité ou de l'hérédité du sarcome entre père et fille.

Dilatation des bronches et rhumatisme chronique déformant. Action simultanée et favorable de la vaccinothérapie sur la bronchorrhée et les poussées articulaires. — MM. P. Jacquet, Roquejeoffre et Alavoine. Les deux processus d'infection bronchique et articulaire sont intimement liés dans l'histoire de la malade et attestent un rapport de causalité évidente entre les deux affections. Contemporaines du début de l'hypersécrétion bronchique, les poussées articulaires sont apparues toujours en concomitance des poussées bronchéiques, s'atténuant en même temps qu'elles et les suivant comme leur ombre.

Un cas de compression de la veine cave inférieure avec circulation collatérale intense, contrôlée par l'étude de la pression veineuse périphérique. — MM. Maurice Villaret, Rudolf et Martiny présentent un malade âgé de vingt-quatre ans atteint de compression de la veine cave inférieure due à une longue aiguille placée devant la colonne lombaire et dont la présence reste inexpliquée.

La pleurotomie. Traitement de choix des pleurésies purulentes tuberculeuses. (*Présentation de six malades.*) — MM. Maurice Renaud, Petit-Maire et Miget, après avoir comparé les pleurésies purulentes tuberculeuses aux pleurésies purulentes banales par pyogènes, estiment que la plupart des considérations développées antérieurement par l'un d'eux pour fixer les directives du traitement de ces dernières leur sont applicables.

L'évacuation large, le drainage et les grands lavages sont les moyens thérapeutiques de choix.

La pleurotomie, telle que la préconisent les auteurs, n'est guère qu'une ponction permanente et la pratique a montré qu'elle n'offre que des avantages.

M. Léon Bernard signale que les lésions suppuratives tuberculeuses de la plèvre sont rarement associées, et que, dans ce cas, il ne faut pas ouvrir la plèvre, toute plèvre ouverte ne guérit plus. Il cite à ce propos le cas d'une malade qui, après ouverture de la plèvre pour pleurésie purulente consécutive à un pneumothorax spontané, est morte de dissémination de lésions tuberculeuses.

M. Rist signale les bons effets de l'oléothorax et partage l'opinion de M. Bernard.

Sur le rôle de l'équilibre acide-base dans certaines manifestations pathologiques. — MM. Ambard et Schmid (de Strasbourg).

Présentation d'ouvrage. — M. Clerc offre à la Société, au nom de M. Pezzi (de Milan), un exemplaire de son livre sur le radiodiagnostic des affections pulmonaires et cardiaques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

— Société de biologie de Lyon (séance du 19 mars 1928) :

Sur la virulence des bacilles acido-résistants issus des filtrats de cultures ou de produits tuberculeux. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont constaté, dans de nombreuses expériences ainsi que l'ont fait MM. Valtis, Nègre, Boquet et Mlle Certonciny, que les bacilles issus de filtrats tuberculeux semblent doués de propriétés pathogènes atténuées, très rarement susceptibles d'exaltation.

Ils ont néanmoins obtenu dans d'autres expériences des résultats prouvant que des bacilles issus de filtrats peuvent récupérer progressivement la virulence de la souche originelle. Ainsi, un filtrat de liquide céphalo-rachidien de méningite tuberculeuse, donnant en première inoculation des lésions

ganglionnaires caséeuses discrètes, peut produire en second passage une tuberculose banale extensive chez le cobaye.

Avec un filtrat de péritonite tuberculeuse expérimentale donnant une simple hypertrophie ganglionnaire sans lésions caséeuses, la réinoculation de ces ganglions engendre des lésions nodulaires et caséeuses discrètes qui, à un troisième passage, deviennent très intenses et généralisées avec chancre d'inoculation. Toutefois, il s'agit là de faits plutôt exceptionnels.

La formol-gélification du sérum chez les chevaux normaux. — M. J. Gaté. Avec la technique qu'il a proposée dès 1920 avec M. Papacostas, pour cette réaction, l'auteur a obtenu en quarante-huit heures sur dix-sept sérums de chevaux normaux seize réactions négatives et une réaction douteuse. Il semble donc bien que le sérum des chevaux sains ne gélifie pas par le formol dans les conditions expérimentales où l'auteur s'est placé.

Variations de l'indice de réfraction du sérum et du plasma soumis à l'ultraviolet. — MM. J. Cluzet et T. Kofman. La réfractométrie du sérum et du plasma donne, d'une manière constante, une augmentation importante de l'indice, sous l'influence de l'ultraviolet. L'action photo-chimique, mise en évidence par certains résultats biologiques, se traduit donc par l'augmentation de la réfraction qui semble liée à une modification dans l'état des protéines irradiées,

Choc anaphylactique chez le chien après isolement de l'encéphale par section du bulbe et des vagues. — M. L. Jung. Ayant démontré précédemment qu'un tel isolement ne modifie nullement l'hypotension consécutive à une injection intraveineuse de peptone, M. L. Jung cherche à déclencher un choc anaphylactique véritable, dans les mêmes conditions, chez des chiens préalablement sensibilisés au sérum de cheval par des injections sous-cutanées successives : l'injection déchaînante est suivie de la même chute brutale de la pression artérielle et de la même incoagulabilité du sang que chez des sujets à système nerveux intact.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 28 janvier 1928)

Protéinothérapie vaccinale des névrites. — M. G. Delatre, au nom de son collaborateur, le professeur Abramov, apporte les premiers résultats heureux du traitement des névrites par un vaccin microbien. Ce dernier n'agit pas en sa qualité de suspension d'un antigène microbien, mais parce qu'il représente une solution de protéines microbiennes, susceptibles de provoquer un choc humoral bienfaisant localisé dans les troncs nerveux. Il existe, en effet, des affinités électives entre ces nerfs et les protéines de microbes déterminés, une manière de spécificité qui se juxtapose à celle régissant les interactions organisme — microbes agresseurs. Le « Vaccineurin » allemand qui utilise les autolysats du staphylocoque et du B. Prodigiosus, exerce une action élective sur les diverses formes de névrites : traumatiques, infectieuses, toxiques ; il donne d'excellents résultats thérapeutiques quoique au prix de quelques réactions pénibles; mais il est difficile et coûteux de se le procurer en France. Abramov obtient un autolysat de ces microbes qui est inoffensif, s'injecte tous les deux à quatre jours, amène une amélioration en trois à cinq séances, guérit définitivement au bout de seize à dix-huit séances; sur 15 malades aigus ou chroniques, 14 guérisons, 1 insuccès. En particulier, un cas de paralysie diphtérique guéri après la quatrième séance.

La trachéofistulisation prolongée, voie d'exploration et de traitement endo-bronchique. — M. Georges Rosenthal continue l'étude de sa méthode de trachéofistulisation prolongée qu'il a décrite en 1919. En introduisant à travers des canules non oblitérantes, au-dessous de l'éperon, des poudres opaques sous le contrôle de l'écran, il arrive au niveau des foyers de suppuration profonde ou des bronches qui les commandent. Cette manipulation bénigne et simple deviendra une méthode de traitement par lavage, aspiration ou pansement des poches de dilatation des bronches, des cavités gangréneuses et des abcès du poumon étiquetés trop souvent pleurésies interlobaires (E. Sergent). De même, elle se substituera le plus souvent possible à la bronchoscopie dans l'introduction expérimentale ou clinique des médications locales nécessaires comme elle sera utilisée pour des inoculations de laboratoire ou l'introduction de sérum et de vaccins. Le contrôle aux rayons X est indispensable.

Prophylaxie de la pneumonie postopératoire. — M. Georges Rosenthal, à propos d'un article de MM. Jean Quénu et Oberlin, rappelle que la prophylaxie des complications pulmonaires postopératoire a été étudiée spécialement par Pescher, Petit de la Villéon et Pauchet qui ont utilisé la technique de la spiroscopie.

Le traitement des cystites tuberculeuses. — M. Ch. David rappelle que le traitement fondamental de la cystite tuberculeuse consiste dans la néphrectomie qui en supprimant l'apport des bacilles de Koch venant du rein malade, permet à la vessie de se cicatriser. Cependant, malgré cette intervention, il arrive fréquemment que la cystite ne guérisse pas spontanément et réclame un traitement spécial. L'auteur recommande, dans ces cas, les instillations intervésicales de lipiodol qui diminuent toujours les douleurs et la fréquence des mictions, et les injections intraveineuses de gonacrine qui ont dans la cystite tuberculeuse une efficacité remarquable. En outre, les rayons ultra-violets amènent dans presque tous les cas une sédation remarquable. Enfin, dans certains cas où existent des granulations ou des ulcérations localisées, l'électro-coagulation peut procurer la cicatrisation de ces lésions.

Comme traitement général, l'auteur recommande le collo-vaccin antituberculeux de Grimberg.

Contribution iconographique et la technique des greffes génitales de l'animal à l'homme. — M. Dartigues présente en projections de nombreux documents absolument inédits sur les perfectionnements et les progrès qu'il a apportés à la technique des greffes sexuelles en suivant les principes directeurs essentiels de Wornoff, c'est-à-dire : 1° choix du greffon homéoplastique, 2° élection de la membrane nourricière, 3° scarification qui permet l'adhésion et l'adaptation organique du greffon. L'auteur termine en montrant les coupes histologiques prouvant la vitalité du greffon.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 6 janvier 1928)

De la contagion indirecte de la variole et de quelques mesures prophylactiques à lui opposer. — M. Carrieu relate l'histoire de quelques malades observés au cours de l'épidémie de l'hiver dernier. La première a été contaminée par un employé des pompes funèbres qui avait mis en bière un sujet mort de la variole. La seconde a contracté la maladie par l'intermédiaire d'une infirmière, une autre par le père d'un enfant atteint de la même maladie. D'où, en outre de la vaccination qui ne peut malheureusement toucher tous les habitants d'une région, l'obligation de mettre en œuvre d'autres moyens de lutte : isolement absolu, précautions sévères avant d'entrer dans la salle et surtout après en être sorti, désinfection des lettres (dont l'une contenait des mèches de cheveux remplies de croûtes), désinfection également de la

voiture d'ambulance utilisée pour le transport des varioleux et enfin protection de ceux qui approchent le malade pendant le voyage ainsi que pendant la mise en bière. Telles sont les mesures particulières qui, associées aux méthodes générales, ont permis d'arrêter une épidémie qui avait déjà atteint une trop grande extension pour l'époque où nous vivons.

Luxation métacarpo-phalangienne irréductible de l'index. Présence d'un sésamoïde anormal. — MM. ETIENNE et DUPONNOIS. Il s'agit d'une luxation en arrière de l'index gauche à la suite d'un traumatisme. La radiographie a montré, en plus des signes évidents de luxation, la présence d'un os sésamoïde au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et un seul sésamoïde au pouce. Intervention sanglante qui permet de réduire cette luxation qui était irréductible à cause de l'interposition du sésamoïde anormal et aussi du fibro-cartilage articulaire qu'il est nécessaire d'enlever. Résultats fonctionnels excellents.

L'auto-dermothérapie du psoriasis par l'électrocoagulation. — MM. J. MARGAROT, P. GONDARD et P. DUFOIX. L'essai de la méthode de P. Ravaut dans deux cas de psoriasis permet aux auteurs les remarques suivantes :

1° L'électrocoagulation de quelques taches de psoriasis a souvent pour conséquence une régression à distance des autres éléments cutanés.

2° Les poussées nouvelles sont arrêtées et suspendues pour un certain temps. Les récidives qui se produisent alors sont ordinairement plus discrètes que l'éruption précédente.

3° Lorsque l'électrocoagulation ne donne lieu qu'à une simple amélioration des taches sans entraîner leur guérison, elles paraissent cependant modifiées d'une façon profonde. Des traitements, qui antérieurement avaient donné des résultats nuls ou insuffisants, sont suivis d'un blanchiment rapide. Il semble que les éléments aient été fragilisés et comme sensibilisés à leur action.

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1928)

Le problème de la pathogénie de l'urémie toxique du point de vue clinique. — M. A. PUECH définit le sens large dans lequel doit être pris le terme d'intoxication urémique, puis passe en revue les rétentions et modifications humorales paraissant être le mieux en rapport avec les accidents urémiques : rétention de l'urée et corps azotés non uréiques, azote résiduel, créatinine, azote des polypeptides, substances aromatiques et phénols, rétention chlorée sèche, acidose. Il faut aussi faire jouer un rôle au terrain : local, jouant le rôle d'épine irritative, ou général avec troubles de la nutrition secondaires ou antérieurs à la lésion rénale et troubles du métabolisme indépendants de celle-ci. Il faut essayer de plus en plus de fixer la valeur des symptômes à la lumière des constatations biologiques. Il faut reconnaître aussi que l'azotémie de Widal, sauf certaines exceptions, reste toujours le critère pratique le plus sûr que nous possédions de l'insuffisance rénale, à cause de ses solides bases physio-pathologiques. La baisse de la réserve alcaline, très importante à connaître, est d'une recherche assez facile. Le dosage des chlorures du liquide céphalo-rachidien est le moyen le plus simple d'établir l'existence d'une rétention du chlore.

La pathogénie de l'urémie du point de vue de la physiopathologie chimique. — M. P. CRISTOL expose les modifications que subit le sang dans la néphrite urémigène quant aux constituants azotés, organiques et inorganiques. Il montre la part du rein dans ce bouleversement ainsi que la part attribuable aux troubles du métabolisme. Il cite des phénomènes complexes et mixtes dont le plus important est celui qui aboutit à l'acidose rénale. Après une vue générale sur le bouleversement physico-chimique du sang des néphritiques, il donne un schéma d'études des néphrites urémigènes du point de vue du diagnostic et du pronostic en clinique.

L'hyperazotémie en chirurgie urinaire. — M. A. BONNET envisage d'abord l'importance de l'appréciation de la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal dans le pronostic de la chirurgie urinaire; il étudie successivement les différentes méthodes ou épreuves proposées et précise les renseignements qu'elles sont susceptibles de fournir; elles ne sauraient, malgré leur grande valeur, donner une sécurité absolue, car si elles permettent de juger de la valeur des reins à l'état statique, aucune n'autorise de conclusions sur la façon dont le rein réagira à l'intervention, sur sa valeur dynamique.

L'auteur fait en second lieu une revue des hyperazotémies justiciables du traitement chirurgical (urémies curables de Chevassu).

Etudiant enfin l'urémie postopératoire, il insiste sur l'importance sémiologique de l'apparition du hoquet.

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1928)

Deux cas de névralgie faciale traités et guéris par l'ionisation d'azotate d'aconitine. — MM. E. EUZIÈRE, P. LAMARQUE et H. VIALLEFONT présentent deux cas de névralgie du trijumeau rebelles à toutes les médications ordinaires et ayant été traités par l'ionisation d'azotate d'aconitine. Le premier cas est guéri depuis trois ans. Le second cas est beaucoup plus récent mais a été guéri très rapidement.

Les auteurs donnent quelques renseignements sur la technique de l'ionisation d'aconitine et ils concluent en disant que parmi toutes les méthodes physiothérapiques, il semble que c'est celle qui donne les meilleurs résultats; il faut dans les cas de névralgie faciale essentielle essayer toujours cette thérapeutique avant d'avoir recours aux injections d'alcool ou à la chirurgie.

Travail musculaire et ration d'albumine. — M. L. HEDON apporte les résultats d'une expérience faite sur lui-même pour savoir si un travail musculaire intense et prolongé peut être accompli avec une ration azotée relativement faible. L'expérience a consisté à parcourir à bicyclette un trajet de 1.450 kilomètres en un mois, en traînant une remorque chargée d'un matériel de campement et pesant 80 kilogrammes. Le travail total effectué a été de 7.157.000 kilogrammètres, soit une moyenne de 250.000 kilogrammètres par jour environ. L'alimentation a été strictement végétarienne. L'excrétion azotée a été de 13,2 grammes par vingt-quatre heures en moyenne, correspondant à une destruction dans l'organisme de 82 grammes d'albumine par jour. L'auteur admet les avantages du régime végétarien et l'inutilité des fortes rations d'albumine pour alimenter le travail musculaire, même très violent et durable.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1928)

Recherches sur la coloration histologique des graisses par la chlorophylle. — M. Jean BROUSSY.

Quelques cas de névralgie faciale traités par les injections d'alcool. — M. RICHE.

Torsion de l'hydatite sessile de Morgagni. — MM. BONNET et E. TRUC.

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1928)

Arrachement du tendon du quadriceps au niveau de son insertion rotulienne. — M. H. ESTOR. A propos de deux cas l'auteur signale :

1° La rareté des arrachements du tendon du quadriceps au niveau de l'insertion rotulienne, cette éventualité constituant

seulement 4 p. 100 des lésions de l'appareil extenseur du genou.

2° La difficulté du diagnostic clinique (en dehors de la radiologie) en particulier avec les fractures de la rotule.

Large plaie articulaire du genou souillée de terre traitée dix-neuf heures après, par lavage de l'articulation à l'éther et fermeture complète. Guérison. — MM. E. Etienne et P. Henriet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN PROJET DE LOI CRÉANT L'ORDRE DES MÉDECINS

M. Ernest Couteaux, député, a déposé sur le bureau de la Chambre, le 7 mars 1928, un projet de loi portant création d'un ordre des médecins. Ce projet a été renvoyé à l'examen de la Commission de l'hygiène... et la Chambre s'est séparée.

Nous ne savons ce que fera la nouvelle Chambre, mais nous croyons intéressant, en attendant, de publier le texte de ladite loi :

« Article premier. — Il y a dans chaque département une Chambre de médecins.

Art. 2. — Cette Chambre se compose de neuf membres titulaires et de neuf membres suppléants élus pour quatre ans par les médecins du département inscrits au tableau.

Art. 3. — Sont éligibles aux fonctions de membres de la Chambre des médecins, les docteurs en médecine ayant cinq ans au moins de pratique médicale.

Art. 4. — La Chambre des médecins siège valablement lorsque cinq de ses membres sont présents. Les membres suppléants sont appelés, dans un ordre établi d'après le nombre de suffrages obtenus, à remplacer les titulaires démissionnaires ou décédés.

Art. 5. — La Chambre des médecins dresse le tableau des médecins exerçant dans le département et le tient à jour. Elle se fait communiquer le casier judiciaire de ceux qui demandent leur inscription au tableau et le dossier de ceux qui transfèrent leur domicile dans le département. Elle peut refuser l'inscription au tableau à toutes personnes qui ne remplissent pas certaines conditions d'honorabilité déterminées par elle.

Tout refus d'inscription au tableau peut faire l'objet d'un appel devant la Chambre syndicale dont il sera parlé ci-après.

Art. 6. — Dans chaque chef-lieu d'Académie siège une Chambre régionale des médecins élus par les chambres départementales du ressort de l'Académie à raison d'un membre titulaire et d'un suppléant par Chambre. Cette Chambre statue sur les appels relatifs au refus d'inscription au tableau et aux décisions comportant l'interdiction temporaire ou définitive de pratiquer la médecine. Elle transmet ses décisions aux chambres départementales intéressées qui en informent la préfecture et les parquets du département.

Art. 7. — La Chambre des médecins poursuit et réprime d'office ou sur plainte reçue tous agissements habituels, toutes manœuvres de médecins tendant à tromper le public et, d'une façon générale, tous actes portant atteinte à l'honorabilité de la profession.

Elle arbitre également tous conflits professionnels entre médecins de la circonscription. Si les conflits se produisent entre médecins de départements différents, la Chambre compétente est celle qui a été la première saisie du conflit.

Art. 8. — La Chambre des médecins peut prononcer les pénalités suivantes : l'avertissement, la réprimande, la pri-

vation pour un an et la privation définitive du droit d'exercer la médecine. Les décisions comportant l'une de ces deux dernières peines sont susceptibles d'appel devant le tribunal régional. Lorsqu'elles sont devenues définitives elles sont portées par la Chambre qui les a prononcées en premier ressort à la connaissance du préfet et des parquets du département.

ART. 9. — Les chambres de médecins rendent des décisions motivées. Un règlement d'administration publique établira les règles de procédure qui seront en usage devant elles. »

LIVRES NOUVEAUX

L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Processus d'infection et de défense. Etude biologique et expérimentale. Vaccination préventive (1), par A. CALMETTE, avec la collaboration de A. BOQUET et L. NÈGRE, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris.

Ce bel ouvrage a occupé dès son apparition une place de premier plan. Deux éditions en furent rapidement épuisées, des traductions en furent faites. Le professeur Calmette y établissait le bilan de la question de la tuberculose, y exposait ses propres recherches et celles de ses collaborateurs et élèves, en même temps qu'il dégageait les principes scientikques sur lesquels doit s'appuyer en l'état actuel de nos connaissances la lutte contre cette maladie.

Cette troisième édition est considérablement augmentée (150 pages de plus que la 2e édition). L'auteur y fait une large part aux travaux originaux récemment publiés en divers pays et susceptibles de modifier nos conceptions sur la pathogénie comme aussi par voie de conséquence sur la prophylaxie de la tuberculose.

La méthode nouvelle de vaccination préventive contre la tuberculose à laquelle le professeur Calmette et ses collaborateurs ont travaillé pendant des années étant aujourd'hui entrée dans la pratique médicale et vétérinaire, il lui est donné un développement en rapport avec son importance. Ce chapitre sur la vaccination par le B. C. G., couronnement de tant et de si persévérants efforts d'ordre expérimental, est la conclusion que l'on souhaitait à ce beau livre.

La première partie de l'ouvrage intitulée « L'ultravirus et le bacille tuberculeux. Les processus d'infection bacillaire » réunit ce qui a trait au bacille, à ses toxines, aux types anatomo-pathologiques de l'infection tuberculeuse, à ses localisations, à ses voies d'accès.

Sous le titre « Tuberculose expérimentale et infection tuberculeuse chez les animaux », la deuxième partie comprend l'étude des différents modes d'inoculation ou d'infection tuberculeuse, de la tuberculose des animaux, en particulier de la tuberculose bovine; le rôle du lait et de la viande des bovidés tuberculeux dans la contamination de l'homme, etc.

Dans une troisième partie, riche en faits nouveaux dont les recherches personnelles de l'auteur ont enrichi nos connaissances sont étudiés « Les processus de défense et le diagnostic de l'infection tuberculeuse », ferments cellulaires, réactions humorales, examen des produits d'expectoration ou de sécrétion, réaction tuberculinique et anticorps, avec les meilleures techniques pour leur recherche et pour leur titrage précis.

La dernière partie du livre est du plus haut intérêt. Elle expose les idées de l'auteur sur l'immunité antituberculeuse, relate les résultats de ses enquêtes personnelles sur la distribution géographique de l'infection bacillaire à travers le monde, expose les tentatives si fécondes et souvent heureuses du traitement de la tuberculose-maladie par l'antigénothérapie de A. Boquet et L. Nègre, résume toutes les tentatives effectuées pour réaliser, soit la sérothérapie, soit la vaccination de l'homme et des animaux jusqu'au jour où la nouvelle méthode de vaccination préventive contre la tuberculose par le B. C. G. est entrée dans la pratique médicale et vétérinaire pour la préservation des jeunes sujets, enfants ou animaux. On a acquis maintenant la certitude de l'innocuité et de l'efficacité de cette méthode à laquelle l'auteur consacre un long chapitre (expériences, cultures, étude physiologique du vaccin, étude biologique, mécanisme du phénomène de prémunition, durée de l'immunité, mode d'emploi du vaccin, etc.).

Les cliniciens du monde entier, médecins et vétérinaires, biologistes ou travailleurs de laboratoires apprécieront cette œuvre parce qu'elle leur apporte sous une forme concise, claire et pourtant complète, toute la documentation existant actuellement sur la tuberculose. Sa lecture leur fournira les connaissances et les suggestions susceptibles de faciliter leurs travaux et ils trouveront, ce qui n'existe nulle part ailleurs, une vue d'ensemble bien coordonnée sur ce vaste problème de si haute portée économique et sociale. L. G.

(1) Troisième édition. Grand in-8 de 884 pages avec 30 figures et 34 planches hors texte dont 25 en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

Principes de pharmacodynamie. Constitutions chimiques. Propriétés physiologiques (1), par L. HUGOUNENQ, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et G. FLORENCE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Cet ouvrage expose les résultats acquis d'une science relativement récente, les faits importants qu'elle a mis en lumière, les espoirs qu'elle permet d'entretenir pour l'avenir.

Les chimistes, les biologistes, les médecins et les pharmaciens y trouveront, en dehors de tout intérêt spéculatif, un exposé succinct d'une science dont les applications les touchent de si près.

Les chimistes y verront les applications de leurs théories sur la constitution moléculaire à la préparation raisonnée et méthodique des médicaments synthétiques. Il est à peine besoin de souligner l'intérêt que cet ouvrage offre pour cette industrie organique qui s'est développée considérablement en France et à l'étranger.

Les biologistes relèveront dans ce Précis le témoignage des relations étroites qui rattachent les réactions physiologiques aux propriétés physico-chimiques des composés et permettent fréquemment de prévoir avec probabilité, sinon avec certitude, les effets de substances toxiques et médicamenteuses.

Les médecins qui utilisent chaque jour ces médicaments nouveaux, les pharmaciens qui les préparent ou les contrôlent trouveront dans cet exposé des raisons certaines de voir la thérapeutique s'orienter vers les méthodes de l'investigation rationnelle.

Ces motifs d'intérêt et d'utilité ont présidé à la rédaction de ce livre, résumé d'idées et de faits nouvellement acquis dans un domaine où se rencontrent la chimie, la physiologie, la thérapeutique, la pharmacologie. L. G.

Les Syndromes névropathiques, par A. HESNARD, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé de la marine. In-8 de 256 pages avec 23 figures dans le texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume de 392 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 32. — MERCREDI 18 AVRIL 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 18 AVRIL 1928. — N° 32.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-81

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Jury de nomination.* — Le jury est définitivement composé de MM. Hudelo, Ravaut, Milian, Grenet, Renaud, Laffitte, Lesage, Darré, Teissier, Desmarest, Carnot.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — A la suite du concours qui a eu lieu devant la Faculté de Montpellier, le docteur Chambon a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Nimes.

HOSPICE PAUL-BROUSSE ET CENTRE ANTICANCÉREUX DE VILLEJUIF. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste des candidats : M. Barrault, Mlle Bogoraze, M. Bonnaud, Mlle Chapiro, MM. Defaut, Dufour, Dupont, Frement, Gayeau, Harari, Masset, Mercier, Morin, Perrot, Pirel.

Epreuves écrites. — Questions données : « Corps thyroïde. Anatomie, histologie, physiologie. — Signes, diagnostic et traitement des broncho-pneumonies de l'adulte et du vieillard. — Formes cliniques, diagnostic et indications thérapeutiques dans le cancer du rectum. »

Questions restées dans l'urne : « Glande sous-maxillaire. — Vésicule biliaire. — Pleurésie interlobaire. — Diagnostic des comas. — Symptômes et diagnostic des cancers de l'estomac. — Diagnostic des tumeurs des bourses. »

Epreuve orale. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'œdème aigu du poumon. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic des rétentions d'urine. — Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique, type Corrigan). »

Epreuve de laboratoire. — Diagnostic sur coupe : d'un ulcère simple du pylore, d'une tuberculose folliculaire du rein.

Epreuve clinique. — Total des points des candidats qui ont terminé le concours : M. Barrault, 17 + 9 + 7 + 6 = 39; Mlle Chapiro, 26 + 17 + 5 1/2 + 6 = 54 1/2; MM. Dufour, 9 + 8 + 4 + 6 = 27; Dupont, 21 + 15 + 5 + 8 = 49; Mercier, 25 + 14 + 6 + 8 = 53; Perrot, 24 1/2 + 15 + 5 1/2 + 9 = 54.

Sont nommés internes titulaires dans l'ordre suivant : Mlle Chapiro, MM. Perrot, Mercier, Dupont; interne provisoire : M. Barrault.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Lecture des copies.* — Séance du 31 mars. — Questions données : « Conduite à tenir dans les accidents de la délivrance. — Insuffisance de l'aorte pathogénique. Signes, diagnostic et pronostic. »

MM. Baléty, 26; Lévy, 30; Lafont, 24; Mlle Mendelsohn, 22.

Séance du 2 avril. — Mlle Dupie, 22; MM. Gerson, 30; Renault, 32; Abonneau, 28.

Séance du 4 avril. — MM. Wauthier, 26; Paris, 32; Morin, 27; Mlle Spire, 30; M. Besson, 24.

COLLÈGE DE FRANCE. — La chaire d'embryogénie comparée, rendue vacante par suite du décès de M. Henneguy, est maintenue par un arrêté ministériel en date du 12 avril.

Un délai d'un mois est accordé aux candidats pour adresser à l'administration leur déclaration de candidatures et l'exposé de leurs titres.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 13 avril publie l'instruction relative au concours d'admission à l'Ecole en 1928. Ce concours s'ouvrira le 3 juillet 1928. Le nombre des élèves à admettre est fixé ainsi : section métropolitaine, 100 étudiants en médecine, y compris les candidats P. C. N., et 6 étudiants en pharmacie; section coloniale, 40 étudiants en médecine, y compris les étudiants P. C. N. — Inscription dans les préfectures du 14 mai au 17 juin 1928.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée, à titre posthume, à M. le docteur Solmiac (Marcel), décédé à Grand (Vosges), victime de son dévouement.

GUERRE. — Mutations :

Médecins lieutenants-colonels. — MM. Potet, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Sédillot à Nancy, est affecté aux troupes du Maroc; Folly, de l'hôpital militaire Gaujot à Strasbourg, est affecté à l'hôpital militaire Sédillot à Nancy; Morel, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Valence, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Rouen et désigné comme président de commission de réforme.

Médecins capitaines. — MM. Brion, du 3e escadron du train, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; Surreau, de la commission consultative médicale à Paris, est affecté au 1er rég. de chasseurs à cheval à Alençon; Chaffaut, de l'armée du Rhin, est affecté au 516e rég. de chars de combat à Lunéville; Dechezelle, du 1er rég. de chasseurs à cheval, est affecté à la commission consultative médicale à Paris; Buffler, des territoires du Sud algérien, est affecté au 35e rég. d'inf. à Belfort; Guérin, du 9e rég. de tirailleurs algériens, désigné pour le 363e rég. d'artillerie portée à Castres (n'a pas rejoint), est affecté au 1er rég. de dragons à Moulins; Carrie, des troupes du Levant, est affecté au 19e rég. d'artillerie à Nîmes.

Médecins lieutenants. — MM. Carite, de l'infirmerie hôpital du camp d'Avord, est affecté aux troupes du Maroc; Rey, du 21e rég. de dragons, est affecté aux troupes du Maroc; Kieffer, du 4e bat. de chasseurs à pied à Neuf-Brisach, est affecté aux troupes du Maroc.

ÉTATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU CLIMATISME. — C'est aux 9 et 10 mai que sont définitivement fixés les Etats généraux du thermalisme et du climatisme organisés par la Fédération thermale et climatique française. Ils se tiendront à Paris, salle des Ingénieurs civils, 19, rue Blanche, sous la présidence d'honneur de M. le Président de la République, de M. Poincaré et des ministres dont relèvent les stations : Intérieur, Instruction publique, Hygiène, Travaux publics, Commerce, Guerre.

Ces Etats comporteront trois assemblées consacrées :

La première à l'exposé de la situation des stations thermales et climatiques; la seconde au crédit thermal; la troisième à la propagande.

Leur but est de rechercher les moyens de faciliter les agrandissements, réfections, perfectionnements, créations de bureaux d'hygiène, etc., nécessaires à ces stations et de leur assurer, en outre, une publicité qui réponde à l'effort que font sur ce plan les stations étrangères de même ordre.

Il est à souhaiter que ce but soit atteint. La thérapeutique thermale et climatique prend chaque jour une place plus grande dans la pratique médicale et l'hydrologie et la climatologie ont conquis rang officiel dans l'enseignement des Facultés, comme en témoigne la création de trois nouvelles chaires à Paris, Montpellier et Lyon.

Il importe donc que les stations tant thermales que climatiques soient aménagées de la façon la plus parfaite possible et qu'une publicité intelligente et étendue fasse connaître dans les deux mondes la vertu de leurs eaux et l'excellence de leurs cures.

Tous les renseignements sur ces Etats généraux sont donnés au secrétariat de la Fédération thermale et climatique française, 14, rue Vézelay, Paris (VIIIe).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 9e décade (21-31 mars 1928), 1.503 décès, au lieu de 1.303 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.386, moyenne decadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 70 décès, au lieu de 34 pendant la décade précédente (moyenne 32). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 747, au lieu de 580 pendant la décade précédente (moyenne 441).

La scarlatine a causé 8 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 232; il s'élevait à 161 pendant la décade précédente (moyenne 87).

La coqueluche a causé 10 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 9).

La diphtérie a causé 19 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 131, au lieu de 101 (moyenne 89).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Vincenzo de Giaxa, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Pise, puis à celle de Naples, décédé à Venise. De Giaxa était bien connu par ses recherches sur le bacille de la tuberculose. Il a écrit d'importants ouvrages sur l'hygiène et sur la pellagre; — de M. le professeur Theodor Curtius (d'Heidelberg), de MM. les docteurs Sanglino (de Paris) et Evariste Gras (de La Ciotat).

L'AVENIR DU CHEVAL DE SELLE ET LES MÉDECINS. — L'avenir du cheval de selle est sombre, les difficultés matérielles, la concurrence de l'automobile en limitent de plus en plus l'emploi; M. Jules Blier, dans la *Semaine vétérinaire* montre que cet avenir peut être sauvé pour le plus grand bien de la défense nationale et aussi des agriculteurs français. Pour remettre le cheval à la mode, car la mode joue un grand rôle dans la question, M. Blier se tourne vers le médecin « Roi dans tout ce qui concerne le muscle et la vie au grand air ». Quand les médecins auront compris le rôle de l'admirable sport hippique, tout le monde voudra monter à cheval et les fabricants d'automobiles seront les premiers à encourager le mouvement s'ils sont sûrs de vendre des voitures pour permettre au public de rejoindre sa monture.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

DOCUMENTS OFFICIELS

LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

ASSURANCE OBLIGATOIRE

ARTICLE PREMIER. — 1. Les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille, de maternité et de chômage involontaire par manque de travail, dans les conditions déterminées par la présente loi.

2. Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 18.000 fr. Le chiffre-limite est augmenté de 2.000 fr. par enfant à partir du deuxième à la charge de l'assuré, au sens fixé par l'article 20 de la présente loi; il est diminué de 3.000 fr. pour les salariés sans enfant à charge.

Les métayers travaillant d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, conjoint, ascendants ou descendants et ne possédant aucune partie du cheptel sont assimilés aux salariés.

Les propriétaires de corps de biens donnés à métayage sont assimilés aux employeurs.

3. L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 64, à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage. Elle est opérée dans le département par les soins de l'Office des assurances sociales qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'assurances sociales.

4. Les salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France sont assurés comme les salariés français; mais ils ne bénéficient pas des allocations et des fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration et de solidarité créé par la présente loi.

ART. 2. — 1. Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par un versement égal à 10 p. 100 du montant global des salaires jusqu'à concurrence du maximum de 15.000 fr. : 5 p. 100 à la charge de l'assuré retenus lors de sa paye et au moins une fois par mois, 5 p. 100 à la charge de l'employeur à qui incombe, quelle que soit la durée d'occupation du salarié, sous les sanctions prévues à l'article 64, le versement de cette double contribution, sous forme de vignettes, timbres, timbres mobiles, chèques postaux ou autre mode de libération à déterminer par le règlement général d'administration publique prévu par l'article 73 de la présente loi.

2. Le versement de cette double contribution est effectué dans les dix premiers jours de chaque mois, pour les salaires payés au cours du mois précédent. Toutefois, les exploitants agricoles, affiliés à une mutuelle agricole régie par la loi du 4 juillet 1900 ou à un syndicat agricole autorisés à cet effet, auront la faculté d'opérer, directement ou par l'intermédiaire de cette mutuelle ou de ce syndicat, le versement de la double contribution, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, pour les salaires payés au cours du trimestre précédent. Suivant le cas, le décompte du nombre ou du montant des cotisations ouvrant droit à l'assurance sera arrêté à la fin du mois ou du trimestre qui précèdent le début de la maladie ou l'accident. En vue de faciliter l'application de la loi, la faculté prévue pour les exploitants agricoles pourra, dans les conditions et sous les garanties déterminées par le règlement général d'administration publique, être accordée aux employeurs du commerce et de l'industrie qui devront, dans ce cas, verser mensuellement une provision suffisante.

3. Le règlement général d'administration publique déterminera les règles d'évaluation des salaires et spécialement du salaire des assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, qui sont rémunérés suivant le chiffre d'affaires ou ne travaillent qu'une seule fois ou par intermittence pour le compte d'un même employeur, quand la durée de chaque période de travail est de moins d'une journée; il déterminera le mode de perception des cotisations afférentes à ces salaires.

4. Quand le salaire agricole n'est pas acquitté périodiquement ou uniquement en espèces, il lui sera substitué le salaire moyen journalier fixé dans les conditions prévues pour l'application de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles. C'est sur ce salaire journalier que seront calculées la cotisation de l'assuré et la contribution de l'employeur correspondant à une journée de travail. C'est sur ce même salaire journalier que seront calculées les contributions des métayers assimilés aux salariés et des propriétaires de fonds.

5. Le travailleur à domicile rémunéré à façon, aux pièces ou à la tâche, si lui-même est assuré obligatoire vis-à-vis du fabricant pour le compte duquel il travaille, n'est point tenu au versement des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui pour ledit fabricant. Ces contributions sont à la charge de ce même fabricant.

6. La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

7. Aux versements obligatoires, les salariés ou leurs employeurs peuvent ajouter, sans limitation de valeur, des versements facultatifs qui donnent droit à des avantages supplémentaires.

8. Les assurés agriculteurs qui, en dehors des cas prévus à l'article 21, ne se livrent que par intermittence à un travail salarié pourront effectuer des versements facultatifs afférents aux journées qui n'ont pas donné lieu à rémunération sans cesser d'être considérés comme des assurés obligatoires, à condition qu'ils justifient annuellement d'au moins 120 jours de travail salarié et que ces versements soient au moins égaux, pour chaque journée de travail, à 10 p. 100 du salaire moyen journalier défini au paragraphe 4 du présent article.

ART. 3. — 1. L'assujettissement obligatoire aux assurances sociales cesse à l'âge de soixante ans. Le salarié a la faculté d'ajourner, d'année en année, la liquidation de ses droits à la retraite jusqu'à soixante-cinq ans. Il demeure, dans cette situation, assuré contre les divers risques, s'il continue à travailler.

2. L'assuré retraité pour vieillesse qui continue à travailler est exonéré de la retenue de 5 p. 100.

3. La contribution patronale de 5 p. 100 est due pour l'emploi : *a.* de tout salarié français ou étranger dont la retraite, constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation; *b.* de tout salarié français ou étranger âgé de soixante ans, ou plus, qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

4. Cette contribution est versée au fonds de majoration et de solidarité sous les sanctions prévues à l'article 64, dans les formes et les délais fixés par le règlement général d'administration publique.

Risque-maladie.

ART. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

2. L'assuré choisit librement son praticien.

3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou, en général,

à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

5. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurances pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

7. Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

8. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragrapes 1er et 7 ci-dessus.

Art. 5. — 1. Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident, et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale au demi-salaire moyen quotidien. Le chiffre de ce salaire moyen est obtenu en divisant par 300, soit le montant du salaire annuel résultant des cotisations payées dans les douze mois qui ont précédé la maladie, soit celui d'un ouvrier de même profession travaillant dans les mêmes conditions.

2. L'indemnité journalière sera majorée jusqu'à concurrence de 60 p. 100 du salaire, lorsque celui-ci, rapporté à un travail normal pour l'année, n'atteindra pas un minimum déterminé annuellement par décret. Ce décret fixera, après avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, les conditions d'attribution de cette majoration, dont le taux variera suivant une échelle inverse au chiffre du salaire et qui pourra être, en tout ou en partie, à la charge du fonds de majoration et de solidarité.

3. Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent, l'assuré devra avoir cotisé réglementairement, au début de l'application de la loi, vingt jours durant le mois précédant la maladie, et à partir du quatrième mois, soixante jours durant les trois mois antérieurs.

4. La caisse d'assurances verse, pour chaque jour ouvrable, au compte de l'assuré à qui elle sert une indemnité, la moitié de la fraction de cotisation qui devra être affectée au risque-vieillesse. Cette fraction est calculée d'après la moyenne des cotisations inscrites au compte de l'assuré, au cours des douze mois qui ont précédé la maladie et sur la base de trois cents jours.

Art. 6. — 1. L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

2. En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898.

3. L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite en cas d'hospitalisation :

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge;

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge;

Des trois quarts, dans tous les autres cas.

Art. 7. — 1. La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

2. Tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

3. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état du malade, ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, cet état est apprécié par une commission technique composé du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse, et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du Tribunal civil.

4. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

5. Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers, de représentants des caisses, des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions.

Art. 8. — 1. Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 50 ci-après : les maladies et blessures indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents de travail.

2. Ne donnent pas lieu aux prestations en argent : les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

3. Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions fixées aux articles 51 et 54.

Maternité.

Art. 9. — 1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

2. Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse.

3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraî-

nant application des assurances maladie-invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

4. L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr., pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le troisième, de 50 fr. du quatrième au sixième, de 25 fr. du septième au neuvième, de 15 fr. du dixième au douzième.

5. L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait, dont la valeur n'excédera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement.

6. Le paiement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

Risque-invalidité.

ART. 10. — 1. L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois, prévu à l'article 4, ou en cas d'accident, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail a droit, d'abord, à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité.

2. Jusqu'à l'établissement d'un nouveau barème, le degré d'invalidité est estimé provisoirement d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions, complété ou modifié, par arrêté du ministre du travail, après avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales.

3. Si l'assuré conteste le pourcentage d'incapacité qui lui a été notifié dans les formes à fixer par décret ou si la caisse estime qu'un nouvel examen de son dossier est nécessaire, l'état d'incapacité est apprécié par la commission technique, prévue à l'article 7, paragraphe 3, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales.

4. Pour l'assuré affilié avant l'âge de trente ans, la pension est égale à 40 p. 100 au moins du salaire annuel moyen résultant des cotisations obligatoires payées chaque année et depuis l'âge de seize ans, si l'assuré a dépassé cet âge. Ce taux est augmenté, jusqu'à concurrence de 50 p. 100, de 1 p. 100 du salaire pour chaque année d'assurance en plus de trente ans et carrespondant au minimum de 240 jours de travail.

5. Pour l'assuré qui est immatriculé après trente ans, ladite pension de 40 p. 100 est réduite d'un trentième par année ou par fraction d'année d'âge, comprise entre trente ans et l'âge d'entrée, si l'assuré compte au moins six ans de versements. Dans le cas contraire, les dispositions du paragraphe 7 seront appliquées.

6. Pour l'assuré qui ne compte pas trente années entières d'assurance et qui, après l'âge de trente ans, a interrompu ses versements pendant une année ou plus, la pension d'invalidité est réduite d'un trentième par année d'interruption ou par fractions réunies d'année équivalant au moins à une année entière.

7. Pour les assurés âgés de trente ans ou plus au début de l'application de la loi et qui, depuis sa mise en vigueur, auront effectué chaque année, sur les salaires professionnels qui constituent leurs principales ressources, les versements obligatoires sur la base de 240 jours par an, la pension ne sera pas inférieure à 1.000 fr., si les intéressés justifient d'au moins six années de versements. Ce chiffre sera diminué de 100 fr. par année au-dessous de six, sans que le chiffre de la pension puisse descendre au-dessous de 600 fr. ou dépasser les deux tiers du salaire de base. Au delà de six années de versements, la pension sera calculée comme il est dit au paragraphe 5.

8. Quand le salaire est inférieur au minimum visé à l'article 5, le taux servant de base au calcul de la pension sera majoré à l'aide des ressources du fonds de majoration et de solidarité et dans les conditions visées à l'article précité jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 p. 100 du salaire suivant une échelle inverse au chiffre de celui-ci.

ART. 11. — Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et par suite posséder à son compte les versements correspondant au moins à 480 jours de travail durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident.

ART. 12. — 1. La pension d'invalidité est fixée, à titre provisoire, pour une durée de cinq années.

2. Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, paragraphe 3, sont applicables.

3. Pendant cette même période, et sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par la caisse d'assurances. On considérera qu'il y a refus d'examen, si l'invalide ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du médecin de la caisse ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre.

4. Les frais de déplacement de l'assuré ou du pensionné, qui, pour répondre à la convocation du médecin désigné par la caisse ou de l'expert médical, doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de la caisse. Le tarif de ces frais sera fixé par département dans les conditions arrêtées par décret, après avis de la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5.

5. La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 p. 100. Cette suppression prend effet de la date de la constatation médicale.

6. A l'expiration de la période provisoire de cinq années et après expertise médicale la pension est consolidée. Toutefois, après un nouveau délai de cinq ans, le pensionné devra, sur la demande de la caisse, se soumettre à une dernière expertise médicale.

7. Si le titulaire d'une pension d'invalidité travaille, la fraction de cotisation affectée à l'assurance-invalidité est portée à un compte individuel d'assurance-vieillesse.

8. Un décret fixera chaque année la fraction de cotisation à affecter à la couverture des pensions d'invalidité, d'après des tables tenant compte de la probabilité d'entrée en invalidité aux divers âges et de la mortalité des invalides.

9. La rente viagère d'assurance-vieillesse du titulaire d'une pension d'invalidité est liquidée, soit normalement à l'âge de soixante ans, soit, avec une réduction, dès la liquidation définitive de la pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente et absolue de travail. Elle entre en compte dans le chiffre de la pension d'invalidité.

Risque-vieillesse.

ART. 13. — L'assurance-vieillesse garantit une pension de retraite au salarié qui a atteint l'âge de soixante ans.

2. L'assuré peut ajourner jusqu'à soixante-cinq ans la liquidation de sa pension. Pour les assurés de la période transitoire, un délai minimum de cinq ans de versements est exigé pour ouvrir le droit à la pension de retraite, sans toutefois que l'entrée en jouissance puisse être retardée au delà de soixante-cinq ans.

ART. 14. — 1. Sur le montant de la double contribution prévue à l'article 2, il est affecté à la constitution d'une rente viagère de vieillesse, au profit de l'assuré, une somme fixée annuellement par décret et qui ne sera pas inférieure à 3 1/2 p. 100 pour les assurés ayant atteint ou dépassé trente ans et à 2 p. 100 pour les assurés n'ayant pas atteint cet âge. Les versements sont capitalisés à un compte individuel d'assurance à capital aliéné ou réservé, au gré de l'assuré.

2. Les tarifs d'assurance-vieillesse sont calculés, dans les

conditions déterminées par le règlement général d'administration publique, d'après le taux d'intérêt des placements et, provisoirement, suivant la table de mortalité de la population masculine et féminine, établie par la statistique générale de la France, table dite P. M. F.

3. Le taux d'intérêt des tarifs est gradué par chiffre pair de décimes. Les tarifs comportent des prorata aux décès. Ils ne comprennent que des âges entiers, les versements étant considérés comme effectués par les intéressés à l'âge qu'ils ont accompli au cours de l'année dans laquelle les versements sont reçus par l'organisme d'assurance.

4. Les tarifs ne comportent pas de chargement pour les frais d'administration des divers organismes; ceux-ci sont couverts par le fonds de majoration et de solidarité.

ART. 15. — 1. Pour tout assuré pouvant justifier à l'âge de soixante ans, ou jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans, d'au moins trente années entières de versements correspondant chacune à un minimum de 240 jours de travail, la pension de vieillesse ne sera pas inférieure à 40 p. 100 du salaire moyen annuel, résultant des cotisations obligatoires payées chaque année depuis l'âge de seize ans.

2. Quand le salaire est inférieur au minimum visé à l'article 5, le taux servant de base au calcul de la pension sera majoré à l'aide des ressources du fonds de majoration et de solidarité, et dans les conditions fixées à l'article précité, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 p. 100 du salaire suivant une échelle inverse au chiffre de celui-ci.

3. Pour les assurés de la période transitoire qui, depuis la mise en vigueur de la loi, auront effectué chaque année sur les salaires professionnels qui constituent leurs principales ressources les versements correspondant au moins à 240 jours de travail, la pension de vieillesse, calculée conformément aux paragraphes 1er et 2, sera égale à autant de trentièmes de la pension normale que l'assuré aura effectué d'années de versements, sans que le chiffre puisse être inférieur à 600 fr. Pour le calcul du minimum, les versements sont considérés comme effectués à capital aliéné.

4. Les assurés âgés de cinquante-cinq à moins de soixante ans au moment de la mise en vigueur de la présente loi peuvent, s'ils ont effectué les versements fixés, tant par la loi du 5 avril 1910 que par la présente loi, et s'ils renoncent au bénéfice du paragraphe 3 du présent article ou de l'article 13, paragraphe 2, obtenir à soixante ans l'allocation viagère de l'Etat et les bonifications auxquelles ils auraient eu droit sous le régime des retraites ouvrières.

ART. 16. — La pension est payable par trimestre échu. Les arrérages sont dus à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'assuré a atteint l'âge servant de base à la liquidation.

ART. 17. — L'assuré peut demander la liquidation anticipée de sa pension à partir de l'âge de cinquante-cinq ans, s'il a versé pendant vingt-cinq au moins depuis l'âge de seize ans. Toutefois, les minima garantis sont l'objet d'une liquidation ramenée à ce même âge et réduite en conséquence.

ART. 18. — L'assuré qui réclame la liquidation de sa pension de vieillesse à capital aliéné peut demander :

a. D'affecter la valeur du capital de sa rente viagère, pour la partie excédant 1.000 fr., à l'acquisition d'une terre ou d'une habitation, qui deviendra inaliénable et insaisissable dans les conditions déterminées par la législation sur la constitution d'un bien de famille insaisissable. Ce remploi est subordonné à l'acceptation de la caisse d'assurance et doit être effectué sous son contrôle;

b. Que le capital représentatif de sa pension serve à la constitution d'une rente réversible pour moitié sur la tête de son conjoint survivant, avec jouissance pour ce dernier au plus tôt à cinquante-cinq ans. Dans ce cas, la pension subira une réduction qui sera calculée d'après les tables et tarifs déterminés par le règlement général d'administration publique et de telle manière qu'il n'en résulte pour la caisse aucune charge supplémentaire.

Risque-décès.

ART. 19. — 1. L'assurance-décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement, à son décès, d'un capital fixé à 20 p. 100 de son salaire annuel moyen, évalué comme il est dit à l'article 10, paragraphe 4.

2. Ce capital ne sera pas inférieur à 1.000 fr., lorsqu'il s'agit d'un assuré qui a régulièrement effectué les versements annuels. Toutefois, ce capital ne pourra dépasser les deux tiers du salaire moyen annuel du décédé.

3. Le versement du capital sera fait au conjoint survivant ou aux descendants ou, à leur défaut, aux ascendants qui étaient, au jour du décès, à la charge de l'assuré.

4. Pour ouvrir le droit à l'assurance-décès, l'assuré doit, depuis la mise en vigueur de la loi, compter au moins une année de versements.

5. Les ayants droit de l'assuré qui est déchu du bénéfice de l'assurance-maladie ne peuvent prétendre aux prestations de l'assurance-décès. Toutefois, ils ont droit au remboursement de la fraction de cotisation affectée à l'assurance-décès pendant l'année qui a précédé le décès.

Charges de famille.

ART. 20. — Les assurances sociales contribuent aux charges de famille de l'assuré, à l'aide d'allocations payées par le fonds de majoration et de solidarité.

2. Par charges de famille, on entend les enfants de plus de six semaines et de moins de seize ans, non salariés, à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptifs.

3. Les allocations sont dues en cas de maladie, d'invalidité, de grossesse ou de décès et représentent pour chaque enfant :

1° Une majoration de l'indemnité journalière égale à 50 centimes.

2° Une majoration de pension d'invalidité, fixée à 100 fr. par an;

3° Une majoration du capital au décès égale à 100 fr.

4. Lorsque, dans une famille, le mari et la femme ont droit en même temps aux prestations des assurances, il n'est attribué qu'une majoration pour charges de famille.

5. Les veuves des assurés ayant au moins trois enfants vivants, légitimes ou reconnus, de moins de treize ans, ont droit à une pension temporaire d'orphelin pour chacun de leurs enfants de moins de treize ans au delà du second.

Lorsque les enfants d'un assuré ou d'une assurée sont orphelins de père et de mère, chacun de ceux d'entre eux qui sont âgés de moins de treize ans a droit à une pension temporaire d'orphelin.

Sont assimilés aux enfants de moins de treize ans, ceux de moins de seize ans pour lesquels il sera justifié qu'il a été passé un contrat écrit d'apprentissage ou qu'ils poursuivent des études dans des établissements d'enseignement publics ou privés ou qu'ils sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable, sauf le cas où ils seraient hospitalisés aux frais de l'Etat, du département de la commune.

Ces dispositions ne s'appliquent qu'aux assurés ayant versé au moins une année de cotisation.

6. Les pensions d'orphelins prévues par la présente loi se cumulent avec les allocations de la loi du 14 juillet 1913 et avec celles de la loi du 22 juillet 1923, mais elles ne se cumulent pas avec les pensions versées par l'Etat, les départements ou les communes aux orphelins de leurs fonctionnaires et employés. Dans le cas, toutefois, où les pensions versées par l'Etat, les départements où les communes seraient inférieures aux pensions d'orphelins prévues par la présente loi, les orphelins ou leurs ayants droit recevraient la différence existant entre les deux catégories de pensions.

7. Le montant des pensions d'orphelins prévues par la présente loi ne peut être inférieur à 90 fr. par an et par enfant bénéficiaire de ladite pension.

8. Les pensions d'orphelins ci-dessus visées soront soumises aux règles d'application prévues par le paragraphe 4 de l'article 1er et par les articles 4 et 6 de la loi du 22 juillet 1923.

Chômage.

ART. 21. — 1. La garantie contre le chômage est accordée dans les conditions déterminées ci-après à tout assuré obli-

gatoire de nationalité française ayant un contrat de travail, et se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail.

2. Elle assure, pour une durée maximum de trois mois par période de douze mois, le versement des cotisations de 10 p. 100 du salaire calculé suivant les règles établies pour l'assurance-maladie.

ART. 22. — 1. Pour être admis au bénéfice de la garantie contre le chômage, l'assuré devra compter, immédiatement avant la période de chomage, une année entière d'affiliation ininterrompue aux assurances sociales et remplir les mêmes conditions de cotisations que celles imposées pour l'assurance-maladie.

2. L'assuré en chômage est maintenu dans ses droits à l'assurance pendant une période de six mois. Ces droits sont rapportés pour les trois premiers mois au salaire moyen antérieur au chômage et pour les trois derniers mois à la moitié du salaire moyen.

ART. 23. — 1. La garantie contre le chômage est assurée au moyen d'un prélèvement de 1 p. 100 sur les versements opérés en vertu de l'article 2 de la présente loi.

2. Les ressources ainsi produites seront affectées au fonds de majoration et de solidarité, à un compte spécial financièrement et juridiquement séparé des autres ressources des assurances sociales.

3. Les cotisations ne seront versées que dans les limites des ressources prévues au paragraphe 1ᵉʳ et seront éventuellement l'objet d'une réduction proportionnelle.

5. En outre, lorsque le compte spécial prévu au paragraphe 2 ci-dessus présentera un solde actif supérieur au total des versements reçus au cours de la dernière année inventoriée, il pourra, sur l'excédent et après avis de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, être alloué des subventions aux institutions et aux caisses visées à l'article 24 ci-après. Le montant de ces subventions ne pourra dépasser 33 p. 100 des allocations payées au cours de la dernière année par ces mêmes caisses ou institutions.

ART. 24. — Pourront être autorisés à pratiquer le service de la garantie contre le chômage :

1° Les fonds de chômage créés par les départements et les communes;

2° Les caisses spéciales annexées à un syndicat professionnel, à une union de syndicats de même profession ou industrie, ou à une société de secours mutuels composée de membres exerçant en majorité la même profession ou industrie et constituée conformément aux dispositions de la loi du 21 mars 1884, modifiée par celle du 12 mars 1920 et la loi du 1ᵉʳ avril 1898, ou à une caisse d'assurance ou de réassurance mutuelle agricole régie par la loi du 4 juillet 1900.

ART. 25. — 1. L'office central et les offices régionaux de la main-d'œuvre sont chargés du contrôle : *a*. des institutions et caisses visées à l'article 24 et admises à recevoir des subventions; *b*. des assurés en chômage.

2. Un règlement d'administration publique déterminera les mesures d'application des dispositions prévues aux articles 21 à 25 inclus et notamment les conditions et délais d'inscription des chômeurs à l'office de placement, les obligations des chômeurs en ce qui concerne leur participation aux travaux de secours, les conditions d'organisation, d'autorisation et de fonctionnement des institutions ou caisses de garantie contre le chômage ainsi que les mesures de contrôle auxquelles elles seront soumises.

TITRE II

DES CAISSES D'ASSURANCES

ART. 26. — 1. La gestion des assurances sociales est confiée dans chaque département à une caisse départementale unique qui doit ouvrir un compte à tout assuré immatriculé et à des caisses primaires. Ces organismes qui fonctionnent dans le cadre départemental sont constitués et administrés conformément aux prescriptions générales de la loi du 1ᵉʳ avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, sous réserve des dispositions de la présente loi Ils fonctionnent, pour la couverture des risques et l'attribution des prestations, dans les conditions de la présente loi.

2. Les caisses primaires ont pour objet ou la maladie, la maternité, les soins aux invalides et le décès, ou la maladie, les soins aux invalides et le décès, ou la maternité ou, s'il y a lieu, et, seulement pour les caisses existant six mois avant la mise en application de la présente loi et visées à l'article 26, paragraphe 4, et à l'article 44, soit la vieillesse, soit la vieillesse et l'invalidité, si elles groupent au moins 100.000 assurés. Les sociétés ou unions de sociétés régies par la loi du 1ᵉʳ avril 1898, les syndicats professionnels et unions de syndicats régulièrement constitués, en application de la loi du 21 mars 1884, ainsi que les caisses d'assurances ou de réassurances mutuelles agricoles visées par la loi du 4 juillet 1900 peuvent fonder une caisse primaire pour les assurés appartenant à ces organismes et les membres de leur familles. Les assurés peuvent se grouper spontanément pour la création d'une caisse primaire. Les caisses primaires doivent assurer soit directement, soit par l'intermédiaire de sections locales le service local des prestations. Toutefois, lorsqu'elles sont fondées par des caisses de réassurances constituées en application de la loi du 1ᵉʳ avril 1898 ou de la loi du 4 juillet 1900, elles sont admises à assurer ce service par l'intermédiaire des organismes locaux affiliés auxdites caisses de réassurance.

3. L'assuré qui, six mois avant la mise en application de la loi, appartiendra en qualité soit de membre participant, soit de membre honoraire, à une société de secours mutuels fonctionnant dans les conditions de la loi du 1ᵉʳ avril 1898 est présumé, sauf désignation contraire de sa part dans un délai de deux mois, faire choix de la caisse primaire à laquelle cette société, ou l'union dont elle fait partie, se rattache par un lien effectif. Si l'assuré est affilié à plusieurs sociétés de secours mutuels, il indique éventuellement celle dont il entend dépendre pour la présomption d'affiliation.

4. Les caisses mutualistes de retraites ouvrières constituées en application de la loi du 5 avril 1910 et les caisses autonomes de la loi du 1ᵉʳ avril 1898 pourront être admises à pratiquer, comme caisses primaires, les assurances vieillesse et invalidité. Les caisses de retraites ouvrières visées aux alinéas 3 et suivants de l'article 14 de la loi du 5 avril 1910 pourront, à cet effet, soit se transformer en caisse primaire admise à pratiquer les assurances vieillesse et invalidité, soit fusionner avec une caisse existante, mais devenue caisse primaire d'assurances vieillesse et invalidité, soit enfin être absorbées par les caisses départementales. Dans les deux premiers cas, leurs adhérents bénéficient de la présomption d'affiliation prévue au paragraphe précédent.

5. Les caisses primaires sont administrées à leur origine par le conseil d'administration de l'organisme qui les constitue jusqu'à la tenue de la première assemblée générale des membres participants et honoraires, laquelle élit, dans un délai de trois mois, le conseil d'administration de la caisse. Font partie de cette assemblée générale à la fois les assurés et les membres qui participent aux autres services mutualistes de l'organisme constitutif. Les assurés participant à ces services ont droit à une voix supplémentaire pour les élections au conseil d'administration.

6. La caisse départementale est administrée à l'origine par un conseil de direction de dix-huit membres dont six sont désignés par l'union départementale des sociétés de secours mutuels, six par les caisses mutuelles agricoles, six par les syndicats professionnels ouvriers. Il est procédé, dans un délai de trois mois, par la première assemblée générale des délégués des assurés, à l'élection du conseil d'administration. Ce conseil est désigné d'après les règles de la représentation proportionnelle.

7. Le conseil d'administration de la caisse départementale et des caisses primaires doit comprendre dix-huit membres au moins, dont la moitié au moins d'assurés élus, et, à titre de membres honoraires admis par l'assemblée générale avec ou sans paiement de cotisation, deux praticiens choisis sur une liste présentée par les syndicats professionnels prévus à l'article 4 et, sauf dans les caisses primaires fondées par les assurés, au moins six employeurs choisis sur une liste présentée

par les employeurs d'assurés adhérents à la caisse ou qui en dépendent.

8. Les caisses départementales et primaires n'ont pour objet que les assurances sociales instituées par la présente loi. Toutefois, les caisses départementales peuvent gérer les versements effectués pour l'assurance-vieillesse par les membres des mutualités scolaires âgés de moins de quinze ans. Les caisses départementales assurent le service des prestations soit par leurs sections locales, soit par des sociétés de secours mutuels, soit par l'intermédiaire des caisses primaires.

9. Le bénéfice de l'article 40 de la loi du 1er avril 1898 est étendu aux caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900.

Art. 27. — 1. Les caisses départementales et primaires doivent, préalablement à leur fonctionnement, être agréées par l'office national des assurances sociales, conformément aux dispositions déterminées par le règlement général d'administration publique qui fixera également les conditions à remplir par les sections locales d'attribution de prestations.

2. En cas de refus d'agrément d'une caisse dans les trois mois de la demande, un recours peut être formé devant le conseil d'Etat, sans ministère d'avocat et avec dispense de tout droit, dans le délai de deux mois après la notification de l'office national.

3. Lorsqu'une caisse départementale ou primaire cesse de remplir ses engagements ou les conditions auxquelles est soumis son fonctionnement, ou lorsque des irrégularités ou un défaut d'équilibre sont constatés, l'agrément peut être retiré par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail à la demande de l'office national et conformément à l'avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales et sauf recours devant le conseil d'Etat.

Art. 28. — 1. La caisse départementale transfère aux caisses primaires, pour chacun des adhérents à ces caisses, la portion de cotisation afférente aux risques qu'elles sont autorisées à couvrir et sous réserve de l'application des articles 32, 69 et 70. Elle reste responsable des opérations effectuées par les caisses primaires.

2. La caisse départementale rétrocède aux caisses primaires, ainsi qu'aux sociétés ou sections locales chargées du service des prestations, une partie des remises de gestion qu'elle reçoit, dans les conditions fixées par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail après avis de l'office national des assurances sociales.

3. Les caisses départementales peuvent se grouper en unions régionales et en une fédération nationale, notamment en vue de réaliser des œuvres d'intérêt commun, telles que : organisations d'hygiène sociale, établissements de prévention et de cure, sanatoriums, dispensaires, maisons de convalescence et de retraite.

Art. 29. — 1. Les caisses d'assurances doivent ouvrir des comptes spéciaux : 1° à l'assurance-maladie ; 2° aux soins aux invalides ; 3° à l'assurance-maternité ; 4° à l'assurance-décès ; 5° à l'assurance-invalidité ; 6° à l'assurance-vieillesse ; 7° à la garantie contre le chômage ; 8° aux charges de famille.

2. Les caisses départementales et leurs unions et les caisses primaires jouissent de la personnalité civile. Elles ont une personnalité juridique distincte de la société ou de l'union de sociétés qui les ont formées. Elles sont représentées en justice par un représentant légal désigné dans les conditions fixées par le règlement général d'administration publique. Elles fonctionnent sous la surveillance et le contrôle de l'office national des assurances sociales, indépendamment du contrôle de l'Etat qui est exercé par le service du contrôle général du ministère du travail et par les représentants du ministère des finances. L'office national donnera communication à la caisse générale de garantie des rapports relatifs à la situation financière des caisses.

3. Un décret rendu sur la proposition des ministres du travail et des finances fixe les règles relatives à la comptabilité des caisses d'assurances et de leurs unions, à l'établissement de leur situation active et passive.

4. Les caisses ne peuvent, en aucun cas, allouer un traitement à leurs fondateurs et administrateurs. Il ne sera accordé de traitement qu'aux agents et employés des caisses.

5. Elles ne peuvent, en aucun cas, affecter à la gestion un pourcentage de frais supérieur à celui qui sera fixé, pour les diverses caisses, par décret rendu sur la proposition du ministre du travail dans la limite d'un maximum égal à 3,50 p. 100 des cotisations reçues.

Art. 30. — 1. Les caisses d'assurances doivent déposer, soit à la caisse des dépôts et consignations, soit à la Banque de France, les sommes qui dépassent le chiffre de l'encaisse qu'elles sont autorisées à conserver. La caisse des dépôts en fait emploi dans les conditions prévues à l'article 31 ci-après ; elle garde en dépôt le portefeuille desdites caisses.

2. Les sommes non employées sont versées en compte courant au Trésor, dans les limites d'un maximum et à un taux d'intérêt fixés annuellement par la loi de finances.

3. Les sommes déposées par les divers organismes, en application de la présente loi, à la caisse des dépôts et consignations, ne donnent pas lieu aux bonifications d'intérêt ou majorations pouvant résulter d'autres lois.

4. Le règlement général d'administration publique déterminera les mesures d'exécution relatives à la gestion financière des fonds des caisses d'assurances.

Art. 31. — 1. Les disponibilités des caisses d'assurances sont employées en tenant compte de la nature et de l'importance des risques assurés par les caisses :

1° En valeurs d'Etat ou jouissant de la garantie de l'Etat, en obligations foncières ou communales du Crédit foncier et en obligations des grandes compagnies de chemins de fer d'intérêt général ;

2° Jusqu'à concurrence de moitié et sur la désignation des caisses :

a. En prêts aux départements, communes, colonies, pays de protectorat, établissements publics, chambres de commerce et chambres d'agriculture ou en valeurs jouissant de la garantie de ces établissements ;

b. En prêts aux offices, sociétés et fondations d'habitations à bon marché et sociétés de crédit immobilier dans les conditions prévues par la loi du 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marché et la petite propriété et aux sociétés et institutions prévues par la loi du 5 août 1920 sur le crédit mutuel et la coopération agricoles, ainsi qu'aux institutions de prévoyance et d'hygiène sociales reconnues d'utilité publique ;

c. En souscriptions de bons et d'obligations de la caisse nationale de crédit agricole, ainsi qu'en souscription d'actions d'obligations et de parts des sociétés visées par la loi du 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marché et à la petite propriété, et par la loi du 5 août 1920, sur le crédit mutuel et la coopération agricoles. Les actions et les parts ainsi acquises devront être entièrement libérées et leur montant ne devra pas dépasser les deux tiers du capital des sociétés ci-dessus, susceptibles d'obtenir une subvention de l'Etat ou un prêt à taux réduit de l'Etat ou de la caisse nationale de crédit agricole dans les conditions prévues par la loi du 5 décembre 1922 ou par la loi du 5 août 1920 ;

d. En acquisitions de terrains ou d'immeubles, soit pour la construction ou l'aménagement d'établissements de prévention ou de cure, soit sous réserve d'acceptation de la caisse générale de garantie pour le fonctionnement de la caisse d'assurances ;

e. En acquisitions de terrains à reboiser ou de forêts existantes, après avis favorable du Conseil supérieur des assurances sociales ;

f. Enfin, en toutes valeurs reçues en garantie par la Banque de France, ainsi qu'en première hypothèque sur la propriété en France jusqu'à concurrence d'un montant global de 50 p. 100 de la valeur de l'immeuble, sous réserve d'acceptation de la caisse générale de garantie.

En ce qui concerne les placements prévus aux alinéas *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, le taux d'intérêt consenti ne peut être inférieur à un taux minimum fixé, au début de chaque année, par un décret rendu sur la proposition des ministres des finances et du travail, après avis de l'office national des assurances sociales.

2. Tous les actes relatifs aux prêts dont il s'agit sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement et de la taxe hypothécaire.

ART. 32. — 1. Sur le montant des cotisations qui doivent revenir aux caisses primaires pour les services de répartition, c'est-à-dire pour les assurances maladie, maternité et décès et les prestations, en nature afférentes au risque-invalidité, la caisse départementale retient, à titre de réassurance et de compensation, 10 p. 100.

2. La caisse départementale cède au fonds de garantie et de compensation 5 p. 100 de l'ensemble des cotisations affectées à ces risques.

ART. 33. — 1. Sur les excédents annuels de recettes afférents aux services de répartition seront effectués les prélèvements obligatoires ci-après : 1° 20 p. 100 au profit du fonds de réserve générale propre à chaque caisse, jusqu'à ce que la valeur de ce fonds atteigne une somme égale au produit des cotisations de la dernière année inventoriée; 2° 3 p. 100 au profit du fonds de majoration et de solidarité; 3° à p. 100 au profit du fonds de garantie en de compensation.

2. Sur les excédents d'actif ressortant du bilan, des prélèvements pourront, à partir de la dixième année, être effectués par les caisses dont l'actif dépassera le passif de 10 p. 100 au moins pour la vieillesse et de 30 p. 100 au moins pour l'invalidité, sans que ces prélèvements puissent jamais abaisser ces excédents au-dessous de ces limites. Sur chaque prélèvement, il sera réservé une fraction de 6 p. 100 au profit du fonds de majoration et de solidarité et une fraction de 4 p. 100 au profit du fonds de garantie et de compensation.

3. Le solde peut être affecté, en tout ou en partie, à une augmentation temporaire des prestations de la caisse, tout d'abord à l'attribution des primes d'allaitement et de bons de lait aux femmes non assurées des assurés, à une diminution du pourcentage mis à la charge des assurés pour les frais médicaux et pharmaceutiques et notamment pour la maternité, à une participation plus élevée aux frais médicaux et pharmaceutiques à prévoir en faveur des retraités par le fonds de majoration ou de solidarité, à des allocations supplémentaires pour ascendants ou enfants âgés de plus de seize ans à la charge de l'assuré, ou à la constitution de réserves propres à régulariser ces augmentations.

4. Les caisses d'assurances peuvent également employer leur solde soit à créer ou développer des œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite et autres institutions d'hygiène et de prophylaxie générale.

5. Si l'établissement des comptes fait apparaître un déficit, il peut y être fait face par un prélèvement sur les réserves créées à cet effet et sur le fonds de réserve générale; toutefois pour couvrir le déficit d'un exercice, il ne pourra être fait appel qu'à la moitié de ce dernier fonds.

6. Des avances remboursables dans les conditions à fixer par décret rendu sur la proposition des ministres du travail et des finances, après avis de l'office national des assurances, pourront être consenties à la caisse, dont la situation est déficitaire, par la caisse générale de garantie, qui peut prendre à son égard toutes mesures de contrôle jugées utiles, poursuivre les administrateurs comme civilement responsables à leur mauvaise gestion et élever de 5 p. 100 le montant du versement prévu à son profit par l'article 32.

7. Les excédents, le solde ou le déficit susvisés sont ceux que font apparaître les résultats de la situation annuelle arrêtée par le conseil d'administration de la caisse dans ces conditions fixées selon les dispositions de l'article 29, paragraphe 3.

8. Les prestations prévues par la présente loi sont garanties seulement dans la limite de ses ressources.

Si, malgré l'application normale des prescriptions légales, il était constaté qu'il s'établit une insuffisance dépassant à la fois les possibilités financières des caisses d'assurances et les disponibilités à provenir de la réassurance de solidarité instituée par l'article 32 ci-dessus, un décret rendu en conseil d'Etat, sur la proposition des ministres du travail et des finances et après avis du conseil supérieur des assurances sociales pourrait, pour une durée déterminée : *a*. réduire, dans la limite d'un maximum de 10 p. 100 pour une ou plusieurs caisses ou pour l'ensemble des caisses, le taux des prestations ou rendre plus rigoureuses les conditions d'obtention afférentes à un ou plusieurs risques; *b*. ensuite, augmenter, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 p. 100, chacune des contributions ouvrière et patronale, avec affectation pour deux tiers à la garantie complémentaire d'un ou de plusieurs risques et pour un tiers à la mise en réserve au fonds de majoration et de solidarité des ressources ainsi créées.

9. L'exécution de la loi sur les assurances sociales ne devra, en aucun cas, imposer au budget général, ainsi qu'aux budgets des départements et des communes, des charges supérieures à celles qui sont prévues dans la présente loi.

ART. 34. — 1. Toute caisse élabore un règlement d'administration intérieure relatif aux formalités que doivent remplir les intéressés pour bénéficier des prestations de l'assurance. Ce règlement comporte des dispositions communes à toutes les caisses, fixées par le règlement général d'administration publique, et des dispositions spéciales à chaque caisse. Il doit prévoir les conditions suivant lesquelles seront assurées les prestations-maladie au cas où le salarié malade est logé ou nourri par son employeur.

2. Il doit être approuvé par l'office national des assurances sociales.

ART. 35. — 1. L'adhésion de l'assuré à une caisse d'assurances est valable pour deux ans, sauf le cas où il change de lieu de travail. Elle ne peut produire effet, au regard de la nouvelle caisse qu'il désigne qu'autant que les conditions légales de taux et de durée de versements fixées pour chaque risque ont pu être remplies par l'assuré.

2. Lorsqu'un assuré change de caisse, la couverture ou réserve mathématique afférente à ses droits d'invalidité ou à son compte de vieillesse doit être transférée à celle qu'il choisit. Toutefois, la caisse ancienne reste responsable de la totalité des prestations au profit de l'assuré ou de ses ayants droit, tant que l'assuré ne peut se trouver régulièrement garanti par la nouvelle caisse.

3. La couverture ou réserve mathématique qui doit entrer en compte dans ces cessions est calculée conformément aux décisions de l'office national des assurances sociales.

ART. 36. — Pour couvrir leurs frais de premier établissement, des avances remboursables peuvent, à partir de la promulgation de la présente loi, être consenties par le Trésor aux caisses d'assurances, à la caisse générale de garantie et aux offices, ou services d'assurances. Un décret déterminera, dans chaque cas, le maximum desdites avances remboursables.

2. Ces avances seront, dans l'année de la mise en vigueur de la loi, remboursées au Trésor par la caisse générale de garantie. Cet établissement en récupérera le montant dans un délai qui ne pourra excéder quinze ans, par annuités égales, calculées suivant un taux d'intérêt qui sera fixé par décret rendu sur la proposition des ministres du Travail et des Finances.

TITRE III

ASSURANCE FACULTATIVE

ART. 37. — 1. Les fermiers, cultivateurs, métayers non visés à l'article 1er, artisans, petits patrons, les travailleurs intellectuels non salariés et, d'une manière générale, tous ceux qui, sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail, à la condition qu'ils soient de nationalité française et que le produit annuel de leur travail n'excède pas 18.000 fr., ainsi que les assurés visés à l'article 43, paragraphes 2 et 4, peuvent être admis facultativement en opérant des versements à l'une des caisses visées par les articles 26 et 44, dans les conditions énumérées par le présent titre, au bénéfice des assurances sociales.

2. Le maximum de 18.000 fr. est augmenté de 2.000 fr. par enfant, à partir du deuxième, de moins de seize ans, à la charge de l'assuré, au sens de l'article 20. Il est diminué de 3.000 fr. pour les assurés sans enfant à charge. Le chiffre

limite est, sous ces réserves, augmenté de 1.000 fr. pour les assurés provenant de l'assurance obligatoire.

3. L'assurance facultative est pratiquée par la caisse départementale. Elle peut l'être par les caisses primaires.

ART. 38. — 1. Pour être admis dans l'assurance facultative, l'assuré doit être âgé de moins de cinquante ans et n'être atteint, d'après attestation médicale, d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever sa morbidité. Toutefois, ces conditions ne s'appliquent pas, pour l'assurance-vieillesse, aux assurés facultatifs des retraites ouvrières inscrits depuis plus d'un an et à jour de leurs versements à la promulgation de la présente loi.

2. L'entrée en jouissance de la retraite-vieillesse est fixée à soixante ans et après une durée minimum de dix ans de versements. Toutefois, les dispositions de l'article 17 relatives à la liquidation anticipée peuvent être appliquées.

3. L'assuré fixe sa cotisation, à son choix, entre 5 et 10 p. 100 de son gain annuel, mais sans que le montant de la cotisation puisse être inférieur à 300 fr. par an, payable au moins par trimestre.

4. Le revenu annuel des assurés facultatifs est déterminé d'après les évaluations qui servent de base à l'impôt sur le revenu et, en cas de non-assujettissement audit impôt, d'après les déclarations de l'intéressé. Il pourra être, le cas échéant, pour les fermiers, métayers et cultivateurs, déterminé forfaitairement d'après les chiffres fixés par arrêté préfectoral concernant la nature des hectares cultivés. Un décret fixera les conditions dans lesquelles sera pris cet arrêté.

ART. 39. — 1. Les prestations de la caisse d'assurances sont fixées d'après un tarif approuvé par l'office national des assurances sociales, donnant, par âge à l'entrée dans l'assurance, le montant des cotisations à payer pour avoir droit à des prestations de base. Aucune dérogation ne peut être apportée à ce tarif.

2. Les caisses peuvent admettre des assurés facultatifs qui sont garantis pour la totalité ou une partie des risques visés à l'article 1ᵉʳ de la présente loi.

3. Elles ne peuvent assurer des indemnités de maladie supérieures à 25 fr. par jour ouvrable, un capital au décès supérieur à 3.600 fr., une rente d'invalidité ou de vieillesse supérieure à 8.000 fr. L'assurance-maladie cesse, en tout état de cause, à soixante-cinq ans.

ART. 40. — 1. Les caisses établissent, avec l'approbation de l'office national des assurances sociales, un règlement fixant les conditions d'admission des assurés facultatifs et, notamment, de la visite médicale qu'ils doivent subir, les conditions et délais de payement des cotisations, les sanctions en cas de non-payement, le service des prestations-maladie lorsque l'assuré est logé ou nourri.

2. En ce qui concerne les assurances décès, invalidité, vieillesse, l'assuré ne peut être entièrement déchu de ses droits, son contrat doit conserver une valeur de réduction en rapport avec sa réserve mathématique.

3. Le règlement ne peut consentir aux assurés aucune valeur de rachat de leur contrat.

ART. 41. — 1. Sur le quantum des cotisations, il est effectué un prélèvement de 10 p. 100, versé au fonds de majoration et de solidarité, et destiné à majorer le capital assuré au décès et les rentes d'invalidité et de vieillesse. La majoration ne peut dépasser celle qui serait allouée aux assurés obligatoires dans les mêmes conditions d'âge et de nombre de versements. Elle est fixée par décret chaque année.

2. Les assurés facultatifs ont droit aux majorations pour charges de famille, dans les conditions fixées pour les assurés obligatoires. Les dépenses afférentes à ces majorations sont imputées au fonds de majoration et de solidarité qui tient, pour l'assurance facultative, un compte spécial où est versé un prélèvement analogue à celui demandé aux assurés obligatoires.

3. Sur les ressources du fonds de majoration et de solidarité, il est réservé annuellement, en faveur des assurés facultatifs, une somme qui ne peut être inférieure à 5 millions de francs.

ART. 42. — 1. L'assurance facultative donne lieu, au sein des caisses, à une comptabilité distincte des opérations de l'assurance obligatoire. Un versement de 2 p. 1.000 des primes est effectué au fonds de garantie géré par la caisse générale de garantie.

2. Les dispositions des articles 32, 33, 34 et 35 de la présente loi s'appliquent à l'assurance facultative.

ART. 43. — 1. Si, en cours d'assurance facultative, le produit du revenu annuel vient à dépasser le maximum susvisé, il est notifié à l'assuré que, dans un délai de six mois à compter de la notification, il cessera de bénéficier de l'assurance-maladie et que les cotisations qu'il continuera à verser seront affectées en totalité aux assurances décès, invalidité, vieillesse, à moins qu'il ne préfère réduire sa cotisation du montant correspondant à la quotité affectée à l'assurance-maladie.

2. Il est également notifié à l'assuré obligatoire dont le salaire vient à dépasser la limite fixée par l'article 1ᵉʳ, qu'à partir du 1ᵉʳ janvier suivant, il cessera d'être affilié à l'assurance obligatoire; il pourra, dès lors, bénéficier de l'assurance facultative dans les conditions du paragraphe 2 de l'article 37. La réserve mathématique afférente à son compte individuel de retraite est versée à son compte dans l'assurance facultative. Pour la liquidation des rentes invalidité et vieillesse, il a droit à une fraction de la majoration éventuelle concédée aux assurés obligatoires dans la proportion du nombre de trentièmes qu'il a passé d'années dans cette assurance.

3. Les assurés facultatifs qui deviennent des salariés ont droit au maintien de leurs droits acquis dans l'assurance facultative. La réserve mathématique afférente à leur contrat en ce qui concerne le décès, l'invalidité et la vieillesse est versée à leur nouveau compte d'assurance obligatoire. Ils ont droit aux majorations dans les conditions indiquées.

4. *a*. Les femmes non salariées des assurés obligatoires ou facultatifs sont admises, à leur choix, au bénéfice de l'assurance facultative ou à celui de l'assurance spéciale définie comme suit à la condition de réclamer leur inscription dans le délai de six mois à partir de la mise en application de la présente loi, ou de la célération de leur mariage si elles sont âgées de moins de trente-cinq ans ou de leur sortie de l'assurance obligatoire. Pour l'assurance spéciale, elles sont considérées comme des assurés obligatoires recevant un salaire annuel supposé de 1.200 fr., sauf les différences ci-après. Leur cotisation est fixée à 10 fr. par mois. Elles n'ont pas droit aux indemnités journalières prévues à l'article 5, paragraphe 1ᵉʳ, et n'ouvrent pas droit au minimum de 1.000 fr. garanti en cas de décès. L'attribution d'une pension d'invalidité ne joue qu'en cas d'incapacité totale de vaquer aux soins du ménage. la moitié de la cotisation est affectée à la constitution d'une rente de vieillesse, capitalisée à un compte individuel. Le minimum garanti pour la pension d'invalidité ou de vieillesse en période transitoire (art. 10, paragraphe 7 et 15, paragraphe 3) est fixé à 250 fr. et accordé dans les mêmes conditions de nombre et de durée de versements;

b. Les femmes ainsi assurées, qui deviennent veuves ou divorcées, peuvent continuer à bénéficier de l'assurance spéciale. Elles ont la faculté de conserver pour elles et leurs enfants le droit aux prestations en nature dont elles bénéficiaient antérieurement du chef de leur conjoint, moyennant le versement d'une cotisation supplémentaire, indépendante du nombre des enfants, et dont le montant sera fixé annuellement par décret;

c. Les caisses d'assurance tiennent un compte spécial des opérations relatives à cette catégorie d'assurance des femmes.

TITRE IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 44. — 1. A partir de la mise en application de la présente loi, les caisses de retraites existantes dont le service incombe à l'employeur, les caisses précédemment organisées même sous forme d'associations ou de sociétés civiles par les patrons avec ou sans le concours des ouvriers et employés, les caisses de retraites autorisées conformément à la loi du

27 décembre 1895 et celles qui se sont conformées aux dispositions de l'article 29 de la loi du 5 avril 1910 ou de l'article 96 du décret du 25 mars 1911 pourront être autorisées, par décret rendu sur la proposition du ministre du travail, à continuer leurs opérations s'il résulte d'un inventaire technique que leur situation financière suffit à garantir leurs engagements antérieurs et, comme caisses primaires, à assurer, au profit du personnel soumis aux obligations légales, les prestations découlant de la présente loi. Ces caisses, ainsi que les caisses mutualistes et autonomes visées à l'article 26, paragraphes 2 et 4, de la présente loi, pourront, à titre exceptionnel, et seulement pour les risques vieillesse et invalidité, après avis du conseil supérieur des assurances sociales, avoir des sections locales en dehors du département du siège sooial.

2. La caisse nationale des retraites pour la vieillesse est autorisée à créer, dans le cadre départemental, à titre de caisses primaires de vieillesse et d'invalidité, des sections d'assurés, dont le conseil d'administration comprendra au moins la moitié d'assurés élus et cinq employeurs. Le règlement d'administration publique fixera les conditions d'application du présent alinéa.

3. L'institution des assurances sociales ne peut avoir pour conséquence la diminution ou la suppression des prestations de même nature déjà accordées à des salariés en vertu du contrat de travail ou d'un règlement de retraite. Toutefois, les employeurs et leur personnel sont autorisés à réduire d'un commun accord leurs contributions telles qu'elles sont prévues par lesdits contrat et règlement, à concurrence des fractions de cotisations affectées, en vertu de la présente loi, à la couverture des risques contre lesquels ces assurés sont déjà garantis. A défaut d'entente entre les employeurs d'une part et la majorité des ouvriers et employés d'autre part, il y a lieu à recours devant une commission arbitrale, dans les conditions à fixer par le règlement général d'administration publique sur la base des dispositions arrêtées par la loi du 5 avril 1910 (art. 31 et suivants).

4. Le règlement général d'administration publique déterminera les règles de liquidation des caisses qui ne seront pas autorisées.

5. Les dispositions prévues par les articles 64 à 66 sont applicables aux administrateurs ou directeurs de caisses qui continueraient à fonctionner sans y avoir été dûment autorisées.

ART. 45. — 1. Les caisses d'assurances visées à l'article 14 de la loi du 5 avril 1910 devront arrêter leur situation au regard de l'application de ladite loi.

2. Le payement des pensions acquises ou en cours d'acquisition ainsi que des allocations ou bonifications à la charge de l'Etat, sera effectué par la caisse d'assurances sociales ayant pris la suite des opérations de la caisse de retraites ouvrières, lorsqu'il s'agit d'assurés qui avaient leur compte ouvert à cette dernière et par la caisse nationale des retraites, section des retraites ouvrières, dans tous les autres cas.

La caisse nationale des retraites pour la vieillesse restera débitrice des rentes éventuelles correspondant aux versements reçus par elle en application de la loi sur les retraites ouvrières. Toutefois, ces rentes seront servies par l'intermédiaire de la caisse d'assurances sociales à laquelle seront affiliés les bénéficiaires. Ladite caisse continuera de payer directement les rentes qu'elle aura liquidées antérieurement à la mise en vigueur de la présente loi, ainsi que les allocations et bonifications de l'Etat correspondantes, lesquelles lui seront remboursées par la caisse générale de garantie.

3. Le compte de leurs excédents d'actif sera arrêté à la date de mise en application de la présente loi et son montant sera dévolu dans les conditions déterminées par le règlement général d'administration publique, lequel fixera en outre les règles relatives à leur liquidation et à leur transformation éventuelle en caisses d'assurances sociales. La moitié de ces excédents d'actif, dans la forme où ils se trouvent dans la caisse liquidée, devra être attribuée au fonds de majoration et de solidarité, où ils seront répartis entre les comptes d'assurance obligatoire et d'assurance facultative, proportionnellement à l'importance de ces deux assuranees dans la caisse des retraites dont ces excédents proviennent.

4. Toutefois, les excédents d'actif de la section des retraites ouvrières de la caisse nationale des retraites feront l'objet, pour la partie dépassant de 10 p. 100 le passif, de versements fractionnés à la caisse générale de garantie dans les conditions déterminées par le règlement général d'administration publique.

5. A la clôture des opérations de liquidation de la loi des retraites ouvrières, tant de la section spéciale que des autres caisses visées au paragraphe 2 du présent article, le solde de l'actif sera versé à la caisse générale de garantie.

6. Les insuffisances d'actif sont prises en compte par la caisse d'assurance qui recueille la suite des opérations de la caisse de retraites ouvrières.

ART. 46. — 1. Dès la mise en application de la présente loi, le fonds de réserve visé par l'article 16 de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières sera transféré au fonds de majoration et de solidarité.

2. Les intéressés devront réclamer, dans le délai de deux ans, les versements effectués à leur nom par les employeurs, en application de l'article 23 de la loi du 5 avril 1910, modifié par l'article 266 de la loi de finances du 13 juillet 1925.

3. Par application des dispositions du paragraphe 3 de l'article 1er de la présente loi, les employeurs seront tenus, sous les sanctions prévues à l'article 64, de fournir, dans les deux mois précédant la date de la mise en application de la loi, les renseignements nécessaires à l'affiliation des salariés employés par eux au jour de la dite promulgation.

ART. 47. — 1. Les assurés obligatoires de la loi des retraites ouvrières et paysannes, inscrits au moins un an avant la date de promulgation de la présente loi, qui ont opéré sur leurs cartes annuelles successives des versements dont le total atteint au moins les trois cinquièmes des cotisations prévues à l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1910 modifiée et dont les versements échus pour l'année en cours ont été régulièrement effectués, sont, dès le début de l'application de la présente loi admis, s'ils sont assurés obligatoires, au bénéfice de l'assurance contre le risque maladie et aussi contre le risque invalidité, qui en serait la conséquence. S'ils n'ont pas demandé la liquidation de leurs droits en vertu de la loi des retraites ouvrières, ils pourront se prévaloir, à soixante-cinq ans, des dispositions de l'article 15, paragraphe 4.

2. Les assurés obligatoires de la loi des retraites qui décéderaient au cours de la première année d'application de la présente loi et avant de remplir les conditions fixées par le paragraphe 4 de l'article 19 ouvriront à leurs ayants cause le droit aux allocations prévues à l'article 6 de la loi du 5 avril 1910 modifiée, dans les conditions prévues audit article.

3. A partir du sixième mois qui suivra la promulgation du règlement général d'administration publique, il ne sera plus délivré de cartes annuelles d'échanges des retraites ouvrières, ni procédé à aucune inscription nouvelle en vertu de la loi du 5 avril 1910. La valeur des timbres ou vignettes, apposés sur toutes les cartes annuelles de retraite en cours de validité au jour de la mise en application de la présente loi et appartenant à des assurés qui doivent être affiliés obligatoirement aux assurances sociales, sera versée au fonds de majoration et de solidarité, en vue de couvrir les risques maladie et décès indemnisés dans les conditions des deux paragraphes précédents. Si ces cartes appartiennent à des assurés facultatifs, les versements qu'elles comportent seront affectés au compte d'assurances sociales ouvert au nom desdits assurés.

4. Le montant de l'allocation et de la modification accordées par l'Etat en vertu de la loi du 5 avril 1910 modifiée, sera, dans les conditions de la loi de finances du 29 avril 1926 porté du double au triple, à compter de la première échéance qui suivra la mise en application de la présente loi.

ART. 48. — 1. Les assurés facultatifs inscrits aux retraites ouvrières avec droit au régime transitoire de la loi du 5 avril 1910, les métayers et petits fermiers payant moins de 600 fr. de fermage, inscrits avec bénéfice de l'allocation attribuée aux assurés obligatoires, auront droit à la valeur actuelle de la portion de bonification ou l'allocation acquise par eux à l'âge accompli au début de l'application de la loi.

2. Cette valeur, calculée au taux de 5 p. 100, sera versée au compte individuel d'assurance-vieillesse des intéressés.

3. La dépense résultant de ce versement sera supportée par le fond de majoration et de solidarité.

ART. 49. — 1. Les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways, les ouvriers mineurs et ardoisiers et le personnel de leur caisse autonome, les inscrits maritimes et les agents du service général demeurent respectivement soumis aux législations ou règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi.

2. Une loi spéciale fixera les règles de coordination de ces divers régimes avec le régime général des assurances sociales et déterminera le mode de liquidation des droits de l'intéressé qui passera d'un régime à un autre et, notamment, de l'agent qui viendrait à quitter le service ou l'administration avant d'avoir droit à une pension et le transfert de la valeur de ses droits aux assurances sociales et inversement.

ART. 50. — 1. Les assurés qui ont été l'objet, au titre de la mutualité scolaire, de versements à la caisse nationale des retraites peuvent demander que les rentes correspondantes leur soient servies par la caisse d'assurances à laquelle ils sont affiliés en vertu de la présente loi. Dans ce cas, la caisse nationale des retraites reste débitrice de ces rentes, qui sont payées par l'intermédiaire de la caisse d'assurances sociales. Lorsque lesdites rentes n'ont pas été réclamées par les intéressés au moment où ils ont droit à la retraite de vieillesse prévue par la présente loi, il y a lieu à application d'office des dispositions qui précèdent.

2. Lorsque l'assuré, qui ne justifie pas du nombre de versements annuels lui donnant droit à la pension minimum, a cotisé pour la retraite dans une mutualité scolaire, ses années d'affiliation mutualiste avant l'âge de quinze ans sont admises pour compléter son temps d'assurance comme équivalant chacune à une demi-année sur la base d'un salaire annuel de 1.200 fr. Dans ce cas, les rentes acquises par l'intéressé au cours desdites années sont défalquées de sa pension.

ART. 51. — 1. Pour les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaire, l'Etat devra verser à la caisse d'assurance dont ils dépendent une surprime correspondante à l'aggravation des risques supportés par ladite caisse et aux soins auxquels les intéressés ont déjà droit. Le règlement général d'administration publique fixera le taux de ces surprimes, leur condition et leur mode de versement. Les assurés seront dispensés du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

2. En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

3. Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 p. 100, la pension d'assurance est liquidée et son taux est déterminé par le pourcentage obtenu en retranchant du degré total d'invalidité celui qui est indemnisé par la pension militaire d'invalidité.

4. Les malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires et qui peuvent se réclamer de l'assurance facultative ne devront pas en être écartés en raison de leurs maladies ou blessures de guerre ; mais l'Etat devra verser aux caisses une surprime correspondante à l'aggravation des risques, suivant les conditions prévues au paragraphe 1er du présent article.

ART. 52. — La présente loi ne sera applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle qu'en vertu d'une loi spéciale qui déterminera la date d'application, ainsi que les mesures de coordination propres à substituer au régime des assurances sociales actuellement en vigueur dans ces trois départements les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires.

TITRE V

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 53. — 1. Les pensions acquises en vertu de la présente loi sont, jusqu'à concurrence de 600 fr., incessibles et insaisissables, si ce n'est au profit des caisses d'assurances pour le payement des frais d'hospitalisation.

2. La double contribution due en vertu de l'article 2 et non encore versée par l'employeur est garantie par un privilège qui prend rang et qui porte effet concurremment avec le privilège des gens de service et des ouvriers et commis, établi respectivement par l'article 2.101 du Code civil et par l'article 549 du Code de commerce.

3. Les sommes qui sont versées à titre de contribution en exécution de la présente loi, tant par l'employeur que par le salarié, sont déduites du total du revenu de ceux-ci pour l'assiette des impôts sur les revenus et de l'impôt général sur le revenu.

ART. 54. — Les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux. Toutefois, l'assuré qui, à son départ, remplissait les conditions prévues à l'article 10, pourra recevoir éventuellement la pension d'invalidité, si la réforme est prononcée pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service et ne donne pas lieu à l'attribution d'une pension militaire. En outre, l'assuré qui remplissait les conditions réglementaires confère à ses ayants droit le bénéfice des prestations prévues aux articles 9, 19 et 20.

ART. 55. — Les exploitants agricoles seront dans l'obligation de tenir ou de faire tenir sous leur responsabilité par une mutuelle ou un syndicat agricoles, dûment autorisés à cet effet, un livre de paye sur lequel sera inscrit le montant de tous les salaires versés à chacun de leurs ouvriers, au fur et à mesure de leur payement, ainsi que le montant des retenues auxquelles lesdits salaires doivent avoir donné lieu.

ART. 56. — 1. Les droits accordés aux salariés par la présente loi ne peuvent avoir pour conséquence de réduire les avantages dont ils peuvent bénéficier en vertu de la loi du 19 décembre 1922 sur les allocations familiales. Les versements patronaux auxquels l'application de la loi susvisée donne lieu demeurent obligatoires; mais leur taux pourra être réduit dans la proportion correspondant au montant des allocations stipulées à l'article 20. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions de ces réductions éventuelles.

2. Les avantages supplémentaires constitués par les employeurs en cas de maladie, maternité, décès, vieillesse ou invalidité, au profit de leur personnel et avec la participation des intéressés sont, en ce qui concerne le personnel assuré par la présente loi, garantis soit par une des caisses agréées ou fonctionnant conformément au paragraphe 1er de l'article 44, soit pour les risques de capitalisation par une des caisses prévues à l'article 26, paragraphe 4, soit pour les risques de répartition par une des caisses primaires de l'article 26, paragraphe 2, soit par les caisses départementales, soit par la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, soit par la caisse nationale d'assurances en cas de décès; à cet effet, ces diverses caisses tiennent des écritures distinctes.

ART. 57. — L'assuré qui reçoit une pension de vieillesse ou d'invalidité au moins égale à 600 fr. ne peut se prévaloir de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Il en est de même de l'assuré qui recevrait une pension au moins égale à ce minimum s'il n'avait effectué ses versements à capital réservé ou s'il n'avait réclamé le bénéfice de l'article 18. Toutefois, les communes où le secours attribué aux assistés est supérieur à la pension que reçoit l'assuré, doivent accorder à ce dernier, en droit d'être assisté, le bénéfice d'une bonification complémentaire destinée à rétablir l'équivalence. Cette bonification reste à leur charge.

ART. 58. — L'assuré conserve éventuellement le bénéfice des dispositions des lois sur l'assistance ou l'encouragement national aux familles nombreuses.

ART. 59. — 1. Les personnes qui peuvent avoir droit aux prestations accordées par la présente loi en cas de maladie ou d'invalidité, n'auront pas la faculté de se réclamer du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

2. Les femmes assurées qui ont droit aux prestations en cas de maternité ne peuvent se réclamer des dispositions des lois des 17 juin et 30 juillet 1913, des 23 janvier et 4 décembre 1917 et du 24 octobre 1919 sur l'assistance aux femmes en couches.

3. Toutefois, pour les persommes inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques restera à la charge de ce service.

ART. 60. — 1. Les prestations de l'assurance-maladie ne se cumulent pas avec celles résultant de la législation sur les accidents du travail.

2. Le titulaire d'une rente allouée en vertu de ladite législation, dont l'état d'invalidité serait aggravé à la suite de maladie ou d'accident, peut réclamer le bénéfice de l'assurance-invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal aux deux tiers.

3. La pension allouée dans ce cas est déterminée par le pourcentage obtenu en retranchant du degré total d'invalidité celui qui a été pris en compte pour l'application de la loi de 1808.

4. Les charges résultant de l'aggravation du risque seront imputées au fond de garantie de la loi de 1898 dans les conditions qui seront fixées par le règlement général d'administration publique.

ART. 61. — Lorsque, sans rentrer dans ces cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, la caisse d'assurances est subrogée de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure, sous réserve, pour l'assuré ou ses ayants droit, de tous droits de recours en réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun.

ART. 62. — 1 Les pièces exclusivement relatives à l'exécution de la présente loi seront délivrées gratuitement et dispensées des droits de timbre et d'enregistrement. Les droits d'enregistrement et autres à percevoir sur les libéralités faites aux organismes d'assurances sociales seront les mêmes que ceux perçus pour les libéralités faites aux hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance.

2. Les jugements ou arrêtés, ainsi que les extraits, copies, grosses ou expéditions qui en sont délivrés, et généralement tous les actes de procédure auxquels donne lieu l'application de la présente loi, sont également dispensés des formalités de timbre et d'enregistrement. Ils portent la mention expresse qu'ils sont faits en exécution de ladite loi.

3. Un décret réglera le tarif postal applicable aux objets de correspondance adressés ou reçus, pour l'exécution de la loi, par l'office national, les offices départementaux ou interdépartementaux et les mairies, les commissions ou conseils prévus par la présente loi, la caisse générale de garantie, les caisses d'assurances et les fonctionnaires du contrôle du ministère du travail et du ministère des finances.

4. Sont exemptées du droit de timbre les affiches, imprimées ou non, apposées par les organismes d'administration ou de gestion des assurances sociales ayant pour objet exclusif la vulgarisation de la loi, ainsi que la publication de comptes rendus et conditions de fonctionnement de ces organismes.

ART. 63. — 1 Les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution de la présente loi sont soumises, par lettre recommandée à une commission cantonale composée du juge de psix, président, d'un employeur et d'un assuré assistés du greffier du juge de paix.

2. Dans la première quinzaine de chaque année, l'office départemental ou interdépartemental choisira par canton les employeurs et assurés appelés au nombre de huit, dont quatre assurés, à faire partie, durant l'année, de ladite commission, ainsi que deux suppléants par canton.

La mission de chacun d'eux durera trois mois.

Ils seront convoqués par le greffier du juge de paix, sur l'ordre de celui-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, le tout circulant en franchise, au moins huit jours avant celui de l'audience de la commission.

Tout employeur ou assuré, membre titulaire ou suppléant, qui ne se sera pas rendu à la convocation dont il aura été l'objet, et sans donner de son absence une excuse jugée légitime, sera condamné par le juge de paix, président, à une amende de 5 à 10 fr. par chaque absence non justifiée.

3. La commission cantonale ainsi constituée connaîtra en premier ressort de tous litiges. Elle pourra ordonner la comparution personnelle des parties; elle fera tous ses efforts pour les concilier; en cas de non-conciliation, elle statuera.

4. Ses décisions seront toujours susceptibles d'appel devant le tribunal départemental ou la section de ce tribunal dont relèvera le juge de paix, président de la commission.

L'article 443 du code de procédure civile est applicable aux formalités de l'appel; toutefois, le délai dans lequel celui-ci devra être interjeté sera d'un mois.

5. Le pourvoi en cassation ne pourra être formé que pour violation de la présente loi.

ART. 64. — L'employeur qui ne s'est pas conformé aux prescriptions des articles 1er, 2, 3, 37, 40 et 56 est poursuivi devant le tribunal de simple police à la requête de l'office national, départemental ou interdépartemental des assurances sociales, de la caisse générale de garantie ou du ministre du travail. Il est passible d'une amende de 5 à 15 fr. prononcée par le tribunal, sans préjudice de la condamnation par le même jugement au payement de la somme représentant les contributions dont le versement lui incombait, lesquelles seront portées au compte de l'assuré par sa caisse départementale d'assurance. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans des conditions contraires aux prescriptions des articles 1er et 2, sans que le total des amendes puisse dépasser 500 fr.

2. En cas de récidive, le contrevenant sera poursuivi devant le tribunal correctionnel et puni d'une amende de 16 à 100 fr.

3. Il y a récidive lorsque, dans les douze mois antérieurs au fait poursuivi, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une contravention identique.

4. Le tribunal peut, en outre, dans ce cas, prononcer pour une durée de six mois à cinq ans :

a. Son inéligibilité aux chambres de commerce, aux tribunaux de commerce, aux conseils de prud'hommes;

b. Son incapacité à participer aux organes de l'administration publique chargée de la représentation officielle des intérêts industriels, commerciaux et agricoles.

5. Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désignera et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 200 fr.

6. En cas de pluralité de contraventions entraînant les peines de la récidive, l'amende est appliquée autant de fois qu'on a relevé de nouvelles contraventions. Toutefois, le total des amendes ne peut dépasser 3.000 fr.

7. L'article 463 du code pénal est applicable, ainsi qu'aux sanctions prévues par les articles 65, 66 et 67.

ART. 65. — 1. Est passible d'une amende de 16 à 500 fr. quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

2. Les employeurs sont tenus de recevoir à toute époque les inspecteurs mandatés par l'office national, les caisses départementales, la caisse générale de garantie et les fonctionnaires du contrôle général du ministère du travail, pour vérifier, dans les conditions qui seront déterminées par le règlement général d'administration publique, l'affiliation de leur personnel aux assurances sociales et le montant des salaires payés par eux.

3. Les oppositions ou obstacles à ces visites ou inspections

seront passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail pour l'inspection du travail.

ART. 66. — Sont passibles d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de 6 jours à 2 mois :

1° Les administrateurs, directeurs, agents de toutes sociétés ou institutions recevant, sans avoir été dûment agréés ou autorisés à cet effet, les versements visés par la présente loi ;

2° Les administrateurs, directeurs ou agents de tous les organismes d'assurance reconnus par la loi, en cas de fraude ou de fausse déclaration dans l'encaissement ou dans la gestion, le tout sans préjudice du retrait des autorisations ou agréments prévus à l'article 27, et sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

ART. 67. — 1. Sera puni d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des caisses d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.

2. Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 200 fr.

3. Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

ART. 68. — 1. Un office national des assurances sociales est chargé de l'application de la présente loi ; des offices départementaux et interdépartementaux concourent à cette application. Ces offices constituent des établissements publics et fonctionnent sous le contrôle de l'Etat dans les conditions de la présente loi. La direction actuelle des retraites et des assurances sociales sera, dans les douze mois qui suivront la promulgation de la présente loi, transformée en direction générale de l'office national des assurances sociales.

2. Le contrôle général de l'application de la présente loi est confié au service actuel de contrôle des retraites fonctionnant auprès du ministre du Travail.

3. L'office national et les offices départementaux et interdépartementaux sont administrés par un conseil d'administration dans les conditions suivantes :

Le conseil d'administration de l'office national est constitué par la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales prévu à l'article 72 et présidé par le ministre du Travail.

Ce conseil délibère sur les dispositions relatives à l'organisation du service des assurances sociales et sur les mesures propres à assurer l'application de la loi. Il établit les comptes relatifs au fonctionnement des assurances sociales et la statistique propre à l'évaluation des risques assurés en vertu de la présente loi, dont il résume les résultats dans un rapport annuel qui rend compte de l'application générale de la loi.

Ce rapport est adressé au Président de la République. Il est publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres.

4. Le conseil d'administration de chaque office comprend au moins quatre représentants des assurés, trois représentants des employeurs, deux praticiens, dont un médecin et un pharmacien, élus les uns et les autres par les membres des conseils d'administration des caisses, ainsi qu'un représentant du ministre du Travail et un représentant du ministre des Finances.

Le directeur général de l'office national et les directeurs sont nommés par décret sur la proposition du ministre du Travail. Le personnel de direction des offices départementaux et interdépartementaux est nommé par arrêté du ministre du Travail sur présentation de l'office national dans les conditions déterminées par le règlement général d'administration publique qui fixera les règles de recrutement, après concours préalable à toute admission.

5. Les offices départementaux et interdépartementaux assurent l'application de la loi et, notamment, l'immatriculation et la radiation des assurés ainsi que la délivrance des cartes individuelles d'assurances sociales. Ils reçoivent les déclarations d'affiliation, bordereaux et pièces de versements des contributions remis ou adressés par les employeurs et les transmettent après vérification aux organismes intéressés. Ils contrôlent le recouvrement et provoquent le créditement par la caisse des dépôts et consignations, des sommes revenant aux diverses caisses d'assurances et à la caisse générale de garantie. Ils établissent la liste sur laquelle sont choisis les membres de la commission de conciliation prévue à l'article 63. Ils surveillent l'emploi des dépenses imputables sur le fonds de majoration et de solidarité.

6. Les frais de fonctionnement des divers services et caisses qui concourent à l'application de la loi sont, dans la limite maximum de 5 p. 100 du montant total de toutes les cotisations, supportés par le fonds de majoration et de solidarité.

ART. 69. — 1. Il est créé pour l'application de la présente loi un fonds de majoration et de solidarité et un fonds de garantie et de compensation.

2. Le fonds de majoration et de solidarité est destiné à assurer le minimum légal des pensions d'invalidité et de vieillesse des caisses d'assurances, le remboursement des charges de famille et des dépenses pour la liquidation de la loi des retraites dans les conditions fixées par la présente loi, et à faire face aux dépenses de toute nature d'administration et de gestion de tous les organismes.

3. Il participe, dans la mesure de ses disponibilités et suivant un pourcentage à fixer annuellement par décret, aux dépenses résultant pour les assurés obligatoires : de la majoration du demi-salaire prévue à l'article 5; des versements effectués en vertu de l'article 5, paragraphe 4, par les caisses d'assurances aux lieu et place des assurés bénéficiaires de l'assurance-maladie; de la majoration des rentes d'invalidité prévue à l'article 10, paragraphe 5; de la majoration des pensions de vieillesse prévue à l'article 15, paragraphe 2; des frais médicaux et pharmaceutiques à prévoir en faveur des pensionnés depuis plus de cinq ans pour invalidité et des retraités des assurances sociales.

4. Il majore les prestations des assurés facultatifs dans les conditions de l'article 41.

5. Il est alimenté :

1° Par un prélèvement effectué sur toutes les cotisations d'assurés obligatoires et facultatifs, destiné notamment à lui permettre de faire face aux frais de gestion et aux charges de famille et dont la quotité sera fixée chaque année par décret;

2° Par les contributions de l'Etat dont le montant sera égal au crédit ouvert par la loi de finances de l'exercice 1926, au budget du ministère du travail, au titre des retraites ouvrière;

3° Par un prélèvement : *a.* sur les cotisations affectées à l'assurance-vieillesse, égal au moins à 1,25 p. 100 et au plus à 2 p. 100 du salaire pour les assurés âgés de moins de trente ans et dont le produit est affecté à la garantie du minimum de pensions; *b.* sur la cotisation affectée à l'assurance-décès et destinée à garantir le minimum fixé par l'article 19 paragraphe 2; la quotité des prélèvements prévus au présent paragraphe sera fixée annuellement par décret;

4° Par le produit des amendes visées aux articles 64 à 67;

5° Par la portion non employée annuellement du revenu visé à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1895;

6° Par les arrérages atteints par la prescription quinquennale et par les capitaux réservés non remboursés aux ayants droit des assurés décédés depuis plus de cinq ans;

7° Par les contributions patronales dues en vertu de l'article 3 et par les contributions patronale et ouvrière afférentes aux salariés étrangers n'ayant pas en France de résidence réelle et permanente;

8° Par l'affectation pendant la première année d'affiliation de tout assuré, de la fraction de cotisation destinée à la garantie du risque invalidité (pension et soins);

9° Par les versements provenant des excédents d'actif des caisses d'assurances en vertu de l'article 45;

10° Par le versement annuel opéré par l'Etat, les départements et communes et représentant la moitié des économies réalisées par eux, du fait de l'application des assurances sociales, sur la moyenne des crédits inscrits pour faire face aux dépenses d'assistance pendant les cinq dernières années précédant celle ou la présente loi entre en application. Les dépenses nouvelles, que ces collectivités engageront pour l'assistance n'entreront pas en compte pour la fixation du montant desdites économies. Le règlement général d'administration publique déterminera les bases d'après lesquelles seront décomptées ces économies et les modalités de recouvrement de la contribution des départements et des communes et du montant de la part de l'Etat;

11° Par les sommes à provenir de l'actif du fonds de réserve dont le transfert est prévu à l'article 46;

12° Par un prélèvement de 10 p. 100 sur les cotisations affectées aux assurances décès, invalidité, vieillesse des assurés facultatifs, en vertu des dispositions de l'article 41, paragraphe 1er; pour les femmes d'assurés non salariées visées au paragraphe 4 de l'article 43, ce prélèvement sera fixé à 20 fr. par an;

13° Par les ressources à provenir de l'application des dispositions prévues par l'article 23 pour la garantie contre le chômage et pour faire face à ses dépenses de fonctionnement, lesquelles doivent être complètement distinctes de celles afférentes à la garantie des autres risques;

14° Par les affectations spéciales suivantes :

Sur la part de la redevance supplémentaire des bénéfices de la Banque de France, attribuée au Trésor, conformément à la loi du 19 décembre 1926 (art. 66, § 5), et sur la part attribuée à l'Etat sur le produit des jeux par application de l'article 14 de la loi de finances du 19 décembre 1926. Le montant de cette double affectation sera fixé annuellement par la loi de finances sans que le montant puisse dépasser 5 millions;

15° Par les recettes diverses affectées audit fonds, notamment par les articles 33, 41 et 47;

16° Par les dons et legs qui peuvent être faits avec affectation audit fonds.

ART. 70. — Le fonds de garantie et de compensation est destiné à couvrir éventuellement les insuffisances annuelles de recettes des caisses d'assurances et à parer à leur insolvabilité. Il est alimenté : 1° par un versement de 2 p. 1.000 de toutes les cotisations reçues par les caisses d'assurances; ce taux pourra être abaissé ultérieurement par décret et lorsque l'avoir dudit fonds atteindra la somme de 20 millions; 2° par les versements prévus aux articles 32 et 33.

ART. 71. — 1. Le fonds de majoration et de solidarité et le fonds de garantie et de compensation sont gérés par la caisse générale de garantie créée par la présente loi et organisée dans les douze mois qui suivront la promulgation. Cette caisse relève du ministre du travail; elle jouit de la personnalité civile et de l'autonomie financière et est représentée en justice par son directeur général nommé par décret rendu sur la proposition du ministre du travail.

2. Elle est administrée par un conseil composé de 18 membres, dont les deux tiers de représentants des conseils d'administration des caisses départementales et primaires, élus dans les conditions déterminées par le règlement général d'administration publique, l'autre tiers désigné à raison de deux membres par le conseil supérieur des assurances sociales, de deux membres par le ministre du travail et de deux membres par le ministre des finances. Ce même règlement fixera le fonctionnement administratif et financier de la caisse générale de garantie dont les frais seront prélevés sur le fonds de majoration et de solidarité et le fonds de garantie et de compensation.

3. Les dispositions des articles 29, 30, 31, relatifs au contrôle de l'Etat, à la gestion, ainsi qu'au placement des fonds sont applicables à la caisse générale de garantie.

ART. 72. — Il est formé, auprès du ministre du Travail et sous sa présidence, un conseil supérieur des assurances sociales, chargé de l'examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi. Il donne notamment son avis sur tous les projets et propositions de lois et de règlements relatives aux assurances sociales.

Ce conseil est composé de :

2 sénateurs et 3 députés, élus par leurs collègués.

3 maires et deux conseillers généraux désignés par le ministre de l'intérieur.

2 conseillers d'Etat élus par le conseil d'Etat.

1 délégué du conseil supérieur de l'Assistance publique désigné par le conseil.

2 délégués du conseil supérieur du travail, dont un élu par les conseillers patrons et un par les conseillers ouvriers.

2 délégués du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, élus par le conseil.

2 membres choisis par le conseil supérieur du commerce et de l'industrie, un parmi les patrons, un parmi les salariés.

2 membres désignés par le conseil supérieur de la coopération, un désigné par la section de consommation, un désigné par la section de production.

2 membres choisis par le conseil supérieur de l'agriculture, un parmi les patrons, un parmi les ouvriers ou employés d'exploitations agricoles.

1 délégué de la commission supérieure de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, désigné par cette commission.

2 représentants élus par les membres du conseil d'administration des caisses de réassurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900.

3 directeurs ou administrateurs des caisses départementales nommés par les membres des conseils d'administration de ces caisses.

3 directeurs ou administrateurs des caisses primaires nommés par les membres des conseils d'administration de ces caisses.

4 assurés élus par les membres des conseils d'administration des caisses départementales.

4 assurés élus par les membres des conseils d'administration des caisses primaires.

3 personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance ou de prévoyance sociales, de chômage, nommées par le ministre du travail.

4 délégués des groupements professionnels, dont 3 médecins et 1 pharmacien désignés par les unions nationales de leurs syndicats.

2 représentants élus par les membree des commissions paritaires des offices de placement, dont un assuré et un employeur.

4 directeurs ou administrateurs des offices élus par les membres des conseils d'administration de ces offices.

Ces membres sont nommés pour quatre ans.

Font partie de droit du conseil :

Le chef du service de l'inspection générale des finances.

Le directeur de la comptabilité publique.

Le directeur du budget et du contrôle financier.

Le directeur du mouvement général des fonds.

Le directeur général et les directeurs de l'office national des assurances sociales.

Le chef du service du contrôle général du ministère du travail.

Le directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère du travail.

Le directeur du travail au ministère du travail.

Le directeur des affaires départementales et communales au ministère de l'intérieur.

Le directeur général de la caisse générale de garantie.

Le directeur général de la caisse nationale du crédit agricole.

Il élit dans son sein une section permanente composée de :

1° Dix des membres élus au conseil supérieur des assurances sociales à titre de salariés, d'assurés, de représentants des caisses et des offices choisis par ceux-ci;

2° Un sénateur, un député, un conseiller d'Etat, un employeur, un exploitant agricole, un représentant des sociétés de secours mutuels, un représentant des mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900, un représentant des caisses spéciales visées à l'article 24, un technicien des questions

d'assurance, trois représentants des syndicats professionnels de praticiens dont deux médecins ;

3° Des membres de droit suivants :

Le directeur général et les directeurs de l'office national des assurances sociales.

Le chef du service du contrôle général du ministère du travail.

Le directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Le directeur du budget et du contrôle financier.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Le directeur général de la caisse générale de garantie.

Le directeur général de la caisse nationale du crédit agricole.

La section permanente constitue le conseil d'administration de l'office national des assurances sociales. Elle donne, en outre, son avis sur les questions qui lui sont renvoyées, soit par le conseil supérieur, soit par le ministre du travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : technique et financière, administrative et de garantie contre le chômage, juridique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-section comprendra au moins deux médecins.

Le conseil élit ses deux vice-présidents.

Il se réunit au moins une fois par semestre

ART. 73. — 1. Au cours du douzième mois qui suivra la promulgation de la présente loi, un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre du Travail et des ministres intéressés, après consultation des organisations en cause, déterminera toutes les dispositions nécessaires à son application, laquelle entrera en vigueur dix mois après la publication de ce règlement au *Journal officiel*.

2. La présente loi ne sera applicable à l'Algérie et aux colonies que lorsque seront intervenus des règlements d'administration publique déterminant les conditions dans lesquelles son application pourra avoir lieu

ART. 74. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 5 avril 1928.

GASTON DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre des Finances,

RAYMOND POINCARÉ.

Le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

ANDRÉ FALLIÈRES.

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,

LOUIS BARTHOU.

CHRONIQUE

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES

C'est à la salle des thèses de la Faculté de médecine de Paris que s'est tenue le 1er avril l'assemblée générale ordinaire de l'Association.

Après la lecture des procès-verbaux et rapports statutaires, M. Billoret, président, a résumé les travaux de l'Association au cours de l'année écoulée en vue de réunir l'art dentaire à la médecine, avec les grandes spécialités.

Il a surtout insisté sur les événements de ces dernières semaines et a donné connaissance du protocole suivant, adopté par des personnalités des différents partis professionnels, sous l'autorité de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique :

Paris, le 2 mars 1928.

« I. A dater du 1er octobre 1932, il ne sera plus délivré d'inscription en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste et les personnes désirant exercer cette spécialité devront, comme pour les autres spécialités, s'inscrire dans les facultés de médecine en vue du doctorat d'Etat.

II. Le ministre demande l'union des personnes exerçant ou des organisations représentant l'art dentaire pour établir les réformes destinées à compléter le doctorat en médecine par un certificat de spécialité, comme il est demandé pour toutes les spécialités.

III. Il se déclare décidé à sauvegarder les intérêts des praticiens actuellement en exercice ou en formation par les mesures transitoires les plus larges, c'est-à-dire en assurant à ce personnel l'option entre le *statu quo*, une accession facilitée au doctorat d'Etat et un titre spécial délivrée pendant la période de transition.

IV. Il sera pris des mesures pour sauvegarder les œuvres de préparation technique actuellement existantes. »

Signé : HERRIOT.

Dr TELLIER, MARQUET, député; Justin GODARD, sénateur; Drs FARGIN-FAYOLLE, BILLORET, CAYREL, député.

L'assemblée s'est séparée après avoir fixé son avis sur la période transitoire, et réélu la moitié de son conseil d'administration. L'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité des voix, sans abstention.

« *L'association française des chirurgiens-dentistes*, réunie en assemblée générale le 1er avril 1928, à la Faculté de médecine de Paris, après avoir entendu la lecture d'un texte (1) susceptible de servir de base à un accord avec nos confrères stomatologistes, d'une part, avec nos confrères odontologistes, d'autre part;

Approuve les termes des quatre paragraphes ;

Les déclare solidaires ;

Et donne pleins pouvoirs à son Conseil d'administration pour réaliser l'ensemble ;

Adresse son salut confraternel à MM. Marquet et Cayrel, députés de la Gironde, ainsi qu'aux auditeurs du banquet odontologique qui ont applaudi à leurs déclarations et, confiante dans la sagesse de tous pour qu'une collaboration sans détours établisse à bref délai le statut de notre spécialité médicale ;

Passe à l'ordre du jour. »

Le secrétaire général : P. ARNOLD.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. — Le cours de radio-diagnostic médical de la tuberculose et des maladies de l'appareil respiratoire, dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement, commencera le lundi 23 avril, à 9 h. du matin, et se terminera le samedi 28, à 6 h. du soir.

LEÇONS PRATIQUES D'ENDOSCOPIE URINAIRE. — Des leçons pratiques d'endoscopie urinaire (urétroscopies, cystoscopies, cathétérismes de l'uretère) seront faites du 7 au 19 mai, dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, sous la direction de M. Maurice Chevassu, par MM. Bayle, Gautier et Lazard.

Il y aura deux leçons par jour : une à 11 h. (urétroscopies) et l'autre à 14 h. (cystoscopies et cathétérismes de l'uretère).

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments d'explorations urologiques.

Leur nombre est limité à 10.

Le prix des 22 leçons est de 1.000 fr.

S'inscrire dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin.

(1) Il s'agit du protocole ci-dessus.

NOTES POUR L'INTERNAT

OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DEFINITION

L'occlusion intestinale est un syndrome caractérisé par l'arrêt de la circulation des matières et des gaz dans l'intestin. Elle nécessite un diagnostic précoce suivi d'un traitement chirurgical d'urgence qui seul peut sauver le malade.

MECANISME

Il en existe plusieurs variétés :

1. L'OCCLUSION MÉCANIQUE PAR STRANGULATION due, par exemple, à une bride ou à un volvulus. Cette variété est caractérisée par le fait que, en plus de la circulation des matières, la circulation sanguine de l'anse occluse est arrêtée et le sphacèle est à craindre. Une simple dérivation des matières serait insuffisante.

2. L'OCCLUSION MÉCANIQUE PAR OBSTRUCTION due à un rétrécissement des parois de l'intestin ou à un obstacle intérieur. Seule la circulation des matières est arrêtée.

3. L'OCCLUSION DYNAMIQUE par spasme est rare. L'*occlusion paralytique* accompagne en général les péritonites aiguës.

ETUDE CLINIQUE

Type de description : occlusion aiguë du grêle par strangulation dans une bride ou par hernie interne.

Elle évolue schématiquement en deux stades :

Un stade de début *où il faut faire le diagnostic* et opérer. L'état général est encore bon.

Un stade d'occlusion confirmée *qui survient vite*, dans lequel les malades sont trop souvent amenés à l'hôpital. Le pronostic opératoire est considérablement assombri par la stercorémie.

I. Début. — Il est *brusque*. Une *douleur* vive accompagnée de vomissements et parfois d'un état syncopal.

Dans les heures suivantes :

Signes fonctionnels. — a. *Douleur.* — Elle est continue, vive, mais présente des exacerbations spontanément ou à la moindre tentative d'examen.

Il est important de préciser son siège au début. Le plus souvent elle est *péri-ombilicale*, mais ne tarde pas à irradier à tout l'abdomen.

b. *Les vomissements* accompagnent la douleur. Ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux.

c. *Il est encore trop tôt pour constater l'arrêt* des matières et des gaz, parfois même une selle évacue le segment inférieur de l'intestin.

Signes physiques. — *Inspection.* — Pas de ballonnement. Parfois une voussure localisée.

Palpation. — Le ventre est *souple*. Parfois un peu de résistance mais jamais de contracture généralisée, jamais de ventre de bois. On trouve en outre :

1. *Une douleur fixe profonde* en une région assez bien limitée, exagérée par la pression.

2. *Une distension localisée* (signe de von Wahl) qui siège le plus souvent dans la région ombilicale. Elle est tympanique à la percussion.

Il n'y a pas de mouvements péristaltiques, sauf peut-être tout au début.

Signes généraux. — *Pouls bon* bien frappé.

Température normale.

Un peu d'anxiété.

C'est le moment de choix pour opérer, mais très souvent le malade n'est vu que vingt-quatre ou quarante-huit heures après le début des accidents ; il est déjà en occlusion confirmée.

II. Stade d'occlusion confirmée. — **Signes fonctionnels.** — *Douleur* diffusée, un peu atténuée, avec encore quelques coliques paroxystiques.

Vomissements bilieux, puis porracés.

Arrêt des matières et des gaz absolu. Signe capital. Il faut préciser avec soin depuis combien de temps.

Signes physiques. — Le ventre est considérablement *ballonné*, parfois globuleux. Il pointe en avant.

Il est *tympanique* à la percussion et la matité hépatique a disparu.

Dans certains cas, il y a un *peu de matité déclive* due à un épanchement péritonéal.

Toucher rectal. — Rien dans l'ampoule rectale.

Signes généraux. — *Signes de stercorémie.* — Faciès terreux intoxiqué.

Pouls petit, rapide, mal frappé. C'est lui qui mesure la résistance du malade et le degré de l'intoxication.

Température normale.

Dyspnée toxique.

Urines rares ou anurie.

ÉVOLUTION. — 1. *Si on intervient.* — La guérison peut encore survenir et dépend :

Du moment de l'intervention ;

Mais aussi de la variété d'occlusion.

La mort est à craindre :

Par *broncho-pneumonie* très fréquente, ou par stercorémie.

2. *Si on n'est pas intervenu* :

La mort est fatale.

L'abdomen est ballonné.

La douleur est diminuée.

C'est le moment où l'on peut voir survenir des *vomissements fécaloïdes.* Ils sont en effet extrêmement *tardifs*, manquent parfois et annoncent à peu près toujours une évolution fatale.

Le *pouls* devient incomptable.

La mort survient par syncope ou collapsus.

Une *péritonite par sphacèle* intestinale peut avoir le temps de se produire au cours de la période terminale. Elle passe le plus souvent inaperçue.

FORMES CLINIQUES

I. Les occlusions par strangulation. — Leurs causes les plus fréquentes sont :

a. LES HERNIES INTERNES (hiatus de Winslow. Fossettes duodénales). Leur débridement est difficile. Elles réalisent souvent *une occlusion haute* du grêle avec peu de ballonnement du ventre et intoxication suraiguë.

b. LE VOLVULUS DU GRÊLE. — *Soit total* avec énorme ballonnement et sensation de fausse ascite, toujours très grave.

Soit partiel de meilleur pronostic.

c. LES OCCLUSIONS PAR BRIDES soit de péritonite tuberculeuse soit surtout *brides post-opératoires* (appendicite à chaud). Elles réalisent l'occlusion typique.

d. LES OCCLUSIONS PAR DIVERTICULE DE MECKEL. — Les phénomènes de *diverticulite* s'y surajoutent fréquemment. Il y a de la fièvre. Le pronostic est grave.

e. L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUË est une forme spéciale au nourrisson. Aux signes d'occlusion s'ajoute l'*émission de sang par l'anus* qui rend le syndrome caractéristique.

f. LE VOLVULUS DU COLON PELVIEN survient chez l'adulte et le vieillard. Il est précédé d'une longue phase de *constipation* et de volvulus partiels. Le ballonnement est asymétrique.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René Vincent

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de pharmacien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. David, Charronnat, Cousin, Fabre, Guillot, Bach et Couroux.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Lecture des copies.* — Séance du 16 avril. — MM. Lévy, 25; Abonneau, 22; Baldy, 21.

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — Certains journaux ont annoncé dernièrement que le sanatorium des étudiants, en construction sur le plateau des Petites Roches dans l'Isère, avait été détruit par un incendie.

Le Comité d'organisation, 1, rue Pierre-Curie, à Paris, nous prie de démentir cette nouvelle sans fondement.

POLICE SANITAIRE MARITIME. — Le *Journal officiel* du 17 avril publie un arrêté du ministre de la Marine autorisant les navires de guerre arrivant dans un port de France à remplacer l'opération obligatoire de la « reconnaissance » et éventuellement de l' « arraisonnement » par une déclaration transmise par T S F à l'autorité sanitaire du port d'arrivée.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue aura lieu le mardi 24 avril 1928, à 17 h., à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Fallières, ministre du Travail. Une causerie sera faite par M. Henri Robert, de l'Académie française.

SALON DES MÉDECINS. — Le IXe Salon des médecins sera ouvert du 22 avril, à 2 h., au 30 avril, tous les jours, de 10 h. à 12 h. et de 2 h. à 6 h., au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain.

RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY (1928). — En raison du succès remporté par les trois Réunions de 1927, et pour répondre au désir exprimé par tous ceux qui s'étaient rendus l'an dernier à son appel, la Faculté de médecine de Nancy a décidé d'organiser, en 1928, deux Réunions médicales au cours desquelles seront exposées des questions d'actualité. Le choix du dimanche ayant paru s'imposer, les dates choisies sont le 6 mai et le 17 juin. La conférence de la Défense sociale contre la syphilis ayant lieu à Nancy les 29, 30 et 31 mai, et de nombreux médecins de la région s'étant fait inscrire, il a paru inutile de prévoir une troisième réunion.

L'inscription est gratuite. — S'adresser pour renseignements au professeur Perrin, à la Faculté de médecine de Nancy.

Programme. — Première journée. — *Dimanche 6 mai 1928.* — 9 h. 30 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois. Conférence de M. le professeur agrégé Job. « Anesthésiques et médicaments ocytociques en obstétrique. »

10 h. 30 : Conférence de M. le professeur Hamant. « Diagnostic et traitement de la stérilité féminine. »

12 h. 30 : Déjeuner hôtel Thiers, place Thiers.

14 h. 30 : Conférence de M. le professeur Lambert et de M. le docteur Merklen, chargé du cours d'éducation physique. « L'éducation physique à l'Université de Nancy. Projections cinématographiques. »

15 h. 30 : Conférence de M. le professeur Castaigne. « Les formes de lithiase biliaire que le praticien doit faire opérer. »

Deuxième journée. — *Dimanche 17 juin 1928.* — 9 h. 30 : Réunion à l'Asile de Maréville (terminus du tramway de la forêt de Haye). Conférence de M. le docteur Lalanne. « Que penser de la démence précoce? » Présentation de malades par le docteur Lalanne et par les médecins de Maréville. Visite du laboratoire de recherches et de l'Asile.

12 h. 30 : Déjeuner, hôtel Thiers, place Thiers.

14 h. 30 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois. Conférence de M. le professeur agrégé Caussade. « Les nouveaux traitements des broncho-pneumonies infantiles. »

15 h. 30 : Conférence de M. le professeur Marcel Labbé. « Les traitements du diabète. »

Conférence de la défense sociale contre la syphilis. — Le Comité d'organisation rappelle à MM. les médecins praticiens que cette conférence de langue française organisée par

la Ligue nationale française contre le péril vénérien, avec le concours de la section antivénérienne de l'Office départemental d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, aura lieu à Nancy les 29, 30 et 31 mai 1928, après les fêtes de la Pentecôte.

L'ordre du jour comprend les seules questions suivantes :

1° Le bilan de la syphilis; 2° l'éducation publique; 3° le dispensaire antisyphilitique; 4° organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire.

Une exposition sera organisée au cours de la conférence, dans les galeries Poirel, et comprendra trois sections :

1° Histoire de la syphilis; 2° documentation; 3° industrie (chimiothérapie, instrumentation, matériel de laboratoire, photographie, librairie, etc.).

Des réceptions et des excursions seront organisées avant, pendant et après la conférence.

Les médecins qui auraient le désir de s'inscrire sont priés d'envoyer sans tarder leur adhésion à M. le docteur Spillmann, président du Comité d'organisation, Faculté de médecine, rue Lionnois, Nancy.

JOURNÉES THERMALES, CLIMATIQUES ET TOURISTIQUES DES VOSGES (LUXEUIL-LES-BAINS, 2-3 juin 1928). — Ces Journées, organisées par la Fédération thermale et climatique des Vosges, sous le haut patronage de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène, et de M. le ministre des Travaux publics, et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy, de l'Union hôtelière des Vosges, des fédérations de syndicats d'initiative et des automobiles-clubs régionaux, auront lieu à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône), les samedi 2 et dimanche 3 juin 1928, sous la présidence de M. le professeur Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

Leur programme scientifique portera sur trois questions qui seront l'objet des rapports suivants :

I. *Gynécologie*. — 1° « Les rétroversions du postpartum et leur traitement », par le professeur Fruhinsholz (de Nancy).

2° « Les névralgies pelviennes et leur traitement », par le professeur Cotte (de Lyon).

3° « Les eaux minérales radio-actives en gynécologie », par le professeur Piéry (de Lyon).

II. *Pathologie gastro-intestinale*. — 4° « Les entéro-névrites et leur traitement », par le professeur Loeper (de Paris).

5° « L'anachlorhydrie et son traitement », par le professeur Merklen (de Strasbourg).

III. *Maladies des artères*. — 6° « Le cœur périphérique », par le professeur Etienne (de Nancy).

Une fête au casino, un grand banquet officiel, un rallye automobile, d'intéressantes excursions, etc., augmenteront l'éclat de cette manifestation.

La cotisation est fixée à 20 fr. pour nos confrères, 10 fr. pour les personnes qui les accompagneront (femmes et enfants) ; l'inscription est gratuite pour les étudiants.

Ceux qui désireraient prendre part à la discussion d'une des questions portées à l'ordre du jour sont priés de se faire inscrire dès maintenant.

Adresser les adhésions, demandes de renseignements, etc., au secrétaire général, M. le docteur L.-M. Pierra, 14, rue des Thermes, Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône); prière d'établir les chèques et mandats au nom de M. Jean Pattegay, trésorier du Comité d'organisation.

LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LE RHUMATISME. — COMITÉ FRANÇAIS. — Dernièrement a eu lieu à la Salpêtrière, dans l'Ecole des infirmières, la première réunion de la Ligue française contre le rhumatisme, section française de la Ligue internationale contre le rhumatisme.

La réunion organisée à l'instigation du docteur van Breemen (d'Amsterdam), secrétaire de la Ligue internationale contre le rhumatisme et fondateur de celle-ci, et du docteur H. Forestier, avait groupé les principales personnalités médicales de Paris et de province, qui avaient répondu à l'appel des organisateurs.

Le Comité a été ainsi formé :

Comité d'honneur : docteur Fernand Merlin, sénateur; M. Georges Risler, directeur du Musée social; professeur Pierre Marie.

Comité exécutif : président, professeur Marcel Labbé; vice-présidents : professeurs Sicard, Etienne (de Nancy), docteur Laignel-Lavastine; secrétaire général : docteur H. Forestier; secrétaire adjoint : docteur Jacques Forestier, 15, rue d'Anjou, Paris (VIIIe).

Membres du Comité : Paris : professeurs Carnot, Bezançon, Guillain, Rathery, Villaret, docteurs A. Léri, Thiroloix, Crouzon, M.-P. Weil et Léopold Lévi; Lyon : professeurs Piéry, Mouriquand, Paviot, Pic; Montpellier : professeur Rimbaud; Bordeaux : professeurs Sellier et Creyx; Nancy : professeur Perrin; Strasbourg : professeur P. Merklen; Rouen : professeur Dévé; Lille : professeur Carrière.

Conformément aux directives de la Ligue internationale, la section française s'attachera à envisager le problème du rhumatisme sous ses différents aspects et notamment au point de vue social. En effet, il est vraisemblable, bien que les documents officiels manquent en France, que l'invalidité causée par les diverses formes de cette maladie est une cause de dépenses considérables pour le pays. Les recherches faites dans ce sens dans d'autres pays ont révélé que, contre toute attente, les dommages faits à la santé publique par les affections rhumatismales approchaient ou dépassaient même ceux causés par la tuberculose.

La Ligue organisera en même temps une section scientifique avec le but de coordonner les efforts des chercheurs en France et dans les pays étrangers afin de perfectionner nos connaissances sur les causes, la prévention et le traitement de ces maladies.

Des Ligues semblables, affiliées à la Ligue internationale, ont été créées dans divers pays d'Europe dans le cours des dernières années et notamment en Angleterre, en Allemagne, en Autriche et en Hongrie.

Au cours de cette réunion, le docteur Mathieu-Pierre Weil, professeur agrégé, a été choisi comme délégué pour représenter la Ligue française contre le rhumatisme au Congrès de la Ligue anglaise contre le rhumatisme qui se tiendra au mois de mai à Bath.

VIIIe CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE MÉDICALE (FLORENCE, 14, 15 et 16 mai 1928.) — Sous le haut patronage du chef du gouvernement S. E. Benito Mussolini et la présidence du professeur Luigi Siciliano s'ouvrira à Florence, le 14 mai, le VIIIe Congrès italien de radiologie médicale. Une exposition sera annexée au Congrès.

Des excursions seront organisées à Fiesale, San Gimignano, Sienne et Montecatini.

S'inscrire sans retard auprès du secrétaire du Congrès docteur Manlio Gembillo, Instituto di Radiologia della R. Universita, via degli Alfani, n° 33, Firenze.

LEÇONS SUR LE DIABÈTE. — M. le professeur F. Rathery ne commencera ses leçons du dimanche matin, à l'Hôtel-Dieu, sur le diabète, que le 29 avril, à 10 h. 30.

REVUE GÉNÉRALE

STOMATITES ULCÉRO-MEMBRANEUSES

(NOTAMMENT STOMATITE MERCURIELLE ET BISMUTHIQUE) [1]

Par Ch. RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Diagnostic étiologique. — Après avoir étudié la stomatite ulcéro-membraneuse en général, il convient maintenant de voir quelle physionomie, elle acquiert suivant ses différentes causes.

Ainsi, nous abordons l'étude des formes étiologiques que nous avons divisées en :

A. Stomatites toxiques;
B. Stomatites de cause générale;
C. Stomatites de cause locale.

Mais nous avons donné une place prépondérante aux stomatites mercurielles et bismuthiques, étant donné leur fréquence et l'intérêt qu'elles ont pour le praticien.

A. Stomatites toxiques.

1. **Stomatite mercurielle.** — Son histoire pathogénique a évolué parallèlement aux idées générales.

1. **Théorie toxique.** — Elle a longtemps dominé la question. Pour les classiques, le mercure éliminé par la salive provoque une irritation locale qui engendre la stomatite. Le mercure agit directement par sa présence dans la salive.

Mais l'élimination du mercure qui se fait en quantité toujours minime n'est pas suffisante pour provoquer de pareils désordres. Il n'y a pas de lésions secondaires toxiques, pas de parotidite, et pas de stomatite si le malade est édenté.

Le traitement de la stomatite mercurielle peut se faire à l'aide de bains de bouche avec des solutions faibles de sublimé.

Enfin, le ptyalisme n'en est pas fonction, mais il est secondaire à la gingivite. Bessessen croit cependant que le mercure forme probablement avec l'hémoglobine du sang un composé, déterminant une diminution de cette hémoglobine, une réduction du nombre des hématies et une hyperémie de la moelle osseuse. Cette diminution des globules rouges entraîne une réduction de l'oxygène et une augmentation de l'acide lactique dans le sang; il en résulte une irritation du système sympathique amenant une asphyxie progressive, qui se traduit par des altérations vasculaires, de la salivation et de la glycosurie.

2. **Théorie infectieuse.** — L'aspect identique des lésions nécrotiques de la stomatite mercurielle et de la stomatite ulcéro-membraneuse, leurs caractères bactériologiques et histologiques communs permettent de penser que la stomatite mercurielle est de nature infectieuse et fuso-spirillaire.

Nous nous sommes déjà expliqués sur les discussions concernant la spécificité ou la non spécificité de l'association fuso-spirillaire (théorie uniciste ou théorie polymicrobienne).

3. **Théorie toxi-infectieuse.** — En réalité, la maladie est infectieuse; mais il faut l'administration du mercure pour la déclancher. Il s'agit donc d'une maladie toxi-infectieuse.

De quelle manière le mercure perturbe-t-il l'équilibre buccal pour permettre aux microbes de pulluler?

La première théorie consiste à admettre que le mercure lèse les vaisseaux du derme; la muqueuse ischémiée est dès lors un terrain propice au développement du fuso-spirille. Pour Almkvist, la lésion serait due au dépôt de sulfure de mercure dans les cellules endothéliales des capillaires. Pou Letulle, il s'agirait d'une véritable endartérite oblitérante.

La deuxième théorie envisage, au contraire, la possibilité d'une adultération de l'épithélium lui-même. Pour Bockart, le mercure contenu dans la salive empêche la régénération de l'épithélium buccal qui normalement tombe et desquamme à chaque repas pendant la mastication. La barrière épithéliale est ainsi rompue et la phagocytose troublée.

Dernière hypothèse, il y aurait diminution de la puissance phagocytaire des leucocytes par les substances toxiques. Maurel (de Toulouse) a montré que le bichlorure de mercure à 1 p. 80.000 dans la salive influence les leucocytes; une dose de 1 p. 40.000 les rend peu actifs et une dose de 1 p. 10.000 les tue. Au contraire, les microbes de la bouche sont beaucoup plus résistants et il faut une dose de 20 à 40 fois plus forte pour les détruire dans la salive.

Les recherches expérimentales de Le Blaye lui ont permis de conclure que le mercure augmente d'une manière élective la réceptivité de l'organisme à l'égard de certains agents virulents.

Étiologie. — 1. L'intoxication mercurielle peut être professionnelle chez les mineurs, les doreurs, les argenteurs au feu, les étameurs de glace et les chapeliers.

Elle réalise *une intoxication chronique.*

2. Les empoisonnements volontaires par le mercure entrent pour un vingtième dans la proportion des suicides annuels (Tardieu) et constituent *une intoxication aiguë.* Le mercure métallique est peu toxique par lui-même. Il ne le devient qu'à l'état de division extrême (onguent napolitain) ou de vapeurs. Le sublimé est très toxique. Il peut provoquer la mort à la dose de 0g15. Il tue sûrement à la dose de 0g50. Chauffard et Milian ont montré que l'absorption d'une quantité assez minime de mercure chez des sujets ayant reçu antérieurement un traitement hydrargyrique aux doses habituelles peut être suivie d'une néphrite suraiguë.

3. Mais beaucoup plus fréquentes sont les stomatites d'origine thérapeutique; elles le sont cependant moins qu'autrefois, où l'on croyait nécessaire pour l'efficacité du traitement, d'employer des doses élevées de mercure.

Cette intoxication, *à allure subaiguë*, est plus fréquente avec :

a. les injections de sels insolubles, dont l'absorption est capricieuse et qui provoque une intoxication tardive et grave;

b. les frictions mercurielles, avec lesquelles on ne connaît pas la dose de mercure absorbé;

c. les injections intraveineuses de cyanure qui déclanchent une stomatite rapide.

La stomatite est d'autant plus à craindre que la bouche est *en plus mauvais état, que les reins et le foie fonctionnent mal*, car, dans ce cas, les glandes

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 31, p. 549.

salivaires doivent suppléer pour l'élimination du mercure à la déficience hépatique et rénale. Donc avant d'instituer un traitement mercuriel énergique, il faut soigner la bouche du malade et examiner ses urines.

Clinique. — *Nous ne devons pas oublier que la stomatite est une des manifestations de l'intoxication mercurielle* et que notre examen serait très incomplet s'il se bornait à n'étudier que les lésions buccales.

I. Intoxication d'origine thérapeutique. — *Forme légère.* — La stomatite peut revêtir une forme légère, véritable stomatite d'alarme, se traduisant uniquement par la boursouflure et le décollement des gencives soit derrière la grosse molaire (décollement rétro-molaire), soit autour d'un chicot, d'une dent cariée.

Elle peut être *médiane et inférieure*, les incisives s'entourant d'une collerette gingivale, vestibulaire, rouge, légèrement ulcérée, ou frapper tout un côté de la bouche, *c'est une hémi-stomatite*. La salivation et le goût métallique dans la bouche, accompagnent ces troubles locaux.

Forme de moyenne intensité. — Si, malgré l'avertissement donné par cette stomatite légère, le traitement mercuriel n'est pas interrompu et si le malade n'est pas soigné localement, la stomatite se généralise.

Toute la muqueuse buccale est envahie, mais l'extension ne se fait pas plus loin que l'isthme du gosier.

Les gencives sont tuméfiées, tendues, présentant des érosions, des ulcérations qui peuvent siéger également sur les languettes interdentaires et les détruire (Cruet). Ces ulcérations saignent facilement et sont douloureuses. Les dents sont déchaussées et recouvertes d'un enduit fétide. La tuméfaction s'étend à la muqueuse jugale qui est boursoufflée et garde les empreintes des arcades dentaires, la langue est augmentée de volume, douloureuse et d'une blancheur laiteuse. Il y a adénopathie péri-buccale bénigne.

La fétidité de l'haleine, la grande salivation pouvant atteindre un litre, les douleurs souvent très vives sont les trois signes fonctionnels importants de cette stomatite qui évolue sans fièvre, mais, chez un malade touché, qui est agité, et se plaint d'anorexie et d'insomnie.

L'évolution en est variable. Il y a, en effet, tous les intermédiaires entre une forme de moyenne intensité guérissant en quinze jours, trois semaines si elle est bien traitée, et les formes intenses et généralisées où tous les signes décrits précédemments sont exagérés et dont la guérison très lente demande trois ou quatre mois.

Quant à la stomatite grave, avec phagédénisme buccal et nécrose osseuse, elle n'est plus connue que par les descriptions anciennes et mérite le nom de « stomatite historique » que lui a donné Fournier.

Cependant, on peut encore en noter, de-ci, delà, quelques cas exceptionnels.

Le mode d'administration du mercure joue aussi un rôle important dans l'allure de ces stomatites. Lorsque le mercure est administré par voie buccale, la stomatite se produit lentement et reste légère. Elle peut au contraire s'installer avec brutalité à la suite de frictions. Elle est alors intense et généralisée. Celle qui est consécutive à des injections de sels insolubles, lui est assez comparable, mais elle survient tardivement, parfois longtemps après la cessation du traitement.

Milian a décrit des formes frustes :

a. La *stomatite catarrhale*, avec état saburral des voies digestives.

b. La *stomatite névralgique*, avec douleur pharyngée violente et otalgie.

c. La *stomatite du voile et des piliers*, localisation exceptionnelle.

d. Les *stomatites chroniques frustes*, avec liseré mercuriel et érosions péridentaires, chez des sujets depuis longtemps traités.

Chez tous ces malades, notre devoir est de rechercher la valeur de l'élimination rénale et de la faciliter; de vérifier le fonctionnement de l'intestin et de l'améliorer (nous savons la fréquence de la « colite » au cours des injections intraveineuses de cyanure).

Nous nous rappellerons enfin que l'*hydrargyrisme subaigu* peut encore se manifester par :

a. des érythèmes, d'aspect scarlatiniforme qui peuvent être le premier stade d'une éruption vésiculo-pustuleux.

b. de la grippe mercurielle, sous une forme asthénique ou sous une forme d'embarras gastrique fébrile avec colite (cyanure).

II. Intoxication par empoisonnement (sublimé). — Au cours de l'empoisonnement par le sublimé, toutes les raisons convergent pour léser la muqueuse buccale.

Tout au début, ce sont des lésions de *stomatite caustique*. Quarante-huit heures après l'ingestion du sublimé se produit une *stomatite mercurielle grave*. Vers le quatrième ou le cinquième jour, des signes de *stomatite azotémique* se surajoutent. Est-il donc étonnant de voir alors se produire des eschares, des hémorragies graves, des adénites, des parotides?

Cette stomatite évolue chez un malade atteint d'un syndrome digestif, caractérisé par des brûlures pharyngés, des vomissements extrêmement douloureux, une diarrhée à type dysentériforme; un syndrome rénal le plus grave et le plus fertile en éléments de pronostic.

Il existe des formes suraiguës qui tuent en deux jours; d'autres, lentes qui peuvent traîner pendant une vingtaine de jours. D'autres fois, la concentration urinaire s'élève, la guérison se produit (moins de la moitié des cas). Il est remarquable de constater que dans les cas de guérison une atteinte aussi grave du rein et de tout l'organisme peut s'accompagner d'une restitution ad intégrum; mais il peut aussi persister des séquelles : cicatrices déformantes de la région buccale, nécrose des maxillaires, et surtout néphrite chronique.

III. Intoxication professionnelle (chronique). — L'intoxication chronique est professionnelle et se traduit par une stomatite légère, l'imprégnation des dents par de fines poussières métalliques (dents

mercurielles grises de Letulle), leur chute consécutive, un liseré gingival hydrargyrique. En même temps, l'ouvrier se délibite, s'amaigrit, s'anémie, et présente des troubles nerveux sérieux (tremblement, contractures douloureuses, paralysies flasques, troubles psychiques).

La suppression du toxique, l'usage des sulfureux et des iodures suffisent le plus souvent à faire céder ces accidents.

2. **Stomatite bismuthique.** — Déjà, Dalché et Villejean, puis Balzer avaient observé des accidents provoqués par l'ingestion de sels de bismuth ou par des applications locales de bismuth. Cette question a repris un regain d'actualité depuis l'application faite par Sazerac et Levaditi, Sainton et Robert, de la médication bismuthique au traitement de la syphilis. Milian et Perin, Azoulay ont donné de la stomatite bismuthique une bonne description que nous allons suivre pas à pas :

Etiologie. — L'apparition de cette stomatite dépend en thérapeutique antisyphilitique :

a. De la nature du sel de bismuth employé : le tartro bismuthate de potassium et de sodium en solution huileuse la provoquerait plus volontiers, de même les sels solubles.

b. De la dose employée par injection et de la quantité totale de la cure.

c. Du rythme d'administration : plus les injections sont rapprochées même à doses plus faibles et plus la stomatite est à craindre.

d. De l'état de la bouche et des dents.

En pathologie gastrique, les sels insolubles de bismuth peuvent être transformés par les acides et provoquer une stomatite intense par absorption à doses massives.

Anatomie pathologique. — AVANT DE DONNER LIEU A DES PHÉNOMÈNES INFECTIEUX, LE BISMUTH PIGMENTE LA MUQUEUSE. — Le pigment siège dans l'endothélium des capillaires du plexus sous-papillaire du derme. Il n'y a aucune lésion de l'épithélium. Au niveau du derme se produit une congestion et une infiltration plasmocytaire très discrète.

Le pigment apporté par le sang, s'élimine du côté dentaire de la muqueuse et non du côté externe.

CLINIQUEMENT. — I. *Stade de pigmentation.* — La phase de stomatite est toujours précédée d'une phase de pigmentation qui apparaît le plus souvent vers la cinquième ou la sixième injection.

Cette pigmentation n'est pas homogène, lorsque l'on peut déplisser une tache, elle apparaît constituée par toute une série de points juxtaposés. Elle rétrocède vite si l'on suspend le traitement à temps; sinon elle peut persister longtemps ou s'aggraver et se compliquer de lésions inflammatoires.

Elle réalise :

a. Au *niveau des gencives, un liseré marginal,* un feston gris ardoisé autour d'un groupe de dents ou de toutes les dents, maximum autour des dents cariées et des racines. C'est la pigmentation la plus fréquente.

b. Sur *les lèvres ou la face interne des joues*, des taches ressemblant au tatouage de la muqueuse buccale des chiens.

c. Dans *le sillon gingivo-jugal inférieur*; des stries verticales.

d. Dans *la région sublinguale*, un semis punctiforme.

e. Au *niveau de la langue*, soit une coloration uniformément bleuâtre, soit des stries verticales en regard des dents.

II. *Stade de stomatite.* — Lorsque la stomatite bismutique est déclarée, elle diffère de la stomatite mercurielle par bien des caractères.

Mode de début. — « Alors que dans la stomatite mercurielle, le décollement rétro-molaire est le mode de début le plus fréquent, le moins grave; dans la gingivite bismuthique, c'est *la gingivite médiane inférieure qui est la plus fréquente et la moins grave* ». « D'autre fois, comme l'a montré Louis Fournier, la stomatite peut débuter par un cinquième mode; *la stomatite du sillon gingivo labial inférieur.* C'est un état congestif intense de la partie inférieure de la gencive, avec participation du sillon gingivo-labial et gingivo-jugal. Au lieu de sa teinte normale, on voit la muqueuse du sillon et de la partie inférieure de la gencive prendre une coloration rouge vif, les arborisations vasculaires apparaissent tungescentes; la douleur s'installe. Un peu plus tard, l'inflammation remonte jusqu'au collet des dents où la gencive peut s'abraser » (Azoulay).

Stade de la période d'état. — Que la stomatite bismuthique reste *partielle* ou qu'elle se *généralise* dans une *forme de moyenne intensité*, elle se reconnaît facilement aux caractères suivants :

1° Du *point de vue fonctionnel : pas de salivation, pas de fétidité de l'haleine;* des phénomènes douloureux plus ou moins marqués, le bismuth « agace les gencives ».

2° Du *point de vue général* : aucun signe, pas de signes d'intoxication, pas de signes d'insuffisance hépatique ni rénale. La polyurie est le seul symptôme noté. Les urines se troublent quelque temps après l'émission. Le bismuth qu'elles contiennent en notable quantité se transforme, sous l'influence d'une fermentation spéciale, en sulfure de bismuth qui dépose ses granulations foncées au fond du bocal.

Le liquide céphalo-rachidien, les fèces, la salive renferment également du bismuth. Il n'y a donc pas rétention.

3° *Du point de vue physique, les ulcérations apparaissent sur les zones pigmentées*, on trouve ainsi une ulcération superficielle centrale recouverte d'un enduit blanc, crémeux, très épais, peu adhérent, alors que la fausse membrane est mince et adhérente. Cette ulcération est entourée par une zone pigmentée. L'ensemble de la muqueuse est tuméfié.

L'adénopathie est légère. Des hémorragies en nappes bénignes peuvent se produire.

Dans les formes plus intenses, les ulcérations se recouvrent d'une ulcération pseudo-diphtéroïde grisâtre avec aspect gangréneux.

4° *Du point de vue évolutif.* — Localement, le processus ulcéreux n'est pas toujours enrayé par l'arrêt

du traitement et l'on peut voir apparaître des ulcérations longtemps après.

Mais la stomatite bismuthique a un pronostic bénin, à la condition de bien soigner la bouche et de cesser le traitement ou d'espacer les injections et de diminuer les doses, à la moindre alerte. Les formes sévères, diffuses sont exceptionnelles.

La stomatite est plutôt un incident qu'un accident de la médication bismuthée.

3. **Autres stomatites médicamenteuses.** — Nous ne signalerons que pour ordre les gingivo-stomatites exceptionnelles : la *gingivo-stomatite cuprique*, avec son liseré gingival violacé et la réaction fongueuse des gencives; la *stomatite phosphorique* signalée par Delpech et qui ressemble à la stomatite mercurielle; les *stomatites argyrique, antimoniale et arsenicale.*

Récemment, Fournier et Boltanski ont décrit une *stomatite aurique* (à la suite de l'emploi de sanocrysine dans la tuberculose) et Bourhis a rapporté quelques observations de *stomatite gonacrinique* au cours du traitement de la blennorragie.

4. **Stomatites des auto-intoxiqués.** — Chez les dyspeptiques, les urinaires, les brightiques, les diabétiques, les stomatites dépassent rarement le stade catarrhal et muco-membraneux. C'est au début, un simple liseré rouge avec un piqueté hémorragique; c'est ensuite un gonflement violacé des gencives, une tuméfaction tomenteuse des languettes interdentaires, avec sensation de chaleur et d'agacement dans la bouche. Le malade évite de se brosser les dents; cet acte est douloureux et fait saigner désagréablement ses muqueuses.

Si la cause d'intoxication est légère (*troubles digestifs*, *troubles cataméniaux*) et disparaît rapidement, la guérison de la stomatite se fait sans passage à la desquamation. Si l'auto-intoxication est permanente, les lésions deviennent chroniques, bien qu'atténuées; mais pouvant subir des poussées qui aboutissent au déchaussement des dents.

Chez les urémiques, la stomatite peut être l'un des premiers symptômes, une véritable *stomatite d'alarme;* ou être tardive, faisant partie du tableau de l'*urémie digestive.*

B. Stomatites de cause générale.

Nous aurons en vue :

1. La stomatite pseudo-épidémique;
2. La stomatite au cours des maladies du sang.

1. **La stomatite pseudo-épidémique.** — Au cours des périodes dramatiques de l'histoire des peuples, la misère physiologique donne lieu à une morbidité spéciale dont l'une des manifestations est la stomatite ulcéro-membraneuse se produisant sur des sujets à bonne ou mauvaise denture. David et Hecquet l'ont particulièrement bien décrite en Roumanie, en insistant sur ce fait que l'on ne peut parler d'une épidémie au sens propre du terme.

Tantôt, il s'agit d'une maladie à marche aiguë et rapide. Le malade vient consulter pour des phénomènes douloureux intenses : sensations de brûlures, dysphagie. Il est courbaturé, fébricitant. Il montre une muqueuse tuméfiée et ulcérée, et des amygdales respectées. Traité, il guérit vite : abandonné à lui-même, il fait rapidement du noma.

Tantôt au contraire, la maladie revêt une allure torpide « sans attaquer trop profondément l'organisme, sans retentir sur les ganglions, sans faire jouer le thermomètre. » A l'inverse de ce qui se passe dans la forme aiguë.

1° Le malade ne vient pas consulter pour des douleurs, mais pour la persistance de son mal local;

2° Il présente une lésion ulcéro-membraneuse plus profonde que dans la forme précédente, autour de la dent de sagesse inférieure gagnant la muqueuse buccale qui correspond à la ligne interdentaire. Et, fait important à souligner cette lésion se retrouve au niveau du pôle supérieur de l'amygdale.

2. **Au cours des maladies du sang.** — Les accidents buccopharyngés au cours des maladies aiguës du sang doivent retenir un instant notre attention.

Leucémie aiguë. — En présence d'une stomatite qui se prolonge alors que l'état général fléchit, notre devoir est de penser à une leucémie aiguë possible et de faire pratiquer un examen de sang. Gilbert et Weill ont bien montré que des accidents buccopharyngés à allure de diphtérie maligne, ou d'angine de Vincent, ou de stomatite *peuvent, en effet, être les premiers signes et pendant quelque temps les seuls signes de la leucémie aiguë.*

Une belle observation de stomatite fuso-spirillaire dans un cas de leucémie aiguë a été rapportée récemment par Touret. Elle montre tout l'intérêt de penser à la leucémie à cette période. Cet intérêt est perdu du jour où apparaissent la splénomégalie et les adénopathies. La constatation d'une forte leucocytose avec prédominance des éléments anormaux (grosses cellules basophiles) fait porter le diagnostic de leucémie aiguë, et du même coup un pronostic fatal.

C. Stomatites de cause locale.

a. **Elles peuvent compliquer une péricoronarite suppurée de la dent de sagesse.** — C'est une stomatite subaiguë ou chronique tenace qui résiste à tous les traitements gingivaux et qui ne disparaît qu'après l'avulsion de la dent de sagesse ou la destruction du capuchon muqueux. D'autres fois, cette stomatite évolue d'abord lentement, insidieusement, puis brusquement, elle devint bruyante et douloureuse, se comportant comme une véritable maladie infectieuse, avec fièvre, trismus, diaborrhée, ganglions cervicaux. C'est la stomatite odontiasique de Chompret. Le trouble trophique fait le lit à l'infection.

b. **Les causes professionnelles** sont vite éliminées. Les souffleurs de verre présentent sur les deux joues, au pourtour du canal de Stenon, un voile opalin à travers lequel transparaît la muqueuse saine. Cette lésion ne doit pas être confondue avec des lésions syphilitiques. Les tailleurs de pierre font des caries de collet et de la tuméfaction du bord libre des gencives qui, d'abord rouge, devient bleu noirâtre.

c. **La gingivite tartrique** est caractérisée par :

1. Le dépôt de tartre blanc crayeux ou dur, verdâtre, adhérent.
2. Le décollement du feston gingival, parallèle au dépôt de tartre.

3. Le liseré rouge et saignant de la gencive.

4. L'absence de clapier péridentaire.

C'est un terrain adultéré propice à l'éclosion d'une stomatite ulcéro-membraneuse.

d. Enfin, l'examen buccal resterait négatif, s'il n'était mené attentivement et complètement, permettant de retrouver et de supprimer l'épine irritative, *l'irritation alvéolo-dentaire* qui entretient une stomatite ulcéro-membraneuse à étiologie jusque-là demeurée inconnue.

Traitement. — Il faut s'efforcer de prévenir la stomatite, en redoublant les soins d'hygiène buccale, au cours des maladies infectieuses susceptibles de se compliquer de stomatite, pendant l'éruption des dents, ou pendant la durée d'un traitement mercuriel ou bismuthique.

La mise en état de la bouche est donc capitale : soins des dents cariées, avulsion des racines, ablation du tartre. Cette mise en état est préventive. En effet, l'écrit Rousseau-Decelle, lorsque la stomatite est constituée, il faut à tout prix éviter de créer des portes d'entrée et de nouvelles érosions.

Il faut alors traiter :

1. Les symptômes,
2. La cause déterminante de la stomatite.

I. Traitement symptomatique. — *Contre l'élément « douleur »*. Les bains de bouche chauds chloralés, ou avec du synthol, les attouchements gingivaux avec de l'huile scuroformée, ou avec des collutoires cocaïnés sont des palliatifs utiles. Mais rien ne nous paraît faire meilleur effet que les attouchements des lésions avec de l'acide chromique cliniquement pur. Ce médicament semble spécifique contre les phénomènes sphacélisants douloureux de la bouche. Les attouchements d'arsénobenzol donnent aussi une accalmie évidente bien que moins durable.

Il en serait de même des applications bismuthiques (néotrépol).

Contre l'élément « fétidité », les lavages avec du Dakin, de la liqueur de Labarraque, de l'hypochlorine combattent assez bien la fétidité de l'haleine.

Contre l'infection, le malade fera lui-même des bains de bouche avec des solutions étendues de borate de soude, de chlorate de potasse (40 grammes au litre), d'acide phénique (1 gramme au litre). L'acidité de l'eau oxygénée sera toujours combattue en ajoutant à la solution du borate de soude.

Contre l'association fuso-spirillaire, on utilisera le bleu de méthylène et le novarsénobenzol. Le bleu de méthylène est surtout actif contre les microbes superficiels (Ehrlich et Hata). Les arsénobenzols sont actifs à toute profondeur, car leur combinaison avec les tissus sont spirillicides (expériences de Sazerac et Levaditi). Comme la glycérine novarsénobenzolée s'altère vite, il est bon d'y adjoindre de la résorcine. On trouve dans le commerce un certain nombre de pâtes dentifrices à base d'arsénobenzol (Sanogyl, odarsol). Bloovgow préconise l'usage du perborate de soude. En outre, le stomatologiste fera lui-même des attouchements avec de l'acide chromique, chlorhydrique ou sulfurique.

Certains auteurs préconisent comme complément de traitement les injections intraveineuses d'arsénobenzol ou l'ingestion de tréparsol. Les résultats en ont été discutés. Nous avons vu des malades faire des accidents sérieux de stomatite mercurielle, bien que subissant conjointement un traitement arsenical. Des injections bismuthiques ont été également pratiquées, avec des résultats diversement interprétés.

Contre le liseré bismuthique qui contrarie si fort un certain nombre de malades, Fargin Fayolle préconise les scarifications fines, suivies d'application d'acide trichloracétique.

Contre l'état fongueux des gencives, agissent les cautérisations et les astringents (tanin, ratanhia, quinquina, en poudre, collutoire ou bains de bouche) et des applications d'acide sulfurique, d'acide trichloracétique ou d'acide lactique.

Lorsque la stomatite est grave et a provoqué de la nécrose osseuse, M. Lemaître insiste sur la nécessité de ne pas faire d'intervention osseuse hâtive et d'attendre la séquestration.

II. Traitement de la cause. — Ablation du tartre, de l'épine irritative, de la dent de sagesse suivant la cause locale.

Si stomatique bismuthique :

1° Espacer les injections, réduire les doses, arrêter le traitement si la stomatite s'aggrave;

2° Favoriser l'élimination du bismuth, sous la forme d'un composé insoluble.

Soufre lavé..................	0g25
Rhubarbe pulvérisée.........	0g05

1 cachet n° , 3 par jour.

Purgatifs, diurétiques.

Si stomatite mercurielle, veiller à l'intestin et aux reins. Faciliter l'élimination du mercure par de faibles doses d'iodure de potassium, des bains sulfureux, ou par l'administration d'une eau sulfureuse. (eau d'Uriage, eau de Challes).

De cette longue étude, il résulte que la stomatite ulcéro-membraneuse très fréquente est due à des causes les plus diverses. Celles-ci préparent le lit à la fuso-spirillose dont l'action associée à celle des autres microbes buccaux reste prépondérante.

Cette genèse explique qu'un traitement purement local soit insuffisant et qu'il soit toujours nécessaire de déceler la cause déchaînante de la stomatite pour y apporter une thérapeutique appropriée.

BIBLIOGRAPHIE

Almkvist. Pathogénie de la colite et de la stomatite mercurielle, *Hygea*, mars 1907.

Azoulay. Stomatite bismuthique, *Presse méd.*, 15 janv. 1922.

Aubertin. Leucémie aiguë, *Journ. méd. franç.*, 1922.

Albakary. *Mécanisme nerveux dans le processus nutritif*, Maloine, 1911.

Bercher. Etiologie des stomatites ulcéreuses, *Revue de stomatologie*, avril 1920.

Bloodgood. Les lésions buccales de l'angine de Vincent, *Journ. of med. Assoc.*, n° 15.

Bessesen. Pathogénie de la stomatite mercurielle, *Arch. of dermat. and syph.*, Chicago, mars 1923.

Bourhis. Stomatite gonacrinique, *Revue de stomatologie*, oct. 1926.

Coirat. *Th. de Paris*, 1925.

CASTÉRAN et DEL PIANO. L'angine de Vincent et son traitement, *Rivista odontologica*, mars 1927.
CAHN. Contribution à l'étude des équilibres cellulaires, *Th. de Strasbourg*, 1926.
CHOMPRET. In *Traité de médecine*, « Collection Sergent », Maloine.
DUBOIS. Contribution à l'étude des stomatites à fuso-spirilles, *Odontologie*, 30 juin 1923, p. 429.
DAVID et HECQUET. Lésions ulcéreuses de la bouche de cause fuso-spirillaire, *Presse méd.*, 1920, n° 6.
ESCAT. Caractère deutéropathique de l'angine de Vincent, *Oto-rhino-laryngologie internationale*, juin 1927.
FREY et RUPPE. *Pathologie de la bouche et des dents*, Baillière.
FARGIN-FAYOLLE. Le traitement du liseré bismuthique, *Revue de stomatologie*, 1925.
FOURNIER et BOLTANSKI. Stomatite aurique, *Revue de stomatologie*, déc. 1926.
LEBENDINSKY. Gingivo-stomatite et polymicrobisme buccal, *Th. de Paris*, 1898.
LE BLAYE. Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle, *Th. de Paris*, 1911.
LAGARDE. Stomatite mercurielle, *Th. de Paris*, 1909.
MAUREL. Stomatite mercurielle, *Gaz. des hôpit.*, 1920, nos 80 et 82.
MILIAN et PERRIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 1922, n° 3.
MOUZON. Agranulocytose, *Presse méd.*, 9 oct. 1926.
NOGUÉ. *Traité de stomatologie*, Baillière.
PUIG. Considérations sur l'angine de Vincent et son traitement étiologique, *Presse méd.*, 3 mai 1924.
PRICE JONES et DIGBY. *Presse méd.*, 19 sept. 1920, n° 13.
RAMOND (Louis). Angine de Vincent, *Progrès méd.*, 15 oct. 1927, n° 42.
ROUSSEAU-DECELLE. *Infections générales et cavité buccale*, « Editions Semaine dentaire », 1927.
SEIMBILLE. Contribution à l'étude des stomatites fuso-spirillaires et des troubles réflexopathiques, *Province dentaire*, janv. 1924.
SANARELLI. Identité entre spirochètes et bacilles fusiformes, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1927.
TOUREST. A propos d'un cas de leucémie aiguë, *Odontologie*, 30 nov. 1927, p. 787.
VINCENT. Etiologie des stomatites, *Soc. de biol.*, 1904-1905.
VIOLLE. Origine des spirochètes de la région buccale, *Soc. de biol.*, 29 oct. 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1928)

Sur la présence au Maroc du spirochète de la fièvre récurrente espagnole. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON. Par le fort pouvoir pathogène vis-à-vis du cobaye qu'ils sont seuls à posséder parmi les spirochètes sanguicoles connus, et par leurs réactions d'immunité croisée, les spirochètes espagnol et marocain, tous deux convoyés dans la nature par une même tique, doivent être considérés comme appartenant à la même espèce; la souche marocaine est peut-être un peu plus virulente que l'espagnole pour le cobaye.

Origine humorale des modifications de l'excitabilité du système nerveux au cours de la dégénérescence wallérienne d'un nerf sectionné. — MM. J.-B. ABELOUS et H. LASSALLE.

Une nouvelle méthode de dosage de la digitaline cristallisée. — MM. Em. PERROT et P. BOURCET.

JOURNÉES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES MAROCAINES [1]

Casablanca 3-8 avril, Rabat 12-15 avril 1928.

Les Journées médicales et vétérinaires marocaines viennent d'avoir lieu avec un déploiement de fêtes qui ont ébloui tous les congressistes. Grâce à l'appui du Résident général, M. Steeg, nos confrères du Maroc ont réalisé la plus merveilleuse des organisations. L'hospitalité marocaine ne fut pas inférieure à celle de Tunis il y a deux ans. C'est tout dire. Quant au programme scientifique il fut du plus haut intérêt. Nous sommes heureux de publier aujourd'hui un résumé des conférences et des communications apportées à Casablanca et à Rabat.

Sur l'existence au Maroc de la récurrente espagnole. — Dès que M. NICOLLE prend la place du conférencier, il est salué par de très chaleureux applaudissements.

M. le docteur Nicolle fait d'abord un exposé général des différentes fièvres récurrentes actuellement connues et qui sont : la fièvre récurrente à tiques de l'Afrique centrale (Dutton); la fièvre récurrente à poux de l'Afrique mineure (Obermeeir); enfin la nouvelle fièvre récurrente identifiée en Espagne par Sadi de Buen, transmise par une tique du genre ornithodore.

M. Nicolle a eu l'occasion d'identifier le virus de cette dernière fièvre récurrente en examinant, dans son laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis, des tiques qui lui avaient été envoyées par M. le docteur-vétérinaire Velu, et qui devaient lui servir à des expériences. Les caractéristiques de cette nouvelle récurrente sont : maladie de l'homme bénigne, beaucoup moins grave que la maladie produite par le spirochète d'Obermeeir, et encore moins que celle de la récurrente africaine; transmissibilité possible de ce nouveau spirochète aux rongeurs de laboratoire avec présence dans le sang de ceux-ci du parasite.

La communication de M. Nicolle est importante pour le Maroc, car elle nous a appris l'existence ici d'une maladie particulière contre laquelle il sera possible de lutter par une prophylaxie spéciale visant à protéger l'homme contre les piqûres des ornithodores qui transmettent la maladie.

Mon expérience personnelle de greffe génitale de l'animal à l'être humain. — M. le docteur DARTIGUES présente sa conférence sous la forme très vivante et très intéressante d'une série importante de projections et de dessins; M. Dartigues nous expose d'abord les techniques employées pour la greffe testiculaire et pour la greffe ovarienne. Il nous projette ensuite les photographies de plusieurs cas de malades qui ont été très considérablement améliorés par les greffes de différentes glandes : testicule, thyroïde, parathyroïde, hypophyse.

La conférence de M. Dartigues a très vivement intéressé les nombreux auditeurs et a été fort applaudie.

La greffe animale. (*Rapport de* MM. VELU et BALOZET.) — M. Velu commence sa causerie par un exposé historique complet de la question des greffes, qui est déjà ancienne. Il passe ensuite rapidement en revue les différentes recherches expérimentales qui ont eu lieu sur différentes espèces animales et l'homme par des procédés très divers.

Il s'étend ensuite un peu plus longuement sur les résultats

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

pratiques obtenus par la greffe, et notamment il relate les résultats obtenus en Algérie, à la station expérimentale de Tadmit, sur d'assez nombreux béliers et leurs produits. Une Commission internationale a récemment été conviée à constater ces résultats et chacun des délégués a fait un rapport sur ce qu'il avait vu.

Certains délégués se sont déclarés tout à fait convaincus de la valeur de la méthode; d'autres ont constaté des résultats en faisant quelques réserves; la Commission anglaise ne paraît point avoir fait un rapport très optimiste.

M. Velu nous donne ensuite des considérations sur les effets biologiques de la greffe, considérations qui l'amènent à poser des problèmes qui touchent à celui de l'hérédité, et nous donnent connaissance d'un programme d'expérimentation actuellement en cours dans son laboratoire, expérimentation qui doit durer plusieurs années.

Le conférencier nous expose ensuite le sort des greffons; ceux-ci meurent, dit-il, en totalité, et ne reprennent une apparence de vie que parce qu'ils sont envahis par des cellules de l'animal qui a subi l'opération.

La façon dont l'envahissement du greffon se fait par des cellules est tout à fait semblable à l'envahissement des testicules mortifiés par la castration. La comparaison de l'action physiologique produite par la greffe, par l'opération de Steinach (ligature des canaux déférents), par la castration par les pinces italiennes, par l'irradiation du testicule, permet d'envisager l'hypothèse que cette action est le fait de la résorption lente du tissu de la glande testiculaire. Cette même action peut s'observer d'ailleurs lorsqu'on pratique la greffe avec des greffons tués par la congélation; ces greffons ont la même structure histologique que les greffons vivants. Il y a donc lieu de se demander si dans l'avenir un perfectionnement de la technique chirurgicale n'autorisera pas d'opérer avec des greffons conservés dans certaines conditions; ceci permettrait d'avoir une réserve de ces précieux organes.

L'exposé magistral de M. Velu a vivement intéressé l'auditoire, qui ne lui ménagea pas ses applaudissements.

La question des greffes de tissu glandulaire. (*Rapport de* M. Leriche.) — Dès le début de son exposé, que la *Gazette des hôpitaux* a été heureuse de publier in extenso (1928, n° 29), M. Leriche fait entrevoir que le tissu conjonctif qui jusqu'alors n'était considéré que comme un tissu d'importance secondaire, auquel on n'accordait aucune fonction d'ordre supérieur, méritait d'être envisagé peut-être, à l'égal du tissu épithélial, comme un tissu capable lui aussi de sécrétions hormonales.

M. Leriche examine d'abord si la greffe est possible. A son avis, étayé sur des preuves chirurgicales, la greffe échoue pratiquement presque toujours. En examinant le problème avec toute l'impartialité qu'il nécessite, la réussite de la greffe doit être prouvée par deux critériums : le critérium physiologique, la constatation des effets de cette greffe; le critérium histologique, la constatation de la survie du tissu greffé dans son intégrité.

Il paraît prouvé que le premier critérium est toujours réalisé, mais par contre il n'a jamais été réellement constaté de survie certaine des tissus greffés.

M. Leriche examine cette contradiction apparente et i montre qu'il ne faut point subir le leurre des effets des greffes. En effet, dans l'opération de Steinach (ligature du canal déférent) on obtient exactement les mêmes résultats que dans la greffe véritable, mais sans greffe M. Leriche pense que seul le traumatisme produit par l'intervention chirurgicale provoque une vaso-dilatation qui active les sécrétions de l'organe qui en est le siège, et cet accroissement des sécrétions, à lui seul, provoque les effets physiologiques constatés.

M. le professeur Leriche, d'une éloquence chaude et convaincante, a conquis son auditoire qui, à maintes reprises, l'interrompit par de chaleureux applaudissements.

A la suite de la communication de M. Leriche, M. le docteur Thomann nous a fait part de ses observations personnelles sur cette question.

M. le docteur Pérard prit ensuite la parole pour demander à M. le professeur Leriche de préciser son opinion sur le rôle des greffons. M. Leriche pense que le greffon, de quelque nature qu'il soit, n'a pas d'autre but que de servir de tuteur, et il pourrait, en de très nombreux cas, être remplacé par une substance inerte, caoutchouc, aluminium, etc.

M. le docteur Pérard pose une deuxième question : la greffe d'organes provenant d'animaux semble-t-elle être possible dans un intervalle plus ou moins éloigné? M. le professeur Leriche répond que dans l'état actuel de la science chirurgicale, un quart seulement des hétéro-greffes semble réussir, alors que la proportion atteint 90 p. 100 lorsqu'il s'agit d'homogreffes. L'étude attentive et critique des échecs constatés dans les premiers cas et des raisons de ceux-ci nous feront connaître peut-être les conditions dans lesquelles peuvent se produire les greffes d'organes provenant d'animaux différents.

Rappelant les idées qu'il avait émises au début de sa conférence du matin, l'orateur nous expose quel est, à son avis, le rôle du squelette : ce rôle ne serait pas celui qu'on lui attribue généralement d'armature et de soutien des membres, il aurait une fonction beaucoup plus importante, celle de servir de réserve pour le calcium et le phosphore, substances indispensables à l'organisme et qui sont en perpétuel renouvellement, en perpétuelle mutation.

Il fait part des curieuses expériences de Delezenne et Fourneau sur l'origine de squelette des embryons de poulet; ces savants ont montré que le calcium, qui servait à édifier l'ossature du poussin était emprunté à la coquille même de l'œuf, qui perdait en calcium la quantité de substance qui était acquise par les os. Chez la femme enceinte, d'autre part, il est un fait bien connu, que la grossesse produit très souvent des lésions dentaires qui n'ont pas d'autre origine que la raréfaction du calcium dans les dents.

M. Velu, à l'appui de l'opinion de M. le professeur Leriche, cite la curieuse maladie qui sévit dans les régions phosphatières du Maroc sur l'homme et les animaux et qui est caractérisée par la carie des dents de remplacement. Il rappelle aussi qu'une maladie étudiée en Afrique du Sud par M. le professeur Theiler a pour origine l'ingestion par les animaux qui vivent sur un territoire pauvre en calcium et en phosphore, de tous les débris d'ossement qu'ils peuvent rencontrer.

Un laboratoire d'études comprenant à la fois médecins, vétérinaires, biologistes, chimistes, etc., travaillant dans une étroite collaboration, est absolument nécessaire si nous voulons avoir la solution des problèmes les plus importants de la pathologie.

M. le professeur Leriche dit alors que la formule des Journées médicales et vétérinaires, qui appelle une collaboration extrêmement fructueuse des deux médecines, était une conception extrêmement heureuse, dont il félicitait très vivement les organisateurs en leur souhaitant la réalisation de leur vœu : *création du laboratoire qu'ils demandent.*

Sur l'emploi du vaccin B. C. G. dans la lutte contre la tuberculose en Afrique du Nord. — M. Calmette. (*Communication présentée par le professeur Nicolle*). — Le vaccin B. C. G. est une émulsion de bacilles tuberculeux modifiés par des cultures successives pendant quatorze ans, sur des milieux à base de bile de bœuf; le vaccin B. C. G. est employé en Afrique, en Algérie, au Maroc, à Dakar; son usage est généralisé dans les maternités, et on l'emploie même pour la vaccination des recrues.

Le vaccin B. C. G. s'emploie sur les enfants dans les huit premiers jours qui suivent la naissance; il consiste à faire absorber des doses de vaccin par la bouche. Dans les pays où il n'y a pas de laboratoire susceptible de préparer les émulsions, qui ont une durée de conservation limitée à dix jours,

il est possible de faire congeler le vaccin et de l'expédier dans cet état dans des bouteilles thermos.

Le B. C. G. peut aussi être employé par injections sous la peau lorsque l'on veut obtenir la vaccination sur des sujets après le huitième jour qui suit la naissance; c'est ainsi que sont vaccinés les recrues en Afrique occidentale française. L'injection de bacilles peut se faire à des doses extrêmement réduites, 1/5, 1/10, 1/20 de milligramme. Cette méthode de vaccination doit être employée sur les adultes des races non infectées de tuberculose, lorsqu'on les amène dans des lieux où ils ont des chances d'être contaminés, par exemple les recrues indigènes de l'Afrique occidentale française, et même dans la population des villes sur les individus que la réaction à la tuberculine montre indemnes de tuberculose.

Traitement des métrites cervicales chroniques, par le professeur COUVELAIRE, délégué de la Faculté de médecine de Paris, et professeur de clinique obstétricale. — M. le docteur BOUVERET (de Mogador), remercie M. le professeur Couvelaire d'avoir bien voulu accepter de traiter cette question de pratique courante devant les médecins marocains et lui demande de bien vouloir exposer :

1° S'il considère le traitement des métrites par le néo-filhos comme dangereux;

2° Quel est l'avenir obstétrical des malades traitées par ce procédé.

M. le professeur COUVELAIRE. Tous les cas de métrites cervicales ne sont pas justiciables du traitement par le néo-filhos.

Il faut éliminer systématiquement toutes les métrites aiguës ou subaiguës, toutes les métrites compliquées de réactions annexielles, si faibles soient-elles, et enfin les cas dans lesquels il y a de grosses lésions traumatiques consécutives aux accouchements qui relèvent de la chirurgie plastique.

L'une des indications les plus incontestables est la métrite chronique endo-cervicale des nullipares, métrite qui est le plus souvent d'origine gonococcique, qui entraîne non seulement des écoulements persistants, mais la stérilité.

Le traitement par le néo-filhos, dans les cas où il n'y a pas de contre-indication, doit être précédé par une préparation vaginale soigneuse et suite par des séances, répétées pendant plusieurs mois, de dilatation aux bougies métalliques, pour éviter les sténoses de l'orifice cervical.

Appliqué dans ces conditions, le traitement donne un résultat excellent, en ce qui touche les symptômes de la métrite chronique. Il a permis, dans un nombre non négligeable de cas, de faire cesser la stérilité. Enfin, lorsqu'une fécondation a été obtenue, la marche de la gestation et de l'accouchement a pu être normale dans une proportion qui atteint au minimum 80 p. 100 des cas.

Dans quelques cas, on peut observer, au cours de l'accouchement, une sorte d'agglutination de l'orifice interne, qui ne se dilate pas spontanément et que l'on fait cesser par des manœuvres très simples de dilatation unidigitale.

Dans quelques cas exceptionnels, où vraisemblablement les règles indiquées plus haut n'ont pas été observées dans toute leur rigueur, soit qu'il se soit agi de lésions scléreuses du col, consécutives à des déchirures obstétricales, soit que des cautérisations trop profondes aient amené une destruction presque complète du col, réduit à un moignon scléreux, on a pu observer des difficultés de l'accouchement consistant en une absence complète de dilatation par le jeu des contractions utérines.

Ces cas sont justiciables de l'hystérectomie, et de préférence on utilisera la voie abdominale, l'opération césarienne pouvant, suivant les circonstances, être conservatrice ou suivie d'hystérectomie.

Ces cas exceptionnels ne doivent pas suffire à faire abandonner une méthode qui, appliquée à bon escient par des mains compétentes, a à son actif un si grand nombre de succès.

M. le docteur BOUVERET. Dans un ordre d'idées différent, et tout en m'excusant d'abuser de l'amabilité de M. le professeur Couvelaire, je lui serais reconnaissant de vouloir bien nous indiquer ce qu'il pense de l'opération de son élève M. Portes et quelles sont ses indications.

M. le professeur COUVELAIRE. Les indications de l'opération de Portes sont très rares : à l'heure actuelle, dans mon service, sur plus de 3.000 accouchements, nous faisons en moyenne 50 opérations césariennes par an, et sur ce nombre une à deux opérations de Portes au maximum.

Les cas où cette opération paraît légitime sont les cas d'infection *intra partum*, qui sont intermédiaires entre les cas d'infection très légère, pour lesquels la césarienne basse donne des résultats satisfaisants, et les cas d'infection paraissant graves, pour lesquels l'hystérectomie d'emblée reste l'opération la plus légitime.

Dans ces cas on peut tenter de conserver l'utérus, tout en gardant la possibilité, par une intervention très simple, de pratiquer l'hystérectomie secondaire, si les phénomènes infectieux prennent après l'opération une allure grave.

L'agglutination transmissible. Son caractère spécifique, son application au proteus X^{19} vis-à-vis du typhus exanthématique. — M. le médecin-major DIOT a étudié comparativement les propriétés des souches de bacilles du *Proteus* X^{19}, vierges et après leur culture dans le sang des typhiques. Il a fait les constatations suivantes :

1° Les souches vierges de *Proteus* X^{19}, ne sont pas toutes agglutinées par le sérum de typhiques convalescents.

2° Toutes les souches de *Proteus* X^{19} sensibilisées sont agglutinées par les sérums de convalescents à des taux variables mais probants.

3° Le sérum d'individus guéris d'autres maladies infectieuses n'agglutine pas le *Proteus* X^{19} sensibilisé.

4° La culture de *Proteus* X^{19} en bouillon-sang d'individus atteints d'autres maladies infectieuses ne sensibilise pas ce *Proteus* ni vis-à-vis du sérum typhique, ni vis-à-vis du sérum de la maladie en cours.

5° Un colibacille, un staphylocoque, un bacille d'Eberth ensemencés en bouillon-sang de typhique n'acquièrent pas la propriété d'agglutinabilité.

L'auteur se demande s'il existe dans l'hémoculture d'un typhique un virus à tropisme microbien spécifique; si le rôle du *Proteus* X^{19} est possible dans l'affection.

Les anatoxines. — M. Ch. URBAIN expose avec beaucoup de détails l'état actuel des anatoxines.

En premier lieu il explique par quelle succession de faits leur auteur, M. Ramon, fut amené à les concevoir. C'est grâce au phénomène de floculation qui apparaît dans les mélanges de toxines et d'antitoxines diphtériques ou tétaniques, que Ramon fut amené à constater que le formol du commerce, ajouté à ces mélanges, ne nuisait nullement à ce phénomène de floculation. Plus encore, une toxine diphtérique ou tétanique ainsi traitée par le formol à un taux déterminé et laissée un mois à l'étuve à 37 degrés devient inoffensive pour l'animal de laboratoire, et cet animal, un mois après avoir reçu cette injection d'anatoxine, est immunisé contre plusieurs doses mortelles de toxine. C'est, ce produit, qui a conservé la valeur floculante de la toxine dont il dérive, qui, tout en étant inoffensif pour les animaux de laboratoire, est susceptible de les immuniser très solidement, qu'il convient de donner le nom d'anatoxine.

M. Urbain expose ensuite les applications des anatoxines; l'anatoxine diphtérique permet non seulement d'immuniser les petits animaux de laboratoire, mais aussi les chevaux; elle permet d'obtenir chez ces animaux très rapidement, sans risque pour leur santé, un sérum dont la richesse en antitoxines ne le cède en rien à celui obtenu par l'ancienne méthode.

Le vaccin de l'homme par l'antitoxine diphtérique est exposée ensuite par M. Urbain. Il décrit largement les résultats obtenus par les divers auteurs qui l'ont utilisée, ainsi que la technique à utiliser; il conseille son emploi dans les familles dans les agglomérations, d'une façon systématique et avant toute apparition d'épidémie.

La vaccination par l'anatoxine est du même ordre que celle obtenue par l'anatoxine diphtérique. Elle peut s'appliquer à l'homme et au cheval, dans des conditions que M. Urbain déterminera.

Enfin, certaines autres toxines : dysentériques, ont pu aussi être transformées, par le même procédé, en antitoxines.

Les encéphalites et leurs séquelles. — M. le professeur Cruchet (de Bordeaux) étudie quelques-unes des séquelles les plus communes de l'encéphalite épidémique, qu'il a été le premier à isoler en 1917, quand il était mobilisé aux armées, et qui est connue aujourdhui sous le nom de « maladie de Cruchet ». Il parle surtout des séquelles qui ont été observées au Maroc : la plus fréquente est la forme parkinsonienne ou bradykinétique, dans laquelle les malades, figés dans des attitudes plus ou moins anormales, paraissent de véritables infirmes, de plus en plus lents dans leurs mouvements et même incapables de se mouvoir. En réalité, contraire à leur apparence, ils peuvent épisodiquement aller, courir, sauter, jouer au tennis ou au ballon, aller à bicyclette, conduire une auto, etc.

L'orateur donne quelques indications sur la cause de cet état de lenteur, expliqué par une modification du tonus et une exagération de la réflectivité de posture, puis indique le siège et les caractères de ces lésions dans le mésocéphale.

Il passe ensuite en revue les spasmes de torsion, aux formes si extraordinaires, et les spasmes des yeux au plafond, au sol et en coulisse, aux variétés vraiment curieuses.

Après avoir fourni quelques indications sur les myélites diffuses postencéphalitiques et les modalités si particulières à la perversion infantile consécutive à la maladie de Cruchet, il termine par un exposé sur le traitement de ces diverses séquelles.

Cette conférence, illustrée de nombreuses projections, fut écoutée avec grand intérêt et des applaudissements enthousiastes saluèrent la fin de l'exposé.

La mycose splénique. — M. A. Nanta. Les travaux poursuivis depuis deux ans par l'auteur, en collaboration avec Pinoy, ont abouti à l'identification d'une splénomégalie aspergillaire, sous les traits d'une anémie splénique à type de « tropical febrile splenomegaly » que l'auteur a appelée « splénomégalie algérienne ».

Cette affection a des caractères cliniques, anatomiques et mycologiques qui ont pu être définis grâce aux pièces chirurgicales examinées dans le service de M. Costantini et grâce à plusieurs chefs de services algériens; mais les multiples formes cliniques observées forment un tableau peut-être surchargé par des affections intercurrentes et des symptômes d'emprunt; les lésions anatomiques les plus caractéristiques sont constituées par des nodules scléro-pigmentaires dans lesquels on trouve, à côté de formes pseudo-mycéliennes d'origine conjonctivo-télastiques, quelques débris de mycélium, exceptionnellement un grain de mycétome ou une tête aspergillaire vivante, et non pas, comme l'ont dit certains auteurs, un champignon toujours évident et abondant; enfin le champignon ne peut être isolé que difficilement (Pinoy).

L'auteur, dans ses travaux antérieurs, a insisté sur la fréquence des affections et des infections antérieures qui forment vraisemblablement dans bien des cas une splénomégalie mixte (*Algérie méd.*, fév. 1927). Peut-être, selon l'hypothèse d'Oberling, dans certains cas existe-t-il des mycoses inapparentes, mais il semble aussi que l'on ne doive pas interpréter tous les foyers sidérosiques comme des nodules caractéristiques (nodules de Grandy) car ceux-ci ont un siège, un type éruptif, une zone périphérique congestive et fréquemment des petits îlots de nécrose juxtavasculaires qui les distinguent des zones sidérosiques banales. Ils ne constituent pas de foyers régressifs, car ils ont des caractères inflammatoires évolutifs; ils procèdent de lésions initiales hémorragiques, et quand ils régressent, après traitement et guérison de la splénomégalie par l'iode, ils prennent un aspect tout différent.

Les infections bactériennes associées peuvent parfois être considérées comme des complications ou comme des associations introduites avec le champignon. Mais l'auteur a signalé qu'elles pourraient être considérées parfois comme des causes favorisantes antérieures à la mycose, lui ouvrant la voie et la fixant sur la rate. L'expérimentation montre le bien-fondé de certaines de ces interprétations. En effet, l'auteur est autorisé à communiquer le résultat d'une expérience inédite d'Eberling; en provoquant une hémisidérose préalable de la rate et en injectant ensuite des cultures d'*Aspergillus nodulans*, on peut déterminer une splénomégalie considérable, avec foyers de nérose et épithélioïdes à type nodulaire. Les résultats diffèrent encore de la splénomégalie granulomateuse, à nodules scléro-pigmentaires de l'affection humaine, mais ils montrent la réalité de splénomégalies mycosiques expérimentales.

Le fait n'est pas unique en mycopathologie, et le professeur Bruno Bloch a aussi autorisé l'auteur à communiquer les expériences inédites relatives aux trichophyties expérimentales du cobaye : même après infection d'origine cutanée, on peut retrouver couramment, à la culture seulement, des trichiphytons dans la rate, si bien que la rate sans lésions et sans manifestations cliniques peut renfermer des champignons au cours de trichophytie cutanée.

Ces divers résultats, joints aux faits cliniques connus des Allemands, sous le nom de maladie de Sutter (trichophytose caractérisée par la tuméfaction aiguë et passagère, fébrile, de la rate, des ganglions, par les douleurs rhumatoïdes, la bronchite, etc.) à ceux que Bruno Bloch, Jadassohn, ont fait connaître en étudiant les trichophyties, hématogènes, montrent qu'il existe des mycoses viscérales hématogènes affectant fréquemment la rate.

Ils permettent de délimiter l'aspergillose splénique, définie ainsi par l'auteur : « splénomégalie avec anémie, périsplénite, ascite, foie un peu gros ou induré, bronchite ou pleurésie, hématémèses; parfois subictère de type hémolytique. » Il est vraisemblable que d'autres champignons pourront être mis en cause et qu'il existe d'autres lésions mycosiques.

Le traitement iodo-ioduré a donné des succès certains : les Italiens le pratiquent du reste depuis de nombreuses années dans des splénomégalies considérées comme paludéennes.

Le traitement du trachome par l'huile de chaulmoogra. — Mme la doctoresse Delanoë (de Mazagan). L'huile de Chaulmoogra est employée sur une très grande échelle à l'hôpital indigène de Mazagan par Mme la doctoresse Delanoë, depuis huit ans. Dès le début, cette méthode de traitement, comparée à toutes les autres, a donné des résultats tellement supérieurs, qu'elle a fixé son choix sur ce médicament.

La statistique de sa communication de janvier 1926, communication parue à la Société de pathologie exotique, portait sur 25.000 traitements de malades trachomateux; les effets immédiats du traitement sont les suivants :

Effets thérapeutiques immédiats : le vanus se résorbe très rapidement; le larmoiement, la photophobie cessent du jour au lendemain; les granulations s'aplatissent, l'infection des conjonctives et de la cornée cesse et le bien-être des malades s'affirme avec une grande rapidité.

Dr BALOZET.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — M. le docteur Bessot a été nommé chef des travaux d'anatomie ; M. le docteur Gomet, chef de clinique chirurgicale.

— Nantes. — M. le docteur Poumier a été nommé chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Dopter, chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin.

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Coullaud, directeur du Service de santé de la 9e région.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Rigollet.

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel L'Herminier, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

COLONIES. — M. le docteur Thiéry (Emile), médecin de 1re classe de l'assistance médicale de l'Indochine, est appelé à servir à l'administration centrale du ministère des Colonies (Service central de santé).

MÉDAILLE DES ÉVADÉS. — Avec maintien de la citation accordée à l'occasion de l'évasion : M. Abely, médecin-major de 2e classe de réserve du Service de santé du 17e corps d'armée.

CODEX. — Le *Journal officiel* du 21 avril publie un additif au Codex concernant :

1° Les arsénobenzol, arsphénamine (606, salvarsan, tréparsénan, marques déposées), arsénobenzolum ;

2° Les gazes pour pansements ;

3° Les novarsénol, néoarsphénamine (914, néosalvarsan, néotreparsénan, rhodarsan, marques déposées).

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DE SEINE-ET-OISE. — La 40e assemblée générale qui vient d'avoir lieu a révélé l'état de plus en plus prospère des finances de cette belle œuvre de solidarité, ce qui a permis d'élever le taux de l'indemnité-maladie à 18 fr. par jour pour une incapacité de travail temporaire ou définitive, soit une allocation annuelle et permanente de 6.570 fr. Cette indemnité est un droit.

Capital réserve : 2.560.000 fr.

Revenus annuels : 297.000 fr.

Conditions : être Français, docteur en médecine, exercer dans la Seine ou la Seine-et-Oise au moment de l'admission, être âgé de moins de cinquante ans, subir un examen médical, payer une cotisation de 12 fr. par mois.

Confrères ! Venez à nous ! Vous assurer contre la maladie, c'est votre devoir envers vous-même et envers les vôtres ! Il y va de votre dignité, de votre liberté, de votre intérêt !

Renseignements, statuts, service gratuit du Journal, 116, rue de Rambuteau (Ier). Télép. Richelieu 95-13.

UMFIA. — Sous la présidence d'honneur de M. Vazquès Cobo, ministre plénipotentiaire de la République de Colombie à Paris, et sous la présidence effective de M. le professeur Félix Legueu, membre de l'Académie de médecine, le grand dîner de printemps de l'Umfia aura lieu le lundi 7 mai, à 7 h. 45 précises, dans les salons du Palais d'Orsay, en l'honneur de la Colombie et des médecins colombiens en séjour à Paris.

Les dames sont particulièrement priées de bien vouloir honorer et rehausser ce dîner de leur présence.

Le prix du couvert sera de 63 fr. (service compris). Les étudiants ne paieront que 30 fr.

Tenue de soirée (habit ou smoking).

Le dîner sera suivi d'une petite soirée artistique.

Les sociétaires et amis de l'Umfia, qui viendront certainement nombreux à cette belle manifestation, sont priés d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible et au plus tard le 4 mai, dernier délai, au docteur A. Grimberg, 74, rue Blanche, Paris (IXe). Tél. Trudaine 35-93.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE METZ. — Le poste de directeur de ce bureau est déclaré vacant. Traitement : 30.000 fr., plus une indemnité de 5.000 fr.

Les candidats doivent adresser leurs demandes, dans un délai de vingt jours à dater du 20 avril 1928, à la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, Paris.

DÉLIVRANCE DE LA CARTE DU COMBATTANT. — Un récent décret du 1er mars 1928, publié au *Journal officiel* du 3 mars, a déterminé les formalités à remplir pour l'échange du certificat provisoire contre la carte du combattant et fixé un délai de trois mois pour cet échange.

Contrairement à ce qui a été publié par certains journaux, ce n'est pas au Comité départemental des mutilés qu'il convient de s'adresser.

De renseignements pris au Comité départemental de la Seine (rue des Minimes) il résulte que les démarches à remplir par les possesseurs du certificat provisoire se résument à déposer à la mairie de leur domicile ledit certificat en y joignant deux photographies d'identité de 3 centimètres sur 4.

Si le certificat provisoire ne porte pas la date et le lieu de naissance de l'intéressé, ces renseignements — indispensables — doivent y être ajoutés.

La mairie fera le nécessaire pour la délivrance de la carte au titulaire.

Nous rappelons qu'en ce qui concerne les officiers du Corps de santé, seuls peuvent prétendre à la carte du combattant ceux qui ont servi trois mois dans les corps de troupe ou les ambulances divisionnaires.

LES MÉDECINS FRANÇAIS A L'ÉTRANGER. — M. le professeur agrégé Lian vient de faire deux conférences à la Faculté de médecine de Belgrade sur l'invitation de l'Association des médecins yougo-slaves.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de *J'analyse*, nouvel argus médical, que notre distingué confrère le docteur Crouzat publie mensuellement à la Société générale d'imprimerie et d'édition, 71, rue de Rennes, à Paris.

Tous nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félix Lagrange, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant de l'Institut, associé national de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 71 ans; de MM. les docteurs Rétif, assistant de M. Auguste Lumière, décédé accidentellement à Lyon; Isidore Aron (de Besançon); le professeur Ladislas Laskowski (de Varsovie), décédé en Suisse; Peschaud, ancien sénateur; M. Paul Bezias, étudiant en médecine, décédé accidentellement à Carmaux.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Vallery-Radot, professeur agrégé, commencera ses leçons le vendredi 4 mai, à 18 h., et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Sujet du cours : « Maladies infectieuses. »

M. Donzelot, professeur agrégé, commencera ses leçons le jeudi 3 mai, à 18 h., et les continuera les samedis, mardis et jeudis, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Sujet du cours : « Pathologie cardiaque. »

HÔPITAL COCHIN. — SERVICE DE CHIRURGIE URINAIRE (docteur M. Chevassu). — Des leçons pratiques d'endoscopie urinaire (urétroscopies, cystoscopies, cathétérismes de l'uretère) seront faites du 7 au 19 mai dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, sous la direction de M. Maurice Chevassu, par MM. Bayle, Gautier et Lazard.

Il y aura deux leçons par jour, une à 11 h. (urétroscopies) et l'autre à 14 h. (cystoscopies et cathétérismes de l'uretère).

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments d'explorations urologiques.

Leur nombre est limité à dix.

Le prix des 22 leçons est de 1.000 fr.

S'inscrire dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — PROGRAMME DU TROISIÈME TRIMESTRE. — Ces conférences ont lieu le dimanche matin, à 10 h. précises, à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères, angle du boulevard Saint-Germain.

29 avril : M. Sorrel. Traitement du mal de Pott.

6 mai : M. Dupuy-Dutemps. Pathogénie de la stase papillaire.

13 mai : M. Flandin. Herpès et zona.

20 mai : M. Félix Ramond. Exposé de quelques conceptions nouvelles en pathologie gastrique.

3 juin : 10 h. M. Cadenat. Chirurgie des doigts; — 11 h. M. Heuyer. Les voies d'entrées dans la démence précoce.

10 juin : M. Milian. Traitement préventif de la syphilis.

17 juin : M. May. La pathologie générale du sympathique périphérique.

24 juin : M. Lévy-Valensi. « Monsieur Hamon, médecin de Port-Royal. »

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRÈS BEL APPARTEMENT MÉDICAL, près Bon Marché. Confort. Loyer mod. A céder. Pressé. — Ecrire B. J.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1927

PAR

Louis DELHERM
Chef du Service d'Electro-Radiologie
de l'hôpital de la Pitié,

et

Jean LOUBIER
Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital
Américain.

I. PHYSIQUE

Quelques indications sur la mesure des intensités en haute fréquence (Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1927.) — L'auteur énumère les facteurs très multiples qui faussent la mesure des courants de haute fréquence, puis fait la critique des différents appareils de mesure. Malgré leurs défauts, les appareils thermiques sont seuls utilisables; ils doivent être construits spécialement pour la haute fréquence : self et capacité aussi faibles que possible, très bon isolement, fil actif très fin. Il vaut mieux avoir deux appareils thermiques; l'un mesurant de 200 à 1000 m. a.; l'autre de 500 à 3000 m. a. L'ampèremètre non shunté doit toujours être considéré comme plus précis qui celui qui est shunté.

Présentation d'un dispositif à correction automatique. (Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, janv. 1927.) — Dans les applications de diathermie, il ne faut pas dépasser la température de floculation des albumines; à 49 degrés on peut observer des escarrifications, mais pour le gonocoque par exemple l'efficacité n'est grande qu'à partir de 45 degrés. Il importe donc de faire un contrôle précis. C'est pourquoi Walter propose un dispositif à correction automatique : un thermomètre est noyé dans le même bloc de métal que la soudure froide, l'aiguille de l'appareil porte une graduation mobile et on lit sur cette graduation le degré qui vient en face de l'extrémité de la colonne du thermomètre.

Principes physiques et effets physiologiques de la diathermie (Zimmern et Lachowski. *Journ., méd. franç.*, avril 1927.) — Les auteurs rappellent le principe des générateurs de haute fréquence : montage en Tesla, montage d'Arsonval, appareils à ondes peu amorties, à ondes entretenues, lampes à trois électrodes, etc. Les principaux effets physiologiques de la diathermie sont : vaso-dilatation, suractivité sanguine, action analgésique et action antispasmodique.

II. APPAREILS ET TECHNIQUE

Présentation d'un appareil de diathermie à ondes amorties de grande puissance type C. (A. Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol. méd.*, mars 1927.) — Cet appareil est à ondes peu amorties, les zones de silence, correspondant aux passages à zéro du voltage du réseau, ont été réduites à n'être environ que le huitième de la zone de marche. Le rendement atteint 62 p. 100 à puissance moyenne. Un dispositif permet de mesurer soit l'intensité totale, soit celle de chaque circuit. On peut avec cet appareil soigner plusieurs malades à la fois.

Cette communication montre qu'il est actuellement possible de construire des appareils à ondes amorties, de robustesse considérable, ayant un rendement supérieur à celui des appareils à ondes dites entretenues.

Les ionodoses. (Zimmern. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol. méd.*, mai 1927.) — Présentation d'une boîte de la maison Clin contenant des ampoules de sels très purs, sans ions parasites, en doses destinées à être fondues dans 250 grammes d'eau distillée. La boîte renferme les produits les plus habituellement utilisés en ionisation.

De l'avantage d'employer des appareils diathermiques à ondes amorties où l'effet faradique n'est pas complètement supprimé. (Denier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol. méd.*, avr. 1927.) — L'auteur possède deux appareils d'ondes amorties; trois malades (cholécystite, claudication intermittente, rétroversion avec dysmenorrhée), ne furent pas soulagés par l'appareil ne donnant pas du tout de sensation faradique, alors que ce soulagement se produisit dès que les malades furent traités avec l'autre appareil.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes. (Laquerrière. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 29.) — Description d'un appareil que l'auteur a fait construire.

La galvanisation alternative à longues périodes que réalise cet appareil permet de donner des doses plus fortes ou des séances plus longues qu'avec le courant continu constant, sans altération de la peau et sans risque de modification fâcheuse de l'état chimique des tissus. Elle parait constituer pour certains muscles malades le meilleur exercice électrique.

III. ACCIDENTS

Les accidents de la diathermie. (A. Laquerrière. *Journ. méd. franç.*, avr. 1927.) — Ces accidents sont de deux ordres : 1° Les brûlures superficielles qui, en général, ne sont pas graves et que l'on peut éviter par une bonne technique, en surveillant le sujet pendant la séance et en tenant compte de ses récriminations. 2° Il peut se produire, tout à fait exceptionnellement, des coagulations en masse, dans les cas où la circulation est défectueuse et où l'échauffement sera beaucoup plus intense.

Sur les accidents électriques. (Duhem. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1927.) — Les expériences anciennes de Weiss montrent que le courant *continu* peut déterminer des troubles tardifs, liés à des modifications chimiques des tissus par électrolyse. Il ne faut donc pas adopter aveuglément la formule : l'électricité tue ou ne laisse pas de trace; et ne pas considérer toute paralysie, suite d'électrocution comme une paralysie pithiatique. Tous les électrothérapeutes sont du même avis.

Résumé du rapport sur les accidents dus à l'électricité industrielle. (Naville et de Morsier. Congrès de médecine légale, Lyon 1927, in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, déc. 1927, p. 630.) — Comme la question est vaste et complexe, les auteurs estiment qu'ils doivent se borner à étudier : 1° les expériences de laboratoire qui expliquent le mécanisme de la mort par l'électricité; 2° les modalités cliniques et la pathogénie des morts par électrocution ; 3° les conditions techniques et physiologiques dont peut dépendre la gravité des accidents ; 4° les considérations médico-légales.

Myoclonies et tics d'origine pithiatique consécutifs à une électrocution chez une téléphoniste. (CROUZON et GILBERT-DREYFUS. Congrès de médecine légale de Lyon, 1927; in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, déc. 1927.) — Une semaine après la décharge électrique, cette téléphoniste présenta des secousses du bras droit, du clignotement des yeux et du tremblement des lèvres. Ces troubles furent radicalement guéris par un traitement faradique.

Les auteurs insistent sur le fait qu'il existe peu d'observations concernant les accidents bénins qu'ils rangent en deux catégories : ceux d'apparence organique et ceux de nature fonctionnelle.

IV. ÉLECTRODIAGNOSTIC

Altérations de la chronaxie dans un cas de syndrome neuro-anémique : atteinte légère, probablement par répercussion du neurome moteur périphérique. (G. BOURGUIGNON, M. FAURE-BEAULIEU et R. CAHEN. *Revue neurol.*, oct. 1926.) — Observation d'une femme de cinquante-cinq ans qui présentait depuis deux ans des troubles de l'état général en rapport avec une *anémie grave* du type pernicieux, des troubles nerveux, sensitifs et moteurs.

Les examens électriques montrent deux catégories de réactions :

1° A la jambe et au pied droits, la chronaxie est diminuée dans le domaine du S. P. I. à la plante du pied (moitié de la normale), et légèrement augmentée (deux fois la normale) dans le domaine du S. P. E., sans modification de la forme de la contraction.

2° Au pied gauche et à la cuisse des deux côtés, la chronaxie est augmentée, soit aux points moteurs et par excitation longitudinale, soit exclusivement par excitation longitudinale. La chronaxie est plus augmentée, comme c'est la règle, par excitation longitudinale qu'au point moteur.

Recherches quantitatives sur l'excitation électrique par des interruptions de courant. Détermination d'une constante de temps. (R. DERIAUD et H. LAUGIER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI.) — Pour caractériser les lois de l'excitation électrique par les interruptions de courant, pour l'excitation produite à la rupture du courant, on peut déterminer une constante de temps empirique analogue à la chronaxie pour la secousse de fermeture obtenue par passage du courant.

Si l'on fait le rapport de cette nouvelle constante de temps à la chronaxie, pour des tissus ayant diverses vitesses d'excitabilité, on constate que ce rapport est sensiblement constant et voisin de 1,80.

Lois d'excitation des fibres motrices du nerf laryngé inférieur. (DE MOURA CAMPOS, A. CHAUCHARD et B. CHAUCHARD. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI.) — La loi d'excitation électrique par décharges de condensateur est la même que pour les muscles squelettiques des mammifères. La chronaxie est environ de 0,16.

Un nouveau pas vers la théorie de l'excitation électrique : perturbation ionique, pertubation colloïdale et phénomène antagoniste. (L. LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI.) — Le courant excitateur produit une perturbation ionique qui entraîne une modification de l'état colloïdal du tissu. Pour Lapicque, c'est cette perturbation colloïdale qui constitue le mécanisme essentiel de l'excitation.

Note sur les troubles des réactions électriques observés dans 72 cas de paralysie faciale. (DELHERM et BEAU. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrol. et de radiol.*, mars 1927.) — Cette statistique vise l'exactitude du schéma d'Erb.

Premier groupe. — « Aucune modification de l'excitabilité, guérison en deux à trois semaines »; 22 cas conformes à la règle.

Deuxième groupe. — « Au cours de la deuxième ou de la troisième semaine, réaction normale du nerf, contraction lente et inversion par excitation musculaire. Durée quatre à six semaines. » Ce groupe comprend 48 malades ; 8 seulement ont guéri en moins de dix semaines.

Troisième groupe. — « Les phénomènes de réaction de dégénérescence se manifestent aussitôt et de manière éclatante. Pronostic extrêmement réservé » ; 7 cas de réaction de dégénérescence totale. Dans aucun cas cette réaction de dégénérescence ne s'est établie avant la troisième semaine, une fois même elle n'a été complète qu'au septième mois.

Conclusions. — Il faut répéter les examens et porter au début un pronostic réservé même si le schéma d'Erb est favorable.

Variations de la chronaxie et de l'attitude des membres sous l'influence de la scopolamine et de l'ésérine dans deux cas de syndromes parkinsoniens postencéphalitiques. (G. MARINESCO et G. BOURGUIGNON. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVIII.) — Observations de deux enfants atteints de syndromes parkinsoniens postencéphalitiques. L'injection de scopolamine a diminué la chronaxie des extenseurs qui était augmentée et a augmenté celle des jumeaux qui était diminuée, ramenant ces grandeurs au voisinage de la normale. En même temps le varus équin a diminué dans un cas et disparu complètement dans l'autre.

L'injection d'ésérine a diminué la chronaxie des extenseurs au point de l'amener à une valeur plus petite que la normale. La chronaxie des jumeaux n'a pas varié, mais l'état de contracture a été aggravé.

Il est remarquable de voir une même substance, comme la scopolamine, agir en sens inverse sur les chronaxies suivant qu'elles sont préalablement augmentées ou diminuées.

Chronaxie normale du nerf vestibulaire de l'homme. (G. BOURGUIGNON et Mlle DEJEAN. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 30 mai 1927.)

Sur l'efficacité comparée des ondes cunéiformes et des ondes rectangulaires. (André STROHL et Ph. FABRE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCII.) — Les courants progressifs interrompus (ondes cunéiformes) excitent le muscle avec une quantité d'électricité moindre que les courants constants de même longueur.

C'est une nouvelle confirmation du principe suivant lequel, parmi les courants qui mettent en jeu une quantité donnée d'électricité dans un temps donnée, ce sont ceux dont l'intensité reste constante qui sont les moins efficaces.

La chronaxie dans la démence précoce. Individualisation des formes catatoniques par la chronaxie. (H. CLAUDE, G. BOURGUIGNON et H. BARUK. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 19.) — Mensuration de la chronaxie chez huit malades atteints de démence précoce. Chez cinq d'entre eux qui ne présentaient que des troubles purement psychiques, toutes les chronaxies étudiées aux membres supérieurs étaient normales. Chez les trois malades avec catatonie, les auteurs ont trouvé des variations de la chronaxie. Ils ne rapportent pas ces troubles de l'excitabilité à des lésions anatomiques du système nerveux, mais à de simples modifications physico-chimiques.

Atrophie des muscles de la main par atteinte du cubital et du médian au cours d'un rhumatisme chronique ostéophytique et déformant. (O. CROUZON, J. CHRISTOPHE et GILBERT-DREYFUS. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 mars 1927.) — Malade présentant une atrophie des mains du type Aran-Duchenne et chez lequel on était en droit de discuter l'origine médullaire et radiculaire des lésions. Or, il s'agissait d'une atteinte des troncs nerveux au niveau du coude par rhumatisme chronique ostéophytique et déformant.

L'*examen électrique* montrait : réaction de dégénérescence

totale dans les muscles de la main droite innervés par le cubital; réaction de dégénérescence partielle, légère dans les muscles de la main innervés par le médian. A droite, dans le domaine du cubital, la *chronaxie* est augmentée de trente fois sa valeur normale avec contraction lente et galvanotonus. Dans le domaine du médian, mélange de fibres à contraction vive et de fibres pathologiques à chronaxie augmentée et à contraction lente.

A gauche lésions homologues, moins accentuées et portant presque exclusivement sur le cubital.

Paralysie faciale provoquée et sympathectomie cervicale supérieure homologue dans l'hémispasme facial « essentiel ». (Sicard, Robineau et Haguenau. *Revue neurol.*, mars 1927.) — Observations de deux malades opérés pour hémispasme facial : section du nerf facial et ablation du ganglion cervical supérieur sympathique. Après l'intervention, les spasmes faciaux ont totalement disparu, mais l'occlusion palpébrale peut se faire en partie, malgré la réaction de dégénérescence complète des muscles faciaux.

Accroissement de l'efficacité de l'excitation électrique par son interruption momentanée. (L. Lapicque et H. Laugier. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI.)

Recherches quantitatives sur l'excitation électrique par des interruptions de courant. Etude de la loi d'excitation. (R. Deriaud et H. Laugier. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI.)

Excitation musculaire par dépolarisation électrique. Secousse de Shunt. (Ph. Fabre, H. Desgrez, et P. Dubost. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCVI, 1927.) — Les courants de dépolarisation du corps humain à travers des Shunts de résistance quasi nulle sont susceptibles, dans certains cas, d'exciter la contraction musculaire, pour des courants polorisants d'intensité très inférieure au seuil galvanique.

La prépondérance de la secousse de Shunt n'est pas cependant un fait général. Elle est moins nette ou cesse même de se manifester pour les muscles de l'avant-bras, de la main et du membre inférieur. Ce fait est probablement dû à la *chronaxie* plus grande de ces muscles.

La secousse de Shunt diminue quand on augmente la résistance du Shunt ou qu'on raccourcit le passage du courant polarisant.

Recherches sur l'excitabilité de l'appareil du goût chez l'homme. (M. et Mme Chauchard. *C. R. de l'Acad. des sciences*, mai 1927, t. CLXXXIV.) — Plaçant une électrode sur la nuque, l'électrode différenciée sur les régions sensibles de la langue, les auteurs déterminent la chronaxie sensitive de l'organe en prenant pour test la sensation piquante accusée par le sujet.

Sur la réaction des cellules végétales et ses relations avec l'excitabilité. (M. et Mme Lapicque. *C. R. de l'Acad. des sciences*, juin 1927, t. CLXXXIV.)

De l'excitation neuro-musculaire par ondes cunéiformes. (Ph. Fabre. *C. R. de l'Acad. des sciences*, juin 1927, t. CLXXXIV.) — L'auteur obtient ces ondes en interrompant le courant linéaire fourni par son « Excitateur linéaire » au moyen d'un appareil à chute.

A propos de l'emploi des lampes à deux électrodes en électrophysiologie. (A. Strohl et H. Desgrez. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1927.)

De l'utilisation des lampes valves pour la mesure de la chronaxie chez l'homme. (Henri Desgrez. *Th. de Paris*, 1927.) — Cet ouvrage contient un bon résumé de la question de la chronaxie exposé avec clarté. En lisant cette thèse, on peut acquérir sans peine les notions les plus importantes.

Au sujet des conditions optima de mesure de l'excitation électrique chez l'homme. (André Strohl et H. Desgrez. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol. méd.*, avril 1927.) — La force contre-électromotrice développée dans les tissus par le passage du courant peut, quand on opère chez l'homme, atteindre dans certaines conditions un voltage représentant 90 p. 100 de la différence de potentiel des électrodes. Il est donc de première importance, pour obtenir des résultats précis, de tenir compte de cette force contre-électromotrice afin de l'éliminer le mieux possible.

La chronaxie doit être mesurée par des courants continus de courte durée, interrompus mécaniquement, la self, la lampe ou les résistances étant en série avec le sujet, c'est la méthode de choix.

L'excitation neuro-musculaire par les courants progressifs chez l'homme. (Philippe Fabre. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 21 fév. 1927.) — L'utilisation des courants progressifs s'était cantonnée jusqu'ici au laboratoire faute d'une technique simple et sûre. Fabre a utilisé les propriétés des lampes biodes pour établir un appareillage indéréglable et d'un maniement facile.

A propos de la bobine à fil fin en électro-diagnostic. (Delherm. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1927.)

A propos de la question : est-on fautif d'utiliser une bobine à fil fin en électrodiagnostic? (Delherm. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1927.) — Duchenne (de Boulogne) estimait que quelle que soit l'intensité on pourra toujours faire l'application sans produire de douleur pourvu qu'on ait soin « d'élargir suffisamment les intermittences ». Le dogme de la bobine à fil fin, procédé douloureux, n'était donc, pour Duchenne, valable que pour la faradisation tétanisante. D'autre part Duchenne admettait la nécessité en certains cas d'une tension élevée puisqu'il était parfois obligé d'utiliser la bouteille de Leyde.

On ne commet pas une faute en utilisant les *chocs espacés* de la bobine à fil fin d'un appareil médical; mais par contre, lorsque la résistance du sujet est grande, en présence de muscles très atrophiés, il ne faut donner une réponse qu'après s'être servi de la bobine à fil fin.

Réflexion sur le choix de la bobine à employer en électrodiagnostic. (Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1927.) — A l'heure actuelle on emploie des chocs espacés; avec un *appareil médical*, l'examen électrique doit être pratiqué avec une bobine à fil fin qui seule est capable de vaincre la résistance d'une peau très épaisse ou d'exciter des muscles hypoexcitables. Cette bobine donne des sensations très tolérables.

Sur les différences d'excitation par les bobines à gros fil et à fil fin. (A. Strohl et H. Desgrez. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1927.) — Ces recherches montrent que les courants d'ouverture des différentes bobines secondaires d'un appareil faradique donnant un même seuil diffèrent les uns des autres par leurs formes. Ils sont plus intenses et plus brefs pour les bobines à gros fil et plus longs et plus étalés avec les bobines à fil fin.

La bobine à gros fil paraît donc devoir être employée pour déceler de faibles variations dans l'excitabilité, car elle doit donner le plus de précision dans les mesures.

L'usage de la bobine à fil fin semble, par contre, légitime dans le cas de grosse hypoexcitabilité et cela, non seulement parce qu'il permet d'atteindre des intensités plus fortes, mais aussi parce que les courants étant alors plus étalés dans le temps, sont à voltage égal, d'après la loi de Weiss plus excitables que les courants d'une durée plus longue.

Influence de la section d'un nerf sur l'excitabilité générale du système nerveux. (J. E. ABELOUS et H. LASSALE. *C. R. Acad. des sciences*, 5 déc. 1927.) — A la suite de la section du nerf sciatique gauche chez le lapin, les auteurs ont observé une exaltation de l'excitabilité sciatique droit. Elle se manifeste du vingtième au trentième jour, puis s'atténue et à la fin du deuxième mois l'excitabilité redevint normale.

L'écorce cérébrale grise répond-elle à l'excitation électrique? (RIZZOLO. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1927, t. XCVII.) — D'après les expériences de l'auteur, la substance grise répond aux excitations électriques et est sensible à l'action d'un agent chimique tel que la nicotine.

Distinction entre les mesures d'excitabilité et les mesures de vitesse d'excitabilité neuro-musculaires; un nouveau test d'excitabilité. (Ph. FABRE. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 28 nov. 1927.)

Les anomalies du schéma d'Erb dans la paralysie faciale. (DELHERM et BEAU. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juin 1927.)

Chronaxies des principaux muscles striés de la grenouille. (M. LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1927, t. XCVI.) — Tableaux de chiffres montrant que pour les pattes postérieures de la grenouille, il y a bien un bon accord entre les chronaxies nerveuses et musculaires.

Sur les excitations par de courants progressifs dans lesquels on introduit des lacunes. (MIGUEL, OZORIO DE ALMEIDA et A. et B. CHAUCHARD. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1927, t. XCVI.)

Modifications des paramètres de l'excitabilité des zones motrices de l'écorce cérébrale sous l'influence du chloroforme. (A. et B. CHAUCHARD. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1927, t. XCVI.)

Modèle schématique reproduisant les conditions physiques de l'excitation électrique chez l'homme. (André STROHL et Henri DESGREZ. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1927, t. XCVI.) — Un système composé de résistances et de condensateurs placés en série et en dérivation permet de reproduire les conditions physiques de l'excitation électrique chez l'homme. On peut avec ce dispositif retrouver les phénomènes d'excitation des muscles par les courants de dépolarisation; en plus, on peut mettre en évidence l'influence des efforts de capacité sur la chronaxie; ce schéma montre comment on peut s'en affranchir par l'emploi des lampes à deux électrodes.

Dispositif pour l'étude du vertige voltaïque et autres recherches d'électrodiagnostic. (G.-A. WEILL. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, déc. 1927.) — Pour se passer d'un aide et éviter la suggestion possible du sujet qui peut écouter les paroles des opérateurs, l'auteur est arrivé à dissocier la table classique en deux éléments : un petit tableau placé sous les yeux de l'opérateur et un rhéostat progressif qu'il manœuvre au pied. Ainsi, sans dire un mot, ayant les mains libres, il pourra, avec des gestes très discrets, obtenir toutes les combinaisons voulues du courant galvanique et en noter la mesure à chaque instant.

V. SYSTÈME NERVEUX

Troubles sensitivo-moteurs d'aspect radiculaire et troubles d'aspect cérébelleux par lésion corticale. (Gustave ROUSY et Gabrielle LÉVY. *Revue neurol.*, nov. 1926.)

Répercussion d'une lésion corticale sur les muscles allant jusqu'à un léger degré de dégénérescence. (G. BOURGUIGNON. *Rev. de neurol.*, nov. 1926.) — Examen électrique du malade de l'observation précédente.

Dégénérescence partielle, à répartition fasciculaire, irrégulièrement distribuée au sein d'un même muscle, se rencontrant : dans le domaine du radial, y compris le triceps et long supinateur; dans le domaine du médian et du cubital, à la main, les muscles innervés étant normaux à l'avant-bras.

Chronaxie normale et contraction vive dans les muscles suivants : deltoïde, biceps, rond pronateur, palmaires, cubital antérieur, fléchisseurs superficiels et profonds.

En somme, l'examen électrique révèle une lésion légère des cornes antérieures de la moelle, associée à une légion pyramidale révélée par l'examen clinique.

Etude sur la poliomyélite infantile à Marseille. Sa recrudescence actuelle. (Louis PAYAN et Marc MASSOT. *Arch. de méd. des enfants*, déc. 1926.) — Les auteurs apportent des observations et une statistique. « La thérapeutique employée a toujours recouru aux procédés physiques, aujourd'hui classiques : électricité, massage et plus rarement radiothérapie. La diathermie, préconisée par Bordier, n'a pu guère être utilisée, l'installatien nécessaire faisant encore défaut dans nos formations hospitalières; elle a été parfois remplacée par les bains thermolumineux. »

Introduction électrolytique iodurée et corps thyroïde. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1927.) — Observation d'une malade atteinte d'un goitre simple ancien et faisant des accidents de compression, qui fut considérablement améliorée par quelques séances d'ionisation iodurée au niveau de la tumeur.

La galvano-radiothérapie de la paralysie faciale. (COLANÉRI. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1927.) — Séances de courant continu biquotidienne le premier mois, cinq minutes le matin, cinq minutes le soir, 5 à 10 milli-ampères, quelques interruptions après trois semaines; séance quotidienne le deuxième mois, de dix minutes de durée.

Sur cinq malades paraissant semblables cliniquement et au point de vue des réactions électriques, trois ont été soumis à la radiothérapie et ont guéri plus vite que ceux qui n'ont été traités que par le courant galvanique.

Quelques algies graves traitées par la diathermie. (H. DESGREZ. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — Douze observations d'algies traitées par la diathermie avec résultat favorable dans 50 p. 100 des cas.

Le traitement actuel de la poliomyélite antérieure aiguë par les rayons X, la diathermie et l'électricité. (G. CHIZZOLA. *La Radiologia med.*, mars 1927.) — L'auteur conclut que la méthode de Bordier a amélioré le pronostic de la poliomyélite antérieure aiguë.

Action de la diathermie dans la poliomyélite. (Paul DUHEM. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — Depuis que l'on emploie la diathermie dans la poliomyélite on n'observe plus ni cyanose des extrémités ni raccourcissement des membres et le petit malade supporte sans gêne tous les appareils orthopédiques nécessaires. On peut dire que tout ce qui est récupérable est récupéré dans les meilleures conditions.

On peut commencer la diathermie dès que la période fébrile est terminée.

Chaque membre doit être traité isolément, on doit surveiller le malade pendant l'application de façon à éviter des brûlures dont quelques cas ont été signalés. Pour sa part, l'auteur n'a jamais eu d'accidents sérieux dans les nombreuses applications qu'il a faites.

Le traitement électrique des paralysies de la poliomyélite. (R.-J. MORRIS. *Brit. med. Journ.*, 12 mars 1927.) — L'auteur rappelle les travaux de Bergonié à ce sujet et insiste sur les résultats qu'il est permis d'attendre d'un traitement bien appliqué et patiemment poursuivi.

Traitement du goitre exophtalmique par l'électricité. (Delherm et Morel-Kahn. *La Pratique méd. franç.*, avril 1927.) — Parmi les méthodes électriques employées dans la maladie de Graves-Basedow, la première en date paraît être celle de Vigouroux, la faradisation, suivie de près par la galvanisation simple.

La galvano-faradisation (Delherm et Laquerrière) est un traitement simple et sans danger. Pôle positif à la nuque, pôle négatif au goitre; 15 à 20 milli-ampères de galvanique et sensation nette de vibration au faradique, vingt à trente minutes trois fois par semaine. On peut y adjoindre la faradisation des globes oculaires. Les auteurs citent les autres techniques : la galvanisation abdomino-thyroïdienne, l'ionisation salicylée ou iodurée.

Un cas de névralgie par côte cervicale. (Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1927.) — Malade souffrant depuis vingt ans de douleurs violentes dans les épaules et présentant une côte cervicale surnuméraire des deux côtés. Quatre séances de radiothérapie et six séances d'ionisation iodurée amènent une grande amélioration. Une rechute se produit qui est soignée de la même façon. Dix mois après la dernière séance cette malade écrit qu'elle reste guérie. Le traitement ne modifie certainement pas la côte cervicale, mais agit souvent sur l'état inflammatoire, il doit donc toujours être essayé.

Au sujet de la paralysie faciale. (Juster. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1927.) — Le pronostic de la paralysie faciale à frigore semble dépendre de son traitement électrique précoce.

La meilleure technique, d'après l'auteur, est celle de Bourguignon. Il faut protester contre l'opinion trop répandue que l'électricité favorise les contractures.

Résultats de la méthode de Bourguignon dans le traitement de l'hémiplégie et de la paralysie faciale. (Denier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1927.) — L'auteur a traité, suivant les indications de Bourguignon, deux hémiplégiques et quatre cas de paralysie faciale; il publie les observations et conclut qu'il n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

Résultats du traitement de la paralysie faciale par l'ionisation K. I. (Duhem. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1927.)

A propos de la communication de Duhem sur le traitement de la paralysie faciale par ionisation K. I. Modification de technique. (Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1927.)

Quelques précisions concernant le traitement de la paralysie faciale par l'ionisation K. I. ; pour répondre à la communication de M. Bourguignon. (Paul Duhem. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1927.)

Le traitement de la paralysie faciale par l'introduction électrolytique d'iode avec pénétration intracranienne du courant; réponse à M. Duhem. (Georges Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1928.)

Du traitement de la paralysie infantile et de ses séquelles par l'association de la chirurgie et de la physiothérapie. (Pérard, Spéder et Spick. *Maroc méd.*, juin 1927.) — Histoire d'un enfant qui, très amélioré par un traitement physiothérapique de quatre mois, cessa à ce moment, les parents se chargeant de pratiquer l'électrothérapie chez eux. Le résultat fut désastreux et conduisit à l'intervention chirurgicale. Les auteurs insistent sur la nécessité d'un traitement électrique correctement appliqué et longtemps poursuivi et montrent aux parents tout le danger que présente l'abandon de cette thérapeutique.

VI. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

L'électro-radiothérapie dans les affections de la prostate. (W. Vignal. *Journ. méd. franç.*, janv. 1927.) — Dans les *prostatites*, l'auteur emploie les courants de haute fréquence en bipolaire : électrode Doumer ou bougie de Hégar n° 18 introduite dans le rectum, reliée au pôle supérieur du résonateur de Oudin; l'autre électrode étant constituée par une plaque sur l'abdomen reliée à l'autre extrémité du résonateur. Après cinq ou sept séances, disparition des douleurs.

Vignal se sert également dans ces cas de la diathermie; séance de trente minutes tous les jours.

Dans l'hypertrophie de la prostate, l'auteur préfère la rœntgenthérapie à l'électrolyse, la haute fréquence ou la diathermie.

Le traitement du chancre mou par la haute fréquence. (Jean Perrin. *Marseille méd.*, déc. 1926.) — Le traitement par la diathermo-coagulation donne de meilleurs résultats que l'application d'un liquide caustique ou la cautérisation ignée.

Traitement des orchi-épididymites blennorragiques par l'effluvation de haute fréquence. (Loubier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1927.) — Dans trois cas, Loubier a obtenu une guérison rapide en appliquant l'électrode de Mac-Intyre sur la région douloureuse. Séance quotidienne les quatre premiers jours, tous les deux jours ensuite. Les deux premiers malades ont été guéris en onze et douze séances; le troisième en cinq séances. Ce dernier a fait une rechute à la suite d'excès de boisson, mais a été de nouveau guéri en deux applications.

Métrorragies virginales et électrothérapie. (Rafinesque et Y. Hélie. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1927.) — Observation d'une jeune fille de quinze ans qui fut guérie de ses hémorragies abondantes par sept séances de faradisation, interruptions lentes, sept à douze minutes; un pôle au pubis, l'autre au sacrum. Tous les membres de la Société présents sont d'accord pour vanter les avantages de la faradisation et regretter que son emploi soit trop négligé.

Guérison de la stérilité d'origine gonococcique chez la femme. (Roucayrol. *La Médecine*, avril 1927.) — Cinq observations de stérilité ancienne, particulièrement démonstratives, où une grossesse fut consécutive au traitement. La *diathermie* dorso-abdomino-vaginale, séance de vingt minutes, température 45 degrés, permet donc de récupérer un nombre important de femmes vouées à la stérilité.

La diathermothérapie en gynécologie. (W. Vignal. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — Article didactique dans lequel l'auteur passe en revue les affections gynécologiques justiciables de la diathermie :

Affections de l'utérus, hypoplasie utérine, métrites et endométrites, polypes muqueux, cancer du col.

Troubles de la menstruation, aménorrhée, dysménorrhée.

Affections des trompes, salpingites refroidies.

Affections de la vulve et du vagin, vaginisme, vulvo-vaginites, névralgies clitoriennes, polypes muqueux du vagin, etc.

Diathermie et menstruation. Le traitement diathermique de la dysménorrhée. (Buden. *Progrès méd.*, 4 juin 1927.) — Dans la majorité des cas, la diathermie rend la menstruation plus abondante, plus précoce, plus longue. Elle est donc contre-indiquée chez les femmes ayant des tendances aux hémorragies, dans les métrites, dans les fibromes.

Pour la dysménorrhée, c'est surtout quand il y a hypoplasie utérine que la diathermie est utile.

La diathermie peut avoir des résultats utiles dans la stérilité liée à l'aménorrhée ou l'oligorrhée.

Sur l'emploi de la diathermie en gynécologie. (Renato ALAMANNI. *Actinotherapia*, mai 1927, vol. VI, n° 2.) — *Indications* : utéro-annexites inflammatoires, douleurs ovariennes et lombo-sacrées, hypoplasies utérines, dysménorrhée, etc.

La grossesse ne constitue pas une contre-indication, elle se poursuit normalement.

La diathermo-coagulation dans le traitement des métrites du col. (MOULS. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1927.) — L'auteur, dans le traitement des métrites du col, préconise la diathermo-coagulation, poussée jusqu'à la coloration blanchâtre. Une ou deux séances sont suffisantes suivant l'étendue de la lésion. Un certain nombre de malades ont été traitées ainsi sans incidents et l'une d'elles a eu par la suite un accouchement normal.

La diathermie dans la gonorrhée aiguë et chronique. (Léo MICHEL. *Section d'urol. de l'Acad. de méd. de New-York*, 1927.) — Les meilleurs résultats ont été obtenus dans l'inflammation aiguë et chronique de l'urètre postérieur, de la prostate et des vésicules séminales. Chez la femme les résultats ont été également brillants.

Le traitement des métrites cervicales par la diathermo-coagulation. (M. V. AMENEBOZ. *Cordoba med*, t. II, p. 55.) — Quatorze observations démonstratives.

VII. AFFECTIONS CHIRURGICALES

La diathermie en oto-rhino-laryngologie. (J. LEMOINE, *Th. de Paris*, in-8, Doin, édit.) — Cet important travail présente à la fois un intérêt pour les électrologistes qui voient s'étendre les méthodes de traitement qu'ils préconisent et pour les oto-rhino-laryngologistes pour lesquels il a été conçu.

Il est divisé en deux parties : la première comprend les théories générales sur la diathermie; la deuxième est consacrée à l'étude de l'emploi de la méthode bipolaire en oto-rhino-laryngologie.

Pour diriger le courant diathermique à travers le tissu à traiter, Lemoine a réalisé des électrodes constituées par des lames minces munies de pointes, *électrodes directrices*, qui permettent de « réduire de beaucoup la diffusion diathermique ».

Pour réduire des sections encore trop épaisses et pouvoir opérer ainsi dans des régions vasculaires et osseuses, l'auteur a réalisé des *électrodes protectrices* en forme de pinces et de serre-nœuds.

Les principales indications sont : traitement des synéchies nasales, de l'hypertrophie des cornets inférieurs et des amygdales, notamment dans ce cas chez les hémophiles, les artérioscléreux dans les cas d'amygdales fibreuses.

La diathermie en oto-rhino-laryngologie. (G. PORTMANN. *Clinique et Laboratoire*, nov. 1926.) — Etude de la diathermie en général et de l'électro-coagulation en particulier.

Par cette méthode, les cancroïdes de la face et du nez peuvent être guéris en quelques séances. Dans les tumeurs malignes, employée comme palliatif, elle ne peut remplacer le bistouri ou la radiothérapie.

En oto-rhino-laryngologie on obtient d'excellents résultats dans les cas de synéchies nasales et narinaires, dans le traitement des tumeurs angiomateuses et de certaines tumeurs bénignes.

Note sur la haute fréquence sous forme d'effluves ou de diathermie dans la fissure anale et les hémorroïdes. (DELHERM. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1927.) — Un certain nombre de malades ont été traités par la méthode diathermique, d'autres par la méthode de Doumer; d'autres ont été traités sans succès par la basse tension après échec de la haute tension.

L'impression n'est donc pas que la méthode nouvelle soit supérieure à l'ancienne et la conclusion est qu'il y a des hémorroïdaires qui n'obéissent pas à la haute fréquence. L'auteur conseille de commencer par la haute tension, puis en cas d'insuccès passer à la diathermie, mais on doit en dernier ressort savoir passer la main au chirurgien.

La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. (LEROUX-ROBERT. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — Résumé des idées que l'auteur a exposées dans son livre portant ce titre (Masson, édit.).

La diathermie en ophtalmologie. (A. MONBRUN et R. CASTÉRAN. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — Cette méthode comporte de nombreux avantages : simplicité et rapidité des interventions, absence d'hémorragie, inutilité du pansement, cicatrices invisibles, souples et extrêmement peu rétractiles.

Atrésie vaginale postopératoire, cause d'infirmité chez une chienne. Electrolyse circulaire. Guérison. (M. COCU. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 1927, n° 6.) — Le traitement consiste en électrolyse circulaire progressive, quatre séances amènent la guérison. Technique : pôle positif à la région lombaire, pôle négatif constitué par une électrode olivaire vaginale. Intensité 10 m. a., durée vingt minutes.

Diathermie et affections abdominales. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — Statistique dont l'ensemble des résultats est tout en faveur de la diathermie.

Les cas comprennent les affections de l'intestin : colites, périviscérites, épiploïtes; les troubles de la vésicule biliaire; des algies abdominales, trois cas de salpingites chroniques qui ont guéri. « Il nous paraît regrettable que la diathermie ne soit pas en France utilisée autant qu'à l'étranger dans les affections gynécologiques. »

La haute fréquence en ophtalmologie (diathermie, effluvation, étincelage). (A. MONBRUN et M. CASTÉRAN. *Arch. d'ophtalm.*, mars 1927.)

Histologie d'un épithélioma traité par électro-coagulation. (Ch. LAURENTIER. *Ann. de dermat.*, t. VIII, n° 3.) — La conclusion à tirer est la suivante : Comme un très grand nombre de procédés de destruction des épithéliomas, l'électro-coagulation est un mauvais traitement parce que, s'il peut détruire le bloc épithéliomateux, son action ne s'étend pas aux ramifications du néoplasme qui évoluent sous l'épiderme des bords de l'ulcération et se prolongent au delà de la zone d'action du traitement.

Action de la diathermie sur certaines affections gastro-intestinales. (MIRIMANOFF. *Th. de Lyon*, Bosc, frères.) — Le courant provoque une hyperémie active, augmentation du métabolisme, sédation des douleurs, action antispasmodique, action bactéricide.

L'observation clinique montre que la diathermie influence presque toujours rapidement certaines affections souvent rebelles aux autres traitements, en particulier les troubles fonctionnels à manifestations douloureuses.

Choc opératoire. Electricité postopératoire. (CHAUSSE. *Presse méd. canadienne*, avril 1927.) — Cet article recommande l'application transabdominale de diathermie, après les opérations. Cette méthode présente des avantages multiples, entre autres celui de prévenir la formation des adhérences. L'auteur a traité ainsi depuis trois ans 114 opérés et a constaté une action certaine sur la non-production des adhérences.

Des indications des courants de haute fréquence de haute et de basse tension dans le traitement des affections ano-rectales. (Paul MEYER et G.-H. MARCHAND. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1927.) — *D'après les auteurs* qui ont traité 6.000 malades, il faut conclure à la supériorité de la diathermie suivant la technique Bensaude-Cain-Meyer (B. C. M.) sur la méthode de Doumer. Cette der-

nière ne donne des résultats que dans les cas aigus, mais est alors difficilement applicable; dans les cas chroniques son action est moins nette ou elle n'agit pas. Le B. C. M. donne 60 p. 100 de succès dans les cas ayant résisté au Doumer; il donne des résultats dans les fissures récidivantes, etc. Dans les hémorroïdes, le B. C. M. permet d'étendre notablement les indications de la méthode de Doumer.

Note sur le traitement des hémorroïdes et de la fissure sphinctéralgique par la méthode de Doumer. (LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1927.) — L'auteur répond aux reproches faits à la méthode de Doumer et conclut : Pour le traitement des affections ano-rectales, en particulier des hémorroïdes et des fissures sphinctéralgiques, nous possédons deux excellentes méthodes : la première, l'effluvation préconisée par Doumer, est une méthode ancienne qui a fait ses preuves et qui n'est ni pénible ni douloureuse; la seconde, la diathermie, technique B. C. M., qui a donné d'excellents résultats mais paraît surtout indiquée chez les hémorroïdaires hépatiques ou chez les porteurs d'affections abdominales.

Basses ou hautes tensions dans les affections ano-rectales. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1927.) — L'auteur apporte trois observations dans lesquelles la méthode de Doumer a donné de bons résultats; il s'agissait de cas chroniques. Il estime que si les anciens doivent accueillir favorablement les méthodes nouvelles, ils ne doivent pas laisser tomber dans l'oubli les anciennes méthodes qui ont fait leurs preuves. La méthode de Doumer et le B. C. M. sont deux procédés qu'il faut garder précieusement.

La haute fréquence; traitement de choix du lupus. (LEROUX-ROBERT. *La Consultation*, mars 1927.) — Pour l'auteur, la *diathermo-coagulation* est le procédé idéal de destruction du lupome. L'*étincelle d'intensité* est à utiliser contre les placards déjà ulcérés ou ceux qui ne le sont pas encore.

Traitement des oto-scléroses par l'ionothérapie électrique. (André BUREAU. *Pratique méd. franç.*, mars 1927.) — Placer dans l'oreille un tampon de coton imbibé d'une solution K I et monté sur une petite tige métallique, introduire dans l'orifice pharyngien de la trompe une sonde de Itard en ébonite à travers laquelle on fait glisser une tige métallique portant un tampon imbibé de sérum physiologique; relier l'électrode externe au pôle négatif, élever très doucement l'intensité à 2 ou 3 milliampères, séances de dix à quinze minutes trois fois par semaine; faire une série de douze séances.

L'auteur a observé des améliorations sérieuses, des améliorations légères, des échecs complets. Mais en général la maladie a cessé de s'aggraver après le traitement.

A propos des entorses aiguës, leur traitement par la diathermie. (COLANÉRI. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1927.) — L'auteur a utilisé la diathermie dans deux cas d'entorse aiguë et a obtenu des résultats aussi satisfaisants que ceux de la faradisation. Mais en général la faradisation est supérieure.

De l'électrocoagulation en nappe. (Pierre LEHMANN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1927.) — Excellent procédé, mais il est nécessaire d'utiliser de faibles intensités si l'on veut se rendre compte de ce que l'on fait.

VIII. DIVERS ET BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de l'asthme bronchique par la diathermie de la rate. (GASSOUL. *Annales de Roentg. et de Rad. Russe.* t. IV, fasc. 2.) — L'auteur pense que l'asthme bronchique est presque toujours une manifestation d'un état anaphylactique.

En pratiquant la diathermie sur la rate, il provoque une hyperémie de l'organe et augmente ainsi sa fonction immunisante.

Les résultats cliniques obtenus par cette méthode sur les treize malades traités sont très encourageants.

Indications cliniques de l'électroradiothérapie. Électrothérapie. Diathermothérapie. Radiothermothérapie. Photothérapie. Actinothérapie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie. (Etienne PIOT. 1 vol. in-8 de 340 p. avec 96 fig. Préface de Ledoux-Lebard, G. Doin édit., Paris.) — On trouvera dans ce livre des détails clairs et précis sur l'électroradiologie.

La diathermie et la production de température en profondeur. (B. BETTMAN et NATHAN CROHN. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 19 fév. 1927.) — La valeur thérapeutique de la diathermie est basée essentiellement sur la production de chaleur au sein des tissus, celle-ci étant fonction : 1° de l'intensité du courant; 2° de la résistance des tissus; 3° de l'équilibre thermique général du sujet; 4° de la distribution du courant.

L'exercice musculaire électriquement provoqué. (A. LAQUERRIÈRE. *Journ. de méd. de Paris*, 7 fév. 1927.) — L'électrologiste a différents procédés à sa disposition; l'auteur les passe en revue. Ces procédés doivent être judicieusement appliqués dans chaque cas particuliers.

En ce qui concerne la gymnastique électrique localisée, il faut considérer :

a. Les cas où le muscle n'obéit pas à la volonté pour des raisons organiques (paralysie infantile, névrites, section nerveuse, etc.);

b. La paralysie pithiatique;

c. L'exercice et la rééducation chez les sujets à intelligence ou à volonté insuffisantes;

d. L'exercice des muscles déficients;

e. Enfin l'exercice électrique dans les cas qu'il ne faut pas mobiliser.

La diathermie dans le traitement de quelques affections circulatoires. (MOREL-KAHN. *Journ. méd. franç.*, avril 1927.) — En raison de son action analgésiante, de son action antispasmodique et de son action sur la circulation du sang et de la lymphe, la diathermie a été appliquée au traitement d'affections diverses de l'appareil circulatoire. Mais son action s'affirme surtout dans les troubles circulatoires locaux. En premier lieu dans la claudication intermittente, puis dans la maladie de Raynaud, dans les gangrènes, etc. L'auteur cite quelques observations probantes.

Théorie. Production. Distribution. Lumière. Force. Chaleur. Traction. T. S. F. Téléphone. Electricité médicale. (H. VIGNERON. Un beau volume gr. in-8 de 812 p., avec 780 fig., Masson édit.) — Ce livre de vulgarisation répond bien au but que s'est proposé son auteur : présenter aux Français moyens l'ensemble des applications multiples de l'électricité et en même temps résumer clairement les connaissances théoriques actuelles sur les diverses manifestations de l'énergie électrique.

L'électrocution est-elle le meilleur procédé d'exécution judiciaire? (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1927.) — L'électricité ne tue pas toujours fatalement et un littérateur scandinave déclare au gouvernement des Etats-Unis qu'il est prêt à se prêter à une électrocution si on veut bien lui pratiquer ensuite la respiration artificielle. Il semble donc que la guillotine ou la pendaison (rupture du bulbe) soient plus rapides et plus sûrement efficaces.

LE TRAITEMENT ACTUEL DU RACHITISME

Par Mme le docteur COPIN-LECOCQ,
Assistant du Service de prophylaxie de la Maternité de l'hôpital Lariboisière.

Le rachitisme est, parmi les maladies de l'enfance, une de celles qui ont le plus bénéficié des progrès récents de la thérapeutique.

Son traitement actuel, qui s'inspire de son étiologie, permet d'obtenir des résultats beaucoup plus marqués et rapides que lorsque nous ignorions tout des causes de la maladie, car si la pathogénie du rachitisme est encore discutée, nul ne conteste qu'il soit lié à des troubles du métabolisme phospho-calcique : le taux du calcium sanguin n'est abaissé que d'une façon inconstante, mais le phosphore inorganique est toujours très diminué dans le sérum des malades. D'autre part, le fonctionnement des glandes endocrines semble défectueux.

Ces troubles du métabolisme et des sécrétions internes sont provoqués par une série de facteurs dont les principaux sont :

La mauvaise alimentation, et les troubles digestifs qui en résultent. Ils précèdent très souvent l'apparition des dystrophies rachitiques. Il faut incriminer surtout l'allaitement artificiel au lait de vache et l'abus ou l'usage prématuré des féculents (panade, farine lactée).

La carence en vitamines a été invoquée, en particulier par l'Ecole lyonnaise, et les travaux de Weill et Mouriquand, continués par ceux de Lesné, de Gennes, Lecoq et autres auteurs, ont rapporté sur ce point d'intéressantes données expérimentales. On sait que le régime carencé en phosphore de Pappenheimer détermine chez l'animal des lésions rachitique très nettes.

La privation d'air et de lumière solaire joue un rôle très important dans la production du rachitisme. La distribution géographique de la maladie montre qu'elle est plus fréquente dans les pays peu ensoleillés. Les cas sont plus nombreux au printemps après les mois d'hiver de courte insolation et, là encore, les données expérimentales montrent des manifestations rachitiques chez les animaux vivant dans l'obscurité.

Enfin le rachitisme peut survenir à la suite d'une *maladie infectieuse*. Pour certains auteurs, Hutinel, Fournier, Marfan, la syphilis est une cause prédisposante. Les broncho-pneumonies traînantes, les pyodermites chroniques, la tuberculose, peuvent également favoriser l'apparition du rachitisme.

Ces notions étiologiques sommaires vont nous permettre de mieux préciser le traitement à appliquer.

Régime alimentaire. — Pour éviter les troubles digestifs, il faudra surtout préconiser l'allaitement au sein. Et si l'on est obligé de recourir à l'allaitement artificiel, celui-ci devra être particulièrement bien réglé en ce qui concerne le nombre, l'intervalle et la quantité des tétées. Il faut absolument éviter l'alimentation exclusive aux farines lactées pendant les six premiers mois.

Traitement médicamenteux. — On a employé beaucoup de médicaments pour le traitement du rachitisme. Parmi ceux-ci, il faut surtout retenir l'huile de foie de morue et le phosphore. L'huile de foie de morue est depuis longtemps considérée comme douée de propriétés antirachitiques appréciables, dues pour Mellanby, Mac Collum, etc... à sa richesse en vitamines, alors que pour d'autres auteurs (Lesné, Vagliano), son principe actif ne serait pas d'ordre vitaminique. Mais quelle que soit la raison de l'action bienfaisante de l'huile de foie de morue, les praticiens peuvent en faire bénéficier leurs petits malades, en leur faisant absorber tous les matins à jeun une cuillerée à café ou à dessert d'huile naturelle, aussi fraîche que possible. Il est souvent plus facile de faire accepter les extraits d'huile de foie de morue, qui se donnent par gouttes, quatre, cinq ou six, le matin avant le premier repas, bien qu'ils n'aient pas toujours la même efficacité (Mouriquand).

Le *phosphore*, qui est toujours déficient dans le sérum sanguin des rachitiques, pourra être prescrit sous forme d'huile phosphorée. Pour notre part nous préférons l'administrer sous forme du sel sodique neutre de l'acide insito-hexaphosphorique, mélangé au sucre de lait : *fortossan*. Cette préparation de goût agréable, d'administration facile, même aux tout petits, qui peut être ajoutée aux bouillies et aux biberons, nous a toujours donné des résultats très satisfaisants et nous avons fréquemment constaté au cours de son administration, une amélioration sensible avec atténuation et disparition progressive des lésions rachitiques.

Lorsque le rôle étiologique de la syphilis héréditaire sera établi, ou seulement probable, le traitement antisyphilitique devra être institué.

Les *agents physiques*, ont pris depuis ces dernières années une place importante dans le traitement du rachitisme et l'action bienfaisante du climat marin, comme de l'héliothérapie, bien connue depuis longtemps, doit certainement être rapportée à leur richesse actinique.

La partie la plus active du spectre solaire, ainsi que l'a découvert Huldschinsky, est due aux rayons ultra-violets, qui paraissent effectivement doués d'une puissante action antirachitique.

Pour Huldschinsky, l'action curative des rayons ultraviolets s'exerce sur toutes les formes du rachitisme infantile, et cette méthode de traitement, dont nous ne pouvons préciser la technique dans cet exposé rapide, a donné des résultats remarquables entre les mains de plusieurs auteurs (Hess, Lesné, de Gennes, Mouriquand).

Tels sont, à l'heure présente, les moyens préventifs et curatifs dont nous disposons pour combattre le rachitisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1928)

Étude des variations de la tolérance au bicarbonate de soude (selon l'âge du sujet et dans les troubles colitiques). [*Note présentée par M. Desgrez*]. — MM. Lenoir et Mathieu de Fossey. Ces variations ont été étudiées par les modifications de l'acidité ionique urinaire, après ingestion de doses variées de bicarbonate de soude pour l'étude des variations de la tolérance selon l'âge, et après injection d'une solution de bicarbonate de soude à 5 p. 100 pour l'étude des troubles colitiques. De ces recherches, il résulte que la tolérance au bicarbonate de soude est moins grande chez l'enfant que chez l'adulte normal, et qu'elle est diminuée chez le vieillard. Chez ce dernier, la tolérance peut être meilleure lorsqu'il s'agit d'un homme valide et vigoureux, et semble donc être en rapport avec la vitalité du sujet.

Dans certains troubles colitiques s'accompagnant, en général, de symptômes d'asthénie, la tolérance au bicarbonate de soude est considérablement abaissée, tombant, quelquefois, jusqu'à 0g006 par kilogramme de poids corporel.

Dans la fatigue consécutive à un exercice musculaire prolongé, on observe l'inverse de ce qui se produit dans les syndromes colitiques avec asthénie : la tolérance au bicarbonate de soude s'élève. Cette épreuve ne peut donc servir de test de fatigue.

Analyse du camphre synthétique et de ses préparations officinales. — M. Bougault.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'acétylcholine. — MM. Maurice Villaret et L. Justin-Besançon poursuivant leurs recherches sur l'acétylcholine, qu'ils ont introduite il y a deux ans en thérapeutique, ont mis au point les

détails de la technique d'emploi de cette substance chez l'homme. En se servant d'un produit parfaitement pur et sec, ils ont déterminé les doses qui peuvent être introduites par voie sous-cutanée, sans aucune réaction fâcheuse locale ni générale.

Au point de vue physiologique, l'injection sous-cutanée détermine, même à petites doses, une dilatation vasculaire localisée aux artères et aux artérioles. En collaboration avec Mme Schiff-Wertheimer, les auteurs ont observé directement cet effet sur l'artère rétinienne. A doses plus fortes, l'acétylcholine excite le système parasympathique. Son effet vagomimétique diffère d'ailleurs nettement de celui de la pilocarpine.

En thérapeutique, les injections d'acétylcholine déterminent une amélioration remarquable dans le syndrome de Raynaud. Dans les artérites à tendance sténosante, quelle que soit leur cause, les résultats sont excellents, à condition que les lésions anatomiques ne soient pas trop étendues.

D'excellents effets sont obtenus dans la sclérodermie, les ulcérations trophiques des moignons, les sueurs des tuberculeux, etc... Enfin, les troubles fonctionnels des hypertendus (vertiges, doigt mort, crampes, etc...) sont nettement améliorés.

Les auteurs mentionnent encore une série de recherches thérapeutiques en cours où l'influence de l'acétylcholine paraît être d'un certain intérêt.

L'injection sous-cutanée d'acétylcholine permet encore de différencier aisément les syndromes de Raynaud des acrocyanoses juvéniles avec hypertension veineuse, l'amélioration des troubles circulatoires s'observant seulement dans les premiers.

Enfin, les effets extrêmement rapides de l'acétylcholine, au cours de certaines artérites, montrent l'importance considérable du spasme vasculaire dans la séméiologie de ces affections.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1928)

A propos de l'ulcéro-cancer de l'estomac. — M. LECÈNE revient sur cette question; pour lui la seule preuve convaincante de la cancérisation d'un ulcère chronique est d'ordre histologique et le mieux, comme il est difficile de conclure fermement même en cours d'opération au diagnostic de cancer ou d'ulcère simple, est d'enlever toujours largement les lésions ulcéreuses chroniques et calleuses de la paroi gastrique.

M. ALGLAVE fait des réserves, inquiet de la gravité de la gastro-pylorectomie et se basant sur les résultats éloignés si satisfaisants de la gastro-entérostomie appliquée à l'ulcère calleux.

Traumatisme du genou. — M. L. BAZY, chez un malade blessé au genou et présentant des signes de lésion du ménisque interne, est intervenu par incision transversale interne, a enlevé le ménisque avec un fragment arraché de cartilage du condyle interne du fémur.

Examen radiologique de l'utérus. — M. MOCQUOT attribue à l'examen radiologique de l'utérus après injection de lipiodol une grande valeur dans le diagnostic du cancer du corps utérin, et rapporte plusieurs observations.

Ostéomyélite de l'humérus. — M. CADENAT fait un rapport sur une observation de M. BRUGEAS (de Shanghaï) qui chez un

enfant de douze ans atteint d'ostéomyélite, a fait après échec consécutif à l'extirpation de la tête humérale, une résection complète de l'os suivie de guérison.

Fibrome du ligament large. — M. BRUGEAS (de Shanghaï) [rapport de M. CADENAT] a opéré chez une femme de quarante-huit ans une énorme tumeur prise pour un kyste dermoïde de l'ovaire et qui était en réalité un fibrome du ligament large; tumeur rare, dont l'extirpation fut difficile; guérison après application d'un Mikulicz.

Opérations conservatrices dans les lésions méniscales. — M. MOUCHET fait un rapport sur un travail de M. ROCHER (de Bordeaux) qui a adressé huit observations de lésions des ménisques du genou; sept de blessés par fissuration longitudinale opérés par méniscectomie, un par méniscopexie.

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. DUJARIER fait un rapport sur une observation de MM. LAMARE et LARGET, qui ont traité un cas de disjonction de la symphyse pubienne chez une femme de quarante-quatre ans par ostéosynthèse et greffe avec un excellent résultat.

M. AUVRAY a pu dans deux cas semblables obtenir un résultat fonctionnel très bon, sans opération.

Appendicite et perforation cæcale. — M. CHAUVENET (de Thouars) [rapport de M. MOURE] a opéré une malade présentant en dedans de la base d'implantation appendiculaire une perforation cæcale; appendice gangréné; appendicectomie, suture du cæcum, guérison sans fistule stercorale.

Diverticule de Meckel et hernie. — M. SICARD (d'Oran) [rapport de M. MOURE] a opéré une femme de soixante ans présentant un diverticule de Meckel dans une hernie ombilicale récidivée. Guérison.

Rupture du tendon du biceps. — M. LAPOINTE fait un rapport sur une observation de M. BRAINE, de rupture basse du tendon du long biceps brachial.

Hernies diaphragmatiques. — M. SCHWARTZ apporte deux cas de hernie diaphragmatique opérés.

(SÉANCE DU 28 MARS 1928)

A propos des myomectomies. — M. LABEY, chez une jeune femme, a pu enlever un fibrome par myomectomie; deux ans après, grossesse normale.

Pour M. J.-L. FAURE, la myomectomie est parfois plus grave que l'hystérectomie; elle expose à la récidive, il faut la réserver aux femmes jeunes et ne la pratiquer que dans des cas bien déterminés.

M. BAZY apporte lui aussi des observations de grossesse après myomectomies.

M. TUFFIER, depuis 1921, a pratiqué 42 énucléations avec 1 mort, 1 récidive et 3 grossesses.

Pour M. MOCQUOT, il n'y a que de rares indications à la myomectomie, seulement dans des cas bien limités et chez des femmes jeunes, avant quarante ans. Il ne considère pas comme dangereuse l'ouverture de la cavité utérine au cours de l'opération.

Quelques opérations conservatrices au cours des hydronéphroses. — M. PAPIN (rapport de M. MARION) adresse une série d'observations d'hydronéphroses congénitales pour lesquelles il a pratiqué différentes opérations : résection du bassinet, résection partielle du rein, drainages temporaires, etc..., toujours associées à la néphropéxie. Cette dernière méthode joue d'ailleurs pour M. MARION un rôle capital dans les opérations pratiquées. Le rapporteur pense que ces hydronéphroses sont d'origine mécanique et non, comme l'a dit M. Legueu, d'origine neuro-musculaire; et ses causes sont pour lui le plus souvent le vaisseau anormal et l'abaissement du rein. Il insiste sur l'utilité de la pyélographie et sur les détails de la néphropexie.

Phlegmon total des gaines des fléchisseurs. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de M. BRAINE; phlegmon des gaines synoviales des fléchisseurs de la main ouvert par longue incision antibrachio-palmaire; excellent résultat fonctionnel.

M. CADENAT insiste sur la gravité de ces lésions et la difficulté d'obtenir de beaux résultats,

MM. MOUCHET et DE FONTOYNONT prennent part à la discussion.

Hernies diaphragmatiques. — M. LAFOURCADE (de Bayonne) présente deux observations de hernies diaphragmatiques traumatiques opérées par lui.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie externe [8e édition] (1), par le docteur E. FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Voici une nouvelle édition d'un livre qui depuis longtemps a pris sa place parmi les grands classiques. Il mérite une mention toute particulière : peu de maîtres, en effet, ont réalisé une œuvre comparable à celle de M. le professeur Forgue. Au milieu du travail formidable que nécessitent ses recherches scientifiques, malgré les fatigues de sa vie chirurgicale si active, M. Forgue n'a jamais négligé, un seul jour son enseignement. Il lui a donné la part la plus importante et la meilleure de sa vie.

Il y a quelques mois nous montrions ici même comment M. le professeur Forgue comprenait l'initiation morale des étudiants à la chirurgie, la nouvelle édition de son *Précis de pathologie externe* nous est une occasion de montrer comment il envisage leur initiation pratique.

Son précis n'est pas destiné à remplacer les traités classiques, il est encore moins destiné à remplacer l'hôpital qui demeure la seule et la grande école de la pathologie. En l'écrivant M. Forgue a voulu permettre au débutant de se recueillir après sa visite hospitalière, de revoir rapidement dans un livre clair, aux dispositions heureuses, les grandes lignes de la pathologie générale chirurgicale, et la chirurgie des régions.

Il a voulu aussi permettre aux candidats, à la veille d'un concours, ou au médecin praticien de revoir une question embarrassante.

On sait avec quel soin méticuleux, M. Forgue sait présenter, exposer, développer une question, et quelle clarté singulière en jaillit aussitôt. C'est dire combien la lecture de son livre rendra de services à tous ceux qui auront recours à lui.

F. L. S.

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon [3e série] (2), par M. ACHARD.

M. le professeur Achard vient de publier la troisième série de ses magnifiques cliniques de l'hôpital Beaujon. Il l'a fait avec son habituel talent et conscient de la haute mission qui lui est confiée il ne s'attache pas seulement à former de bons cliniciens mais il ne manque pas chemin faisant de donner aux étudiants ces conseils qui contribueront à en faire de bons

(1) Deux volumes formant 2.500 pages avec 1.085 figures en noir et 67 en couleur. 1927-1928, cartonnés toile — Prix : 150 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume in-8. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

médecins dans toute l'acception du mot. Comme le livre de M. Forgue dont nous venons de parler, c'est un excellent livre, d'une lecture attachante et dans lequel le travailleur trouvera des documents précieux. F. L. S.

Eléments de la physique des rayons X. Introduction à la radiologie médicale et à l'étude générale des rayonnements (1), par F. Wolfers, docteur ès sciences.

L'ouvrage que nous présente M. Wolfers s'adresse à tous ceux qui, même sans posséder de culture scientifique particulière, s'intéressent aux progrès de la science et aux idées modernes sur la matière. Toutefois, ce livre a pour but principal de faciliter aux médecins et aux étudiants en médecine l'accès d'une spécialité du plus grand intérêt, la radiothérapie qui présente peut-être des difficultés spéciales en raison des connaissances physiques indispensables à son emploi.

Ce qui fait l'intérêt du présent ouvrage c'est qu'il n'est pas dû comme les autres à la plume d'un médecin, mais à celle d'un physicien spécialisé. L'emploi d'un agent aussi puissant que les rayons X exige, pour être efficace et sans danger, des connaissances très exactes, des notions « quantitatives »; l'empirisme, qui est la méthode normale et nécessaire des sciences médicales, ne saurait plus suffire ici.

Voici un bref aperçu des sujets traités : Une courte introduction donne une idée des principes de la radiothérapie et des difficultés à vaincre. Les premiers chapitres traitent des propriétés générales du rayonnement : diffusion, diffraction, etc., en insistant sur la définition des notions les plus fondamentales et sur les applications biologiques. Les spectres, la fluorescence, l'absorption sont étudiés ensuite; les hypothèses concernant le mode d'action biologique des rayons sont discutées ou proposées. Le chapitre VI contient l'examen critique des procédés de dosage des rayons. Le chapitre VII a pour but de présenter quelques questions de principe relatives aux générateurs de courants à haute tension. Le chapitre VIII, assez développé, expose les idées modernes sur la structure des atomes, le rôle des électrons, les rayons cathodiques et l'émission thermionique. Enfin, ces notions sont appliquées à l'examen des phénomènes qui ont lieu dans les soupapes et dans les tubes à rayons X. Une table alphabétique facilite les recherches sur tel sujet donné. L. G.

(1) In-8 de 400 pages avec figures et planches hors texte. — Prix : 25 fr. — Paris, Hermann.

La Parole de l'Umfia (1), par le docteur L. Dartigues.

Le docteur Dartigues vient de faire paraître un petit livre qui est la réunion de tous les discours qu'il a prononcés depuis la fondation de l'Umfia, dans les circonstances les plus diverses : séances solennelles, journées médicales où l'Umfia était représentée, réceptions de médecins du monde franco-ibéro-américain, hommages à des savants, banquets où se trouvait l'élite diplomatique et scientifique des pays latins. On y verra l'effort fait par le Président-Fondateur de l'Umfia pour mettre debout la première et la plus belle des associations médicales internationales pour faire valoir l'expansion scientifique et la spiritualité latine.

Ce livre est tri-préfacé par le professeur J.-L. Faure, M. le doyen Roger et le docteur Tuffier.

Il sera suivi bientôt d'un gros volume : *Verba et scripta Umfiæ* où sera rapporté tout ce qui a été dit et écrit sur l'Umfia.

Le docteur Dartigues est certainement le Français qui, dès

(1) Paris, Doin et Cie.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Pour venir du Maroc en France, passez par Marseille. — C'est la traversée la plus courte, la plus rapide et la mieux abritée. A dater du 14 avril, les luxueux paquebots de la Compagnie Paquet partent de Casablanca et de Tanger pour Marseille, chaque semaine, le samedi de Casablanca, le dimanche de Tanger, au lieu de trois fois par mois en hiver. Arrivée à Marseille le mardi.

Le port de Marseille est relié aux principaux centres de la France et de l'étranger par des trains confortables et rapides avec voitures directes.

Il est délivré, aux Agences P.-L.-M. ou Paquet de Tanger et Casablanca, des billets simples ou d'aller et retour comprenant le parcours maritime et le trajet en chemin de fer et permettant l'enregistrement direct des bagages pour les principales gares P.-L.-M. Les billets simples sont valables 15 jours, les billets d'aller et retour sont valables 30 ou 90 jours.

avant la guerre, a le plus travaillé dans le monde médical en faveur de l'expansion de l'amitié français dans les pays divers de langue latine, grâce à l'Umfia, devenue Union médicale latine.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

II. **Occlusions par obstruction**. — Il n'y a pas de sphacèle intestinal, le pronostic opératoire est beaucoup meilleur car la *dérivation des matières suffit* à parer aux accidents immédiats.

a CANCER DU GROS INTESTIN. — C'est la cause la plus fréquente. Surtout le cancer du côlon pelvien,

Début. — C'est quelquefois une occlusion aiguë qui révèle le cancer. Plus souvent le début est *subaigu* chez un malade ayant eu déjà des phases d'obstruction chronique.

Etat. — **Signes fonctionnels** : crises coliques.
Vomissements tardifs.
Arrêt des matières et des gaz progressif.
Signes généraux : longtemps bon état général.
Signes physiques : ventre très *ballonné. Cadre de Laugier.*
Le *péristaltisme est conservé* et visible.
Après chiquenaudage de la paroi.

Toucher rectal. — Il peut montrer un cancer sigmoïdien bas situé.

EVOLUTION. — *Si on opère*, l'anus cæcal suffit à guérir l'évolution. On traitera la cause plus tard.

Si on n'opère pas, la mort survient en plusieurs jours.

b. L'ILÉUS BILIAIRE est dû à un gros calcul biliaire arrêté en général à la fin de l'iléon.

Le début est progressif. Le *pronostic est grave* chez ces malades en général peu résistants.

c. L'OBSTRUCTION PAR FÉCALOME.

d. LES COMPRESSIONS PAR TUMEURS DU VOISINAGE.

III. **L'occlusion spasmodique** est rare.

IV. **L'occlusion paralytique** peut survenir chez le vieillard, où après certains laparotomies, ou accompagne les péritonites aiguës.

DIAGNOSTIC

1. **Si le malade est vu au début**. — Ce qu'il faut c'est un *diagnostic d'intervention.*

a. Eliminer LES SYNDROMES MÉDICAUX :

Colique hépatique, douleur à droite et à l'épaule droite.

Colique *néphrétique* surtout qui peut réaliser une forme occlusive. Erreur grave.

b. Les SYNDROMES CHIRURGICAUX :

Perforation d'ulcus. Rechercher les antécédents gastriques. Contracture du ventre. Etat général très grave d'emblée.

Pancréatite hémorragique.

Torsion de kystes.

L'erreur est moins grave puisqu'on intervient, mais toujours penser à une *hernie méconnue* surtout hernie crurale et explorer systématiquement tous les orifices herniaires.

2. **A la période d'occlusion confirmée**. — Le diagnostic est évident.

Les *péritonites aiguës* peuvent seules prêter à discussion car elles s'accompagnent d'iléus paralytique, mais il y a de la fièvre et de la contracture abdominale.

3. **Le diagnostic étiologique** est beaucoup plus difficile. Ce qu'il faut préciser surtout c'est : obstruction ou strangulation.

On pensera *strangulation* si :
Le début est brutal;
S'il y a un signe de von Wahl.

La cause *sera présumée* s'il y a des antécédents opératoires (brides), si le sujet est âgé (volvulus) ou chez l'enfant le diagnostic d'invagination est facile.

On *pensera obstruction* si :
Le malade a eu des périodes d'occlusion chronique;
Le début a été progressif;
Le péristaltisme est conservé;
Le cæcum est dilaté.
Et c'est au cancer du côlon que l'on pensera souvent.

TRAITEMENT

Seul le *traitement chirurgical* est indiqué (toutefois l'iléus paralytique peut être curable par un lavement électrique).

On emploiera l'anesthésie rachidienne ou l'anesthésie locale.

1. **Si le diagnostic de strangulation est sûr**. — Il faut *lever l'obstacle* à tout prix et pour cela faire une laparotomie médiane, malgré sa gravité en pareil cas. Débridement, détorsion, désinvagination suivant les cas.

Traiter ensuite l'intestin. — Le rentrer s'il revient bien sous le sérum, sinon essayer :

La résection, soit avec suture complète (grave), soit avec mise à la peau des deux bouts;

Ou l'extériorisation simple ou avec anastomose au bouton entre les deux pieds de l'anse.

2. **Si le diagnostic d'obstruction est certain**. — La dérivation des matières suffit.

Anus cæcal.

Si le cæcum est plat, explorer le grêle, y rechercher un calcul et l'enlever par entérostomie.

3. **Si le diagnostic est imprécis**. — Ventre encore plat : faire la laparotomie médiane.

Ventre distendu : explorer d'abord la fosse iliaque droite.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 32, p. 583.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 23 avril. — Jury : MM. Lemierre, président; Strohl, Dognon et Vallery-Radot. — M. ADIDA. Etude sur la broncho-pneumonie. — M. LIONNET. Applications cliniques de la sensitométrie cutanée.

Mardi 24 avril. — Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Basset et Moure. — M. TRIBONDEAU. Etude de la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite. — M. FAN. Etude sur la rupture traumatique du rein droit.

Jeudi 26 avril. — Jury : MM. Ménétrier, président; Jeanselme, Bezançon et Rathery. — M. MOURADOFF. Etude de la symphyse pleurale au cours du pneumothorax. — M. LEBRETON. Les trichophyties suppurées. — M. DENICHOU. Un médecin du grand siècle (l'abbé Bourdelot). — M. RAULT. Sur une nouvelle méthode de dosage du sucre dans le sang.

Samedi 28 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Dechambre et Petit. — M. LEMETAYER. Le zèbre malgache.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 avril. — Mme Bertrand-Fontaine, 19; MM. Carrié, 19,81; Nicaud, 20; Coste, 18,54; Levesque, 18,72.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 avril. — MM. Lafont, 22; Gerson, 24; Parès, 25.

Consultation écrite. — Séance du 25 avril. — Mlle Dupie, 16 + 7 = 23; M. Renault, 18 + 8 = 26.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le professeur Sigalas a été réélu doyen à l'unanimité.

M. le professeur Henri Verger a été proposé en deuxième ligne.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Taillens, professeur de clinique médicale infantile à l'Université de Lausanne, ancien président du Congrès de pédiatrie de Lausanne.

Tous ceux qui ont apprécié l'aménité et la courtoisie de notre éminent confrère, ceux plus nombreux encore qui savent avec quelle affection il se dévoua aux blessés français pendant la grande guerre seront heureux de se joindre à la *Gazette* pour adresser à M. Taillens leurs bien vives félicitations.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Marotte, directeur du Service de santé de la 4e région.

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Uzac, directeur du Service de santé de la 5e région; Duguet, directeur du Service de santé des troupes du Levant.

Au grade de médecin colonel. — MM. Duchène-Marullaz, Plisson, Chrétien, Gay-Bonnet.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Metoz, Martin, Gensollen, Andrieu, Goursolat.

Au grade de médecin commandant. — MM. Lafaix, Zoeller.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. Thèze.

Au grade de médecin commandant. — MM. Tregan, Jouvelet, Kerebel.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Jolly, Lavergne, Fabre, Gaye, Riou, Membrat, Raynal, Maury, Segalen.

IIIe JOURNÉES THERMALES DE CLERMONT-FERRAND. — Les Journées thermales de 1928 auront lieu les 27 et 28 mai, sous la présidence du professeur Castaigne. Le programme a été ainsi établi :

27 mai 1928. — La Bourboule. 9 h. : ouverture des Journées; visite de l'établissement. Conférence sur l'ensemble des maladies soignées à La Bourboule : « Les enfants à La Bourboule », par M. le professeur Giraud; déjeuner à La Bourboule. — 1 h. 45 : Départ pour le Mont-Dore par train spécial. — 18 h. : Visite de l'établissement. Conférence sur l'asthme au Mont-Dore : « L'ensemble des maladies soignées au Mont-Dore », par M. le professeur Villaret; dîner; soirée au Casino.

28 mai 1928. — Départ du Mont-Dore pour Clermont, à 7 h., en auto-cars; arrivée à Clermont, avenue Vercingétorix, à 8 h. 50; séance solennelle. Rapport sur : 1. « La tuberculose aux eaux minérales et dans les stations de cure de l'Auvergne et du centre de la France », par M. le professeur Léon Bernard; 2. « Les maladies rhino-pharyngées et laryngées au point de vue de leur traitement par les eaux minérales de l'Auvergne et du Centre », par M. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris; 3. « Les injections intratissulaires d'eaux minérales », par MM. les professeurs Billard et Piéry.

Inscriptions avant le 1er mai au « Centre médical », place Bréchimbault, 23, Moulins (Allier).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 10e décade (1er-10 avril 1928), 1.215 décès, au lieu de 1.503 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.241, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 46 décès, au lieu de 70 pendant la décade précédente (moyenne 32). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 532, au lieu de 747 pendant la décade précédente (moyenne 361).

La scarlatine a causé 7 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 204; il s'élevait à 232 pendant la décade précédente (moyenne 86).

La coqueluche a causé 10 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 10 décès, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 98, au lieu de 130 (moyenne 74).

RECTIFICATION AU PROGRAMME DES CONFÉRENCES DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Dimanche 29 avril.* — A 10 h., docteur Et. Sorrel : « Traitement du mal de Pott, et en particulier des paralysies pottiques » (avec projections).

A 11 h., docteur Devraigne : « Les positions obstétricales. »

CHRONIQUE

LE IXe SALON DES MÉDECINS

22-30 avril 1928.

Pour la neuvième fois, avec un brillant succès, notre excellent confrère Rabier a organisé dans la belle salle des fêtes du Cercle de la Librairie, l'exposition des œuvres d'art adressées par des médecins ou des parents de médecins. Cette exposition est particulièrement importante cette année, il y a eu, en effet, près de 500 envois dont beaucoup offrent un très grand intérêt.

Dans la *peinture* nous avons d'abord remarqué les envois de Mlle Chouchette Busquet, fille du sympathique bibliothécaire de l'Académie de médecine. Mlle Busquet, très brillante élève de Lucien Simon, expose une tête de jeune Russe, un portrait de nègre, et un torse de femme nue. Ces trois études sont largement facturées, Mlle Busquet sait dessiner, elle a le sens du modelé et de la couleur. Son envoi retiendra particulièrement l'attention. Non loin d'elle notons les charmantes fleurs de Mme Paul Camus, les paysages de la Charente-Inférieure, de Mme Fanny Caussade et les dessins à la plume de M. G. Caussade. M. de Hérain nous montre des eaux-fortes vigoureuses, puis nous rencontrons les natures mortes de Mme Denise Florand, les paysages de R. Grégoire et de Mme Claire Grégoire.

M. Grimbert aime les vieilles maisons et les jolis coins de Normandie et du centre de la France. M. J. Hallé préfère Paris, il en comprend le ciel en grisaille. Ses envois sont simplement exquis.

M. Jaugeon a envoyé un remarquable Brûleur de goémon, et des fleurs délicates. De M. Jumentié nous avons aimé l'étang de Thau et l'abbaye de Valmagne. Avec M. Kolb nous voilà en Alsace sur la route Joffre au col du Hundsrück, et sur les bords de la Doller près de Massevaux.

M. Marcel Labbé délaissant l'aquarelle où il excelle, expose des sépias charmantes. Non loin de lui, M. Le Gendre expose quatre toiles qui sont mieux que le délassement d'un homme de science. Notons encore les quatre aquarelles excellentes de M. R. Lemière et les gravures sur bois très vigoureuses du fils de Pierre Lereboullet.

Avec M. A. Malherbe nous passons sur la Côte-d'Azur qu'il aime et dont il sait mettre en valeur les oppositions.

Mme Perrens-Bonamy, dont on connaît le grand talent si varié, a envoyé trois charmantes peintures. Son port de Perros-Guirée fait un heureux contraste avec des vues des environs de Toulon.

De Mme Routchine-Vitry trois aimables envois dont un très remarquable, le portrait de Mlle Ninon Marcel Labbé.

Mme Thoinot a envoyé un portrait, une vue très lumineuse du marché de Gabès, et une vue de Nefta fort intéressante.

Un très aimable confrère, poète et musicien à ses heures, a voulu nous montrer qu'il était aussi un peintre de grand talent et sous le pseudonyme de P. de Vallones il a envoyé quatre toiles dans lesquelles il fait ressortir tout le charme du Croisic et de la Basse-Loire.

Il nous faudrait encore citer les dessins spirituels de Luc By, les envois de Peugniez, André Thomas, Gérard (de Lille), Laurens, Wilborts, Laignel-Lavastine, Lortat-Jacob et de Mme Flamine Mayré.

La *sculpture* est particulièrement digne d'intérêt. Il semble que les médecins et surtout les chirurgiens aient un don particulier à cet égard. Comment ne pas citer d'abord les œuvres de Villandre : ses bustes de Rendu, de Genévrier et en particulier celui du regretté Huguier sont de très belles choses.

M. de Hérain expose un buste de Jayle et les médailles des professeurs Vincent et Lannois.

M. le professeur Hayem un beau médaillon de Gaston Lion.

M. L. Delapchier a envoyé deux cires perdues d'un joli mouvement et d'un parfait modelé.

Maurice Faure et Mlle Parvillée continuent à nous intéresser aux silhouettes moustériennes.

Le docteur F. Forel (de Morges) est l'auteur d'un très curieux berceau en bois sculpté, bien digne d'un musée.

Mlle Hébert-Coeffin expose un buste de marbre : Résignation, et un buste de Beethowen en bronze qui sont des œuvres magistrales.

Mlle Quinquaud a fait des envois qui retiendront l'attention ainsi que Mme Sidler, M. Lefort et M. Métayer. Quant à l'exposition de notre confrère Philibert elle est d'un intérêt exceptionnel, ses cires sont prodigieuses de vie.

L'*art décoratif* tient comme toujours une place importante dans le salon des médecins.

Mlle Alice Baillière, très en progrès, expose une vitrine de porcelaines et de faïences peintes où nous retrouvons développées les promesses des années précédentes. Mlle Henné a envoyé de belles céramiques ainsi que M. Oliviero. M. H. Astié expose un beau panneau en bois sculpté et orné, M. Lutembacher un charmant bracelet en orfèvrerie.

* * *

Que d'oublis nous avons commis dans cette trop rapide visite. Nos lecteurs les répareront en allant voir cette attachante exposition qui est encore ouverte jusqu'au 30. En prenant des billets de la tombola qui doit avoir lieu au profit de la Société de secours mutuels et de retraites pour les femmes et enfants des médecins, ils s'associeront à une bonne œuvre et ils y ajouteront la chance de gagner une des œuvres citées. C'est ce que nous leur souhaitons bien vivement. F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

LES CAVERNES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

Par le docteur PIERRE LOWYS,
Médecin assistant du Village-Sanatorium de Passy-Praz-Coutant (Haute-Savoie).

L'emploi de la radiologie pulmonaire a profondément remanié nos connaissances sur ce sujet, et il nous a paru intéressant d'en exposer les données, en insistant surtout sur les points peu connus.

Nous envisagerons d'abord leur séméiologie, puis le diagnostic différentiel des cavernes et enfin leur évolution.

Il faut d'abord tenir grand compte de la notion des *antécédents* : tout sujet qui a présenté, pendant plus de trois mois par exemple, une évolution générale fébrile, avec toux et expectoration bacillifère abondante, doit être tenu pour un cavitaire probable [Burnand (1)]; il en est de même s'il présente l'aspect classique du phtisique, le contraire n'étant pas forcément vrai (*idem*). Mais ne comptons pas sur les *signes généraux* (fièvre, fatigue, sueurs, amaigrissement, inappétence...) qui peuvent manquer complètement.

A l'examen clinique, la *palpation* révèle une augmentation des vibrations, avec douleur locale à la pression. A la *percussion*, on trouve une diminution de la sonorité, plus ou moins accusée, et le classique bruit de pot fêlé. Sabourin (2), dont nous aurons souvent à invoquer les beaux travaux, a justement noté qu'il est net seulement sur la face antérieure du thorax et que sa présence n'indique pas nécessairement une cavité. En effet, il est dû surtout à la couche de tissu pleuro-pulmonaire enflammé, interposé entre la cavité et la paroi; ceci explique sa mobilité soit dans le temps (*pot fêlé intermittent*) soit dans l'espace (*pot fêlé ambulant*), et son apparition possible du côté présumé sain (*pot fêlé paradoxal*), suivant les variations de ce processus inflammatoire.

L'*auscultation* nous fait entendre deux signes de la plus haute importance, le premier surtout : les râles bulleux et le souffle caverneux.

Les *râles bulleux* sont de grosseur variable (fins, moyens et gros, et poussés à leur maximum, ils constituent le gargouillement; avec son pittoresque habituel, Sabourin évoque à leur propos les bruits de marécage, de friture, de grognement de cochon, etc.). Mais avant tout, ils sont *consonnants* c'est-à-dire éclatants, presque douloureux... pour l'oreille du médecin! Ce caractère essentiel est encore plus net chez la femme dans la période prémenstruelle, ou bien lors de toutes les causes de « surmenage pulmonaire » (physique, alimentaire, médicamenteux), et, en général, le matin avant que le malade ait fait la toilette, si nous osons dire, de sa cavité par expulsion des sécrétions accumulées pendant le sommeil. Moins caractéristiques, à notre sens, sont les râles plus secs que Sabourin compare au bruit de bois très sec que l'on casserait ou de porcelaine que l'on briserait dans une caisse de résonnance (*craquements xyloïdiens*).

Le *souffle caverneux*, soit à l'état pur, soit perçu sous forme de souffle tubaire ou tubo-creux ou même amphorique, est moins constant, car il dépend de l'étendue de la géode, de ses dispositions anatomiques et de l'état plus ou moins lisse de ses parois (Burnand). Parfois il n'est net qu'après la toux [*écho cavitaire* de la toux de Léon Bernard (3)]. Rappelons, en passant, que ce souffle, comme tous ses congénères, est dû uniquement à la transmission du bruit glottique normal par un parenchyme induré à la paroi auscultée, la cavité ne faisant que lui donner son timbre particulier, tout comme une banale caisse de résonance [Rist (4), Sergent].

Quant à la *pectoriloquie* haute et basse, elle dépend, comme le pot fêlé, de l'état de la zone pulmonaire située entre la spélonque et l'oreille qui l'ausculte.

Après l'examen clinique, proprement dit, il nous faut examiner les crachats du malade. Comme nous l'avons déjà signalé, celui-ci devra être fait suivant certaines règles pour éviter des causes d'erreur grossières (5).

Leur *examen macroscopique* a été fixé de main de maître par le grand clinicien que fut Sabourin et nous lui en emprunterons les données. Il rappelle d'abord, avec raison, que « pas mal de tuberculeux, s'ils veulent reposer la nuit, sont obligés de se coucher, non pas, comme on le dit couramment, sur le côté malade, mais bien sur le côté qui met le fond de la bouteille *en position déclive par rapport au goulot*, lequel, en principe, est tourné vers le hile bronchique du lobe pulmonaire excavé; c'est ainsi que souvent les porteurs de caverne sur la face médiastine du lobe supérieur n'ont de calme que s'ils sont inclinés sur le côté opposé, contrairement à la notion classique ».

Voyons maintenant les différents types de crachats caverneux : les *crachats amygdaliens* ont une « forme lobulée, fissurée, de couleur blanche mate, rappelant de petits fragments de ris de veau bouilli »; le *crachat bursiforme* « prend la forme d'une bourse de quêteuse, arrondie, dont la cavité est circonscrite par un rebord épais, gaufré, godronné; il se laisse volontiers dissocier dans l'eau ». On trouve parfois des crachats *couplés* : c'est l'assemblage de deux bourses réunies, soudées en huit de chiffre. Le *crachat vermiforme*, lui, « est très volumineux, très lourd, ressemblant exactement aux amas d'excréments des vers de terre que l'on rencontre à la surface des terres cultivées ». Les *crachats nummulaires* sont bien connus. Mais Sabourin signale une cause d'erreur à leur sujet; si les nummulaires expectorés sont petits, cela ne veut pas dire forcément que la cavité, d'où ils viennent, est minime; car le malade, non encore éduqué à discipliner sa toux, qui est continuelle, brise sur place les crachats; ceux-ci sont donc expulsés sous forme de tout petits blocs; au contraire, lorsque, dans la suite, il tousse seulement pour cracher (toux utile), ceux-ci sont évacués plus ou moins en entier, sous l'aspect d'énormes blocs purulents vaguement bursiformes. Parfois, les nummulaires ne sont plus isolés, mais dilués en purée homogène réalisant une véritable *vomique purulente*.

Plus spéciaux sont les *crachats gomme-gutte*, qui se voient dans les foyers cavitaires en voie de régression et qui se présentent sous forme de petites taches crémeuses, parfaitement jaunes, s'étalant dans l'eau; il ne faut pas les confondre avec les *crachats ocreux*, marquant la fin d'une hémorragie pulmonaire. Très rares sont les *crachats en pelote de laine*; ce sont des moules bronchiques enroulés autour d'un bloc purulent.

Chez les tuberculeux laryngés, on voit assez souvent les *crachats en blocs de manne en larmes*. Ces malades expectorent une énorme quantité de salive mousseuse qui, par le repos, donne une couche profonde filante, purement salivaire, surmontée d'une zone analogue au blanc d'œuf battu, à laquelle restent suspendus des crachats purulents; ils flottent, allongés, comme des larmes de manne. Cet aspect d'ailleurs peut se voir chez les sialorrhéiques qui râclent constamment par peur d'avaler une parcelle de crachat.

Les *crachats briquetés* peuvent se voir en dehors de tout épanchement de sang véritable, et traduisent une saturation alimentaire, prémonitoire d'une hémoptysie. Ils commandent impérieusement, par leur apparition, la restriction alimentaire tant qualitative que quantitative. A titre de curiosité, notons enfin l'élimination possible, quoique exceptionnelle, de *concrétions calcaires* ou de *parcelles de tissu pulmonaire nécrosé*. Après exacerbation pénible de la toux, de l'expectoration et de la fièvre, après douleur spontanée et provoquée du foyer pulmonaire, le malade élimine soit cette « pierre pulmonaire » soit ce fragment de parenchyme, horriblement fétide.

L'*examen microscopique de l'expectoration* consiste essentiellement en la recherche des bacilles de Koch (6); la présence des fibres élastiques (après coloration à la fuchsine de Weigert en plus du Ziehl classique) traduit seulement l'existence d'une affection nécrosante du parenchyme pulmonaire (tuberculose, gangrène, infarctus, abcès). Seule la présence du bacille signe irréfutablement la nature tuberculeuse de la cavité pulmonaire.

On ne peut tenir aucun compte soit de leur forme, soit de leur grandeur. Quant à leur nombre, il n'est nullement en rapport avec l'étendue des lésions [tuberculoses cavitaires pauci-bacillaires de Mantoux (7)]; ce qui est à retenir, c'est s'il y a « baisse progressive et régulière au cours de très nombreux examens (bi-mensuels), longtemps recherchés (quatre à six mois) dans des conditions exactement semblables de prélèvement, préparation et observation » [Cordier (8)]. Plus importante est la « constance bacillaire des crachats »; « lorsque cette expectoration riche en bacilles de Koch persiste longtemps, malgré un état général floride, malgré une belle augmentation de poids, malgré l'absence de fièvre, il y a presque toujours une caverne pulmonaire » [Buc (9) [1]].

[10] [1] Urbain Guinard, d'après de minutieuses statistiques établies au sanatorium de Bligny, distingue : les malades constamment bacillaires (toutes les analyses, répétées toutes les trois semaines, sont positives); les bacillaires intermittents et les bacillaires « de signature » (une à deux analyses seulement, parmi toutes celles effectuées, ont révélé le bacille de Koch). La durée de survie irait, chaque fois, en croissant.

La *radiologie* des cavernes pulmonaires requiert l'association de la radioscopie et de la radiographie. La première nous montre des lésions à l'état vivant, si l'on peut dire; la seconde, outre qu'elle constitue un document définitif et comparable aux films ultérieurs, révèle une infinité de détails passés inaperçus derrière l'écran fluorescent. Ce qui est capital, c'est l'instantanéité du temps de pose (au moins le huitième de seconde; à Passy, nous employons généralement le vingt-cinquième de seconde); et on examinera, au négatoscope, le négatif lui-même, et non le tirage en positif sur papier, bon seulement à flatter l'œil du public.

La téléradiographie (où une distance de 1m50 à 3 mètres sépare l'ampoule radiogène de la plaque à impressionner) associée à la stéréoradiographie (on examine avec un appareil spécial deux clichés décalés d'une certaine distance, pour donner la sensation de relief), donne des clichés de toute beauté. Mais en plus de l'apprentissage spécial qu'elle réclame à l'œil non habitué à voir tous ces fins détails répartis dans leurs plans respectifs, elle exige une installation compliquée et d'un coût excessif, qui ne lui ont pas encore permis d'entrer dans la pratique courante. De même, pour d'autres raisons, l'injection de lipiodol, que le liquide opaque aux rayons X soit injecté dans les bronches par voie trachéale ou qu'il soit poussé directement à travers la paroi dans la cavité même, comme on l'a proposé, non sans hardiesse...

L'aspect classique de la caverne est la *bulle de Bouchard*, zone claire, ovalaire ou circulaire, à contours bien réguliers, limitée à son pourtour par une mince bande opaque (ces parois sont plutôt minces si la cavité est jeune, épaisses si elle est vieille, mais ceci n'est pas constant). Comme, le plus souvent, autour de la caverne, le tissu pulmonaire est densifié, cette opacité tranche avec l'hyperclarté, taillée à l'emporte-pièce, de la caverne. Lorsqu'on fait tousser le malade, on voit un rétrécissement concentrique de la caverne, comme une bourse dont on serrerait les cordons, suivant la comparaison habituelle [1]. Si la caverne est assez volumineuse et si elle contient des sécrétions, on peut voir, à son intérieur, un niveau liquide qui, par succussion du thorax, présente un petit mouvement de clapotis [2].

A côté de ce véritable trou creusé dans l'épaisseur du parenchyme et qui saute aux yeux, il y a des

[11] [1] Une variante, très rare d'ailleurs, est le phénomène du rideau (Jacquelin) : dans les vastes cavités, touchant à la paroi et accompagnées de symphyse pleurale, la toux entraîne un déplacement en rideau du bord interne vers le dehors (d'une part, à cause de l'hypopression dans la caverne; d'autre part, par fixation de la paroi externe grâce aux adhérences pleurales).

[2] S'il y a seulement quelques gouttes de liquide, on note un aplatissement du pôle inférieur de l'image annulaire, tout comme une boulette de cire dont le pôle inférieur serait aplati (Giraud [12]). Comme il s'agit généralement de pus épais, au lieu d'utiliser la succussion, il faut incliner doucement le malade d'un côté; on voit alors la petite tache sombre, due à la présence du liquide, se déplacer lentement dans le même sens par un véritable mouvement de reptation le long du contour inférieur de la caverne; par la toux, on voit parfois la petite quantité de liquide projetée sous forme d'une fine poussière noire à l'intérieur du cercle cavitaire (Roubier [13]).

images qui demandent un peu plus d'attention pour être vues, mais n'en sont pas moins très fréquentes : *les aspects en mie de pain ou nid d'abeille* [Mantoux et Maingot (14)]. Ils apparaissent sous forme d'images réticulées à mailles plus ou moins fines, se déformant en bloc à la toux; ils trahissent la présence de cavernules pulmonaires.

Ameuille (15) a insisté sur l'importance de la *bronche de drainage*. Ce tuyau de vidange de la caverne, si l'on peut ainsi s'exprimer, apparaît sous forme d'une mince bande claire sertie par deux lignes sombres qui relie le cercle cavitaire au hile pulmonaire. Parfois, au lieu d'être visible sur tout son trajet, on ne distingue que son point d'insertion au niveau de la cavité, dont l'anneau présente une interruption (Giraud).

Il existe, à l'examen radiologique une série de *fausses images cavitaires*, que Giraud a ainsi classées : des coupes optiques de bronches (l'image incriminée doit toujours se trouver à une certaine distance du hile pulmonaire pour éviter cette cause d'erreur), de pseudo-images annulaires par entrecroisement d'ombres broncho-vasculaires (il suffit de faire varier, sous l'écran fluorescent, la position du malade pour voir se rompre ces faux cercles cavitaires, ou encore, de prendre plusieurs clichés radiographiques en positions différentes), des taches plus ou moins confluentes simulant une spélonque (même observation). Plus délicat (et heureusement exceptionnel) est le diagnostic différentiel avec les pneumothorax enkystés; dans certains cas, seul l'examen nécropsique lève les doutes, car, en clinique, tous les signes complaisamment énumérés par les auteurs peuvent se trouver en défaut[1]. L'ossification des cartilages costaux (16) peut rarement donner lieu à une cause d'erreur, par leur aspect plus ou moins aréolaires; on se basera sur la présence de points d'ossification, donnant un aspect semblable, au niveau d'autres cartilages, leur stricte limitation à ces organes et au besoin une incidence variable des rayons X ou un autre film pris en position différente. En cas d'ectasie bronchique, on fera surtout appel à l'histoire clinique, et aux bacilloscopies des crachats constamment négatives, secondairement à l'injection intra-trachéale de lipiodol qui silhouettera en ombres chinoises les dilatations anormales.

En dehors de cause d'erreur évidente (caverne masquée par une clavicule, par exemple, et qu'il suffit de dégager), peut-il y avoir des *cavernes invisibles aux rayons X*? Oui, mais cela est peu fréquent. En effet, l'image géodique peut être cachée par une ombre soit pulmonaire (condensation massive) soit pleurale (épanchement ou pachypleurite); dans ce dernier cas, l'épaississement pleural doit être important, au moins 1 centimètre et demi à 2 centimètres [Mantoux et Maingot (17)].

Après avoir envisagé la séméiologie des cavernes, nous voudrions dire quelques mots de leur *diagnostic différentiel*. Si l'on connaît bien les syndromes pseudo-cavitaires dus à un pneumothorax enkysté, à une dilatation bronchique, à un épanchement pleural dans certains cas (le moignon pulmonaire, comprimé par un épanchement peu abondant mais étalé en hauteur, plonge en plein dans le liquide et la grosse bronche joue le rôle d'une caisse de résonance), on a moins fréquemment à l'esprit le *syndrome de déviation trachéale* [Armand-Delille (18)].

« Il s'agit, dit cet auteur, d'une trachée déviée au voisinage d'un sommet présentant des signes humides et en évolution, aussi bien fibro-caséeuse qu'ulcéro-caséeuse ». Il faut y penser lorsqu'on trouve des signes cavitaires à la partie *interne* des fosses sus- et sous-épineuse et sous-claviculaire, c'est-à-dire au voisinage de la région hilaire, chez un malade plutôt âgé, dont l'affection pulmonaire est déjà ancienne et qui présente une rétraction d'un hémithorax avec scoliose et déplacement de la pointe du cœur (et parfois de la dysphagie par déplacement concomitant de l'œsophage).

L'examen radiologique montre la déviation de la trachée; on voit sa mince image claire rubanée, non plus exactement médiane comme à l'état normal, déviée (soit vers la droite, cas qui nous paraît le plus fréquent) soit vers la gauche. A l'examen clinique, également, on « ne trouve pas la trachée où elle doit être » : c'est le signe de la dépressibilité du creux sus-sternal. Une fois la tête du patient fléchie, le doigt introduit dans cette zone s'y enfonce librement sans provoquer de sensation désagréable, jusqu'à la colonne vertébrale. Enfin, un examen attentif montre l'absence certaine de toute cavité pulmonaire. Et il ne s'agit pas ici d'un simple « fignolage » de diagnostic, mais d'une importante question pronostique; au contraire de l'impression fâcheuse entraînée par la constatation d'une spélonque, aussi vaste que celle qui aurait produit ces signes cavitaires, le pronostic, dans cette forme, est plutôt favorable.

Un autre problème nous est posé, à propos de l'exacte limitation de la caverne, celui des *bruits transmis du côté sain* [Sabourin (19), Genévrier et Duval-Arnould (20)]. Certes, un bon film radiographique tranchera, presque toujours, le problème de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions (éventualité d'un pneumothorax artificiel, pronostic, révélation au malade et à son entourage de l'étendue du mal); mais déjà la seule clinique devra nous permettre de poser un diagnostic exact. Car, comme le remarque Sabourin, si peu au courant de la phtisiologie que soient le malade et sa famille, les gens ne manqueraient point de trouver que les cavernes guérissent bien vite, si, à un examen ultérieur, le second poumon, proclamé lui aussi atteint, est reconnu parfaitement indemne!

Sabourin attache d'abord une grosse importance à cette triade; du côté suspect, pas de modifications de la sonorité, vibrations normales, pas de douleur à la pression. L'auscultation est très précieuse, surtout si elle est pratiquée avec un stéthoscope (biauriculaire de préférence), qui permet de centrer exactement la région auscultée, de suivre sous le contrôle de la vue le déplacement progressif du

---

[1] Bernou a décrit un signe radiologique très exact mais qui ne joue qu'en cas de pneumo périphérique touchant à la paroi : l'angle de raccordement à la paroi de l'image suspecte est supérieur à 90 degrés s'il s'agit d'une caverne, égal ou inférieur si l'on a affaire à un pneumothorax.

pavillon de l'appareil et de comparer, enfin, rapidement deux régions parfaitement symétriques. On étudiera la similitude de timbre des bruits adventices, leur synchronisme avec les mouvements respiratoires et leur égale modification à la suite d'un coup de toux (étant donné, naturellement, que ceux-ci doivent s'effectuer également dans les deux cas), la proximité des bruits suspects de la colonne vertébrale et leur diminution progressive au fur et à mesure que l'on s'écarte de la ligne médiane. Notons enfin que les bruits adventices ne se transmettent pas dans les régions sus-claviculaire (Küss) et axillaire (Salomon) du côté opposé.

En cas de doute, le mieux est de mettre le malade au repos *complet* pendant deux à trois semaines; l'alitement nettoiera « l'encombrement pulmonaire » du côté suspect. Si la collapsothérapie est décidée, la création d'un pneumothorax artificiel, en supprimant les bruits adventices, donc leur propagation, lèvera tous les doutes. Mais une cause d'erreur, très rare d'ailleurs, peut intervenir: l'audition des bruits produits dans le moignon et transmis au côté sain. Alors, par déplacement progressif du stéthoscope, on suivra aisément leur origine et leur propagation; et les insufflations, qui compriment le moignon pulmonaire, provoqueront des variations analogues pour les bruits perçus au niveau du côté symétrique (Burnand).

Il nous reste à envisager une question importante au point de vue pratique : *Y a-t-il des cavernes muettes* (donc décelables seulement à l'examen radiologique), et, si oui, *quelle est leur fréquence?* Certains auteurs vont presque jusqu'à nier cette possibilité; pour d'autres, elle est fréquente, montant jusqu'à 50 p. 100 (Burnand) et même plus [83 p. 100, pour Lazare-Maulde (21)]. Il est certain qu'une caverne peut être muette, soit par sa situation profonde, au niveau du hile, soit par production autour de la cavité de tissu fibreux ou d'une couche d'emphysème vicariant; de même, seront perçus difficilement — ou même pas du tout — les géodes à suppuration discrète ou celle qui se dissimulent à la marge externe du lobe supérieur et que masque tout le massif ostéo-musculaire de l'épaule, ou s'il y a concomitance de signes soit bronchiques soit laringés, etc... En somme, interviennent, d'une part, l'éloignement de la caverne de la surface thoracique auscultée, et, d'autre part, l'état du parenchyme interposé entre l'oreille et la spélonque (Burnand).

En réalité, il nous semble que si l'examen clinique a été sévèrement pratiqué (en attachant la plus haute importance à la perception de râles bulleux consonnants, même sans souffle caverneux, se détachant sur un territoire où la respiration est diminuée, « trouble », comme dit Burnand), ces cavernes muettes existent bien en effet, mais elles sont relativement peu fréquentes. Autant qu'on peut l'estimer avec précision, car un facteur personnel joue toujours dans ces cas, nous ne pensons pas qu'elle dépasse 10 à 20 p. 100 des cas. Et, au risque de nous répéter, nous redirons encore qu'un seul examen ne suffit pas; ce n'est qu'un point de départ auquel il faut ajouter un terme de comparaison grâce à un examen ultérieur.

Pour terminer, il nout faut étudier la question *pronostic*. En effet, nous ne nous attarderons pas à décrire les complications, exceptionnelles d'ailleurs, des cavernes (fistulisation, production d'un pneumothorax spontané, gangrène, hémoptysie par rupture d'un anévrisme de Rasmussen); plus intéressant pour le médecin est le problème suivant : le fait pour un tuberculeux d'être un cavitaire aggrave-t-il formellement le pronostic? Autrement dit, sans faire appel aux traitements chirurgicaux (pneumothorax artificiel, phrénicectomie ou thoracoplastie), spécifiques (tuberculinothérapie ou antigénothérapie) ou chimiques (sels d'or par exemple), la caverne peut-elle guérir grâce à la simple cure hygiéno-diététique classique, conduite avec toute la rigueur et la durée voulues?

Il faudra tenir compte, pour cette appréciation, de deux facteurs : l'ancienneté et l'étendue[1] des lésions. Il est bien évident qu'un malade, porteur de lésions fibro-caséeuses, même largement ulcérées et suppurantes, peut vivre des années, s'accommodant de sa maladie, grâce au processus scléreux qui les entoure. Et tout le monde connaît le cas de ces vieux cavitaires, souvent méconnus, ayant semé autour d'eux la contagion par leurs crachats richement bacillifères. C'est la lamentable histoire du grand-père, par exemple, qui passe pour un banal « asthmatique, emphysémateux, ou bronchitique », et des enfants et petits enfants que fauche la méningite tuberculose ou une granulie! Mais, de toute évidence on ne peut espérer que cette énorme perte de substance va pouvoir se combler.

Au contraire, un sujet jeune, dont le début de la maladie est récent, même (nous dirions peut-être parfois « surtout ») s'il a été brutal, à grand fracas, à type pneumonique ou broncho-peumonique, pourra dans des cas malheureusement rares mais indiscutables, peu à peu cicatriser — lentement — les lésions qu'il a creusées — rapidement. En même temps que la belle amélioration générale et fonctionnelle, seule appréciable par le malade, le médecin note une régression progressive des signes tant stéthacoustiques que radiologiques. Et signature irréfutable, un cliché radiographique montre enfin le reliquat de la caverne sous forme d'une tache noire, irrégulière, « étoilée » [Jacquerod (22)].

En pratique, on peut espérer avoir de tels résultats, mais on ne peut y compter formellement; et tout en appliquant sévèrement au malade le traitement voulu, il faut bien se dire que l'assombrissement classique du pronostic, par présence d'une cavité, reste en somme vraie.

A côté de ces évolutions soit favorable soit fâcheuse, une autre éventualité peut se produire (23) : celle du cavitaire stabilisé qui de temps en temps « réchauffe » ses lésions, à la suite d'un surmenage

[1] La classification de Turban, trop négligée parce que sans doute trop simple, doit toujours être utilisée. Cet auteur divise les lésions en trois stades : dans le stade I, il s'agit de lésions légères atteignant au plus en étendue le volume d'un lobe; au stade II, de lésions analogues ne dépassant pas le volume de deux lobes; au stade III sont rangées toutes les lésions plus étendues. Le volume d'un lobe est celui du lobe supérieur droit et un lobe égale deux demi-lobes, trois tiers de lobe, etc.

(voyage), d'une crise menstruelle, d'une grippe, etc. Et pour terminer, nous céderons la parole à Sabourin qui a parfaitement résumé ces faits : « ... La cure de repos bien dirigée, un régime alimentaire bien ordonné amène la chute de la fièvre, le nettoyage remarquable du poumon... la situation s'améliore graduellement, les crachats toujours gros nummulaires, mais isolés, se réduisent à 20 ou 25 par nycthémère; l'essoufflement diminue, les nuits sont excellentes, etc... C'est le *repos* complet de la lésion. Dans cet état survient un incident. Sans cause connue, la fièvre éclate; c'est une crise de suppuration éliminatrice; point de côté sur l'écharpe scissurale vers la ligne axillaire, sensibilité spontanée et à la pression sous la clavicule; la bande scissurale souffle et chuchote; le lobe supérieur en arrière prend une respiration lourde, bruyante; en trente-six heures, tous les grands signes cavitaires amphoriques ont reparu, de même que le pot fêlé; l'expectoration s'accroît avec des crachats qui s'agglomèrent, en un mot tout le grand appareil caverneux s'est rétabli. Cela dure dix jours et rapidement disparaît. La lésion s'est remise au repos ».

BIBLIOGRAPHIE

(1) BURNAND et CARRARD. La moitié des cavernes tuberculeuses sont muettes, *Presse méd.*, 31 mai 1922.
(2) SABOURIN. *Cavernes pulmonaires et phénomènes caverneux*, Paris 1919.
(3) Léon BERNARD. *La Tuberculose pulmonaire*, Paris 1925.
(4) RIST. Les principes fondamentaux de l'auscultation, *Ann. de méd.*; t. X, p. 4. — SERGENT. Interprétation de la valeur séméiologique des souffles respiratoires, *Arch. méd.-chir. de l'appareil respiratoire*, 1re année, nos 1 et 2.
(5) P. LOWYS. Le diagnostic dans la tuberculose pulmonaire; I. Diagnostic positif, *Journ. des prat.*, 9 avril 1927.
(6) BEZANÇON. Valeur diagnostique des variations morphologiques du bacille de Koch, *Revue de la tuberculose*, 1921, p. 136.
(7) MANTOUX. Les tuberculoses cavitaires pauci-bacillaires, *Ann. de méd.*, 1918, n° 3.
(8) CORDIER. Valeur séméiologique de l'examen des crachats, rapport au VIe Congrès de la tuberculose, *Revue de la tuberculose*, 1927, p. 274.
(9) BUC. L'expectoration bacillifère dans l'évolution de certaines tuberculoses chroniques, *Paris méd.*, 1926, p. 30.
(10) Urbain GUINARD. L'avenir éloigné des tuberculeux pulmonaires, *Th. de Paris*, 1925; — Valeur pronostique de la bacilloscopie, *Revue de la tuberculose*, 1926, p. 396.
(11) JACQUELIN et TRIBOUT. Le phénomène du rideau dans une énorme caverne pulmonaire tuberculeuse, *Revue de la tuberculose*, 1923, p. 167, et 1924, p. 224.
(12) GIRAUD. Séméiologie des cavernes pulmonaires tuberculeuses, *Revue de la tuberculose*, 1927, p. 305.
(13) ROUBIER. Des faux pyo-pneumothorax radiologiques par caverne, *Journ. de méd. de Lyon*, 1924, p. 201.
(14) MANTOUX et MAINGOT. Les images cavitaires en mie de pain et nid d'abeille, *Presse méd.*, 1918.
(15) AMEUILLE. La bronche de drainage dans les cavernes tuberculeuses, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 avril 1923; — Maladies des bronches, *Journ. méd. franç.*, 1924, p. 22.
(16) BEZANÇON. Sur l'ossification des cartilages costaux, *Revue de la tuberculose*, 1925, p. 525. — CHAUMET. *Id.*, 1927, p. 575.
(17) MANTOUX et MAINGOT. Limites de la sensibilité de l'examen radioscopique du poumon, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1918.
(18) ARMAND-DELILLE. Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pulmonaire chronique, *Presse méd.*, 1922, p. 165. — Sur le même sujet : BEZANÇON. *Revue de la tuberculose*, 1924, p. 409. — LAUBRY et BLOCH. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, déc. 1921. — Ch. MASSIAS. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1922, p. 749.
(19) SABOURIN. Propagation transvertébrale des bruits pathologiques du poumon, *Journ. des prat.*, 30 nov. 1907.
(20) GÉNÉVRIER et DUVAL-ARNOULD. Transmission des bruits pulmonaires du côté malade au côté sain, *Revue de la tuberculose*, 1923, p. 584.
(21) LAZARE-MAULDE. *Th. de Paris*, 1925.
(22) JACQUEROD. *Les Processus naturels de guérison dans la tuberculose pulmonaire*, Paris.
(23) P. LOWYS. Le diagnostic dans la tuberculose pulmonaire; III. Les poussées évolutives, *Journ. des prat.*, 1927, p. 393.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1928)

Sur le mode d'action de la vitamine B. — MM. H. BIERRY et Max KOLLMANN.

Toxicités comparées des sérums du sang artériel et du sang veineux. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme R.-H. GRANGE.

Etude par micro-incinération de la teneur en matières minérales fixes des diverses parties de la cellule. — M. A. POLICARD.

Septinévrites à virus rabique des rues. Preuves de la marche centrifuge du virus dans les nerfs périphériques des lapins. — M. S. NICOLAU et Mlle E. MATEIESCO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1928)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Félix Lagrange, professeur honoraire de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant national de l'Académie, décédé à Paris il y a quelques jours.

Un nouvel anthelmintique vermicide. — M. J. CHEVALIER indique que les pyréthrines isolées du « Chrysanthemum cinerariaefolium », administrées par voie gastrique à l'homme et aux animaux domestiques constituent un anthelmintique actif et fidèle, dénué de toxicité, même chez les enfants, à la dose de 5 milligrammes par jour, pendant trois à cinq jours consécutifs.

Les pyréthrines ne sont pas toxiques par voie gastrique pour l'homme et les animaux à sang chaud; elles sont, par contre, toxiques pour les animaux à sang froid et elles agissent d'autant plus rapidement que ces animaux sont plus bas dans l'échelle des êtres.

Cette médication inoffensive détermine l'expulsion rapide de tous les vers intestinaux : oxyures, ascaris, tænias, trichocéphales sans déterminer les inconvénients ou accidents de la santonine, de la pelletiérine et de la filicine.

Traitement de la luxation congénitale. — M. DESGREZ présente un mémoire de M. Henri Saint-Béat sur le traitement orthopédique et hydro-minéral de la luxation congénitale.

Ce travail, qui repose sur de nombreuses observations personnelles et près de vingt-cinq années de pratique à Salies-du-Salat, insiste sur les difficultés du traitement, difficultés qui reconnaissent de multiples facteurs. Le traitement postopératoire, souvent cause d'insuccès, retient l'attention de l'auteur. Maints détails trop peu connus sont par lui énoncés. Enfin, l'action des eaux chlorurées sodiques fortes de Salies-du-Salat est mise en évidence. C'est la première fois que ce problème a été étudié sous cet aspect.

Sur un nouveau procédé de percolation. — M. Marc Bridel indique un procédé de percolation rapide qui permet d'obtenir, en vingt-quatre heures, des médicaments qui exigent une préparation de sept à huit jours en suivant le procédé du Codex. Les médicaments obtenus par ce nouveau procédé possèdent la même activité que ceux que donne le procédé du Codex. M. Bridel pense que l'inscription de ce procédé de percolation rapide dans la pharmacopée officielle rendrait de grands services.

Comité secret. — A la fin de la séance, en comité secret, l'Académie s'occupe du sujet à proposer pour le très important prix du Prince Albert de Monaco.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 avril 1928)

A propos du traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. — M. L. Kindberg s'associe aux réserves formulées à la séance précédente par MM. Léon Bernard et Rist sur la méthode de pleurotomie avec fistulisation proposée par M. Renaud. Il souligne cependant l'heureux résultat immédiat que celui-ci a obtenu : il serait à retenir comme première étape en vue d'une thoracoplastie éventuelle.

Deux cas d'albuminurie et d'hématurie consécutives à des injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux. — MM. Sézary et Robert Worms apportent les observations de deux malades ayant eu une hématurie au cours de ce traitement. Les auteurs signalent les bons résultats qu'ils obtiennent dans le traitement du bubon chancrelleux par la ponction suivie de l'injection intraganglionnaire d'eau physiologique peptonée à 2 p. 100. L'application d'une pommade à la peptone paraît également hâter la cicatrisation du chancre mou

A propos d'un cas de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. — MM. Fernand Bezançon, Etienne Bernard et Jean Celice présentent l'observation d'un homme de trente-sept ans entré à l'hôpital pour une crise de rhumatisme articulaire aigu atteignant les articulations des membres inférieurs et de la colonne cervicale. Il a fallu les résultats de la culture et l'apparition d'une complication dont la nature est connue pour que les poussées rhumatismales antérieures fussent enfin rapportées à leur cause. Chez leur malade, les auteurs purent observer toute la gamme des réactions articulaires : la douleur, la réaction inflammatoire de la synoviale, l'atteinte du tissu osseux et péri-osseux. Le rhumatisme articulaire tuberculeux à forme aiguë, sans être fréquent comme il a été dit, existe cependant; il est un mode particulier de réaction à type fluxionnaire où la part du terrain doit être retenue au premier chef comme pour l'éclosion d'une pleuro-tuberculose.

Polyarthrite aiguë d'allure rhumatismale avec iritis chez un tuberculeux présentant une sensibilité extrême à la tuberculine. — MM. F. Bezançon et A. Jacquelin rapprochent de l'observation précédente, qui est manifestement une observation de polyarthrite aiguë tuberculeuse, une autre observation de manifestations articulaires survenues chez un tuberculeux et qui présente une allure clinique rappelant davantage le rhumatisme articulaire aigu.

Le liquide intraarticulaire retiré par ponction n'ayant pas tuberculisé le cobaye, on peut admettre que, dans ce cas, la part de la lésion tuberculeuse locale était au minimum, de même qu'au niveau de l'iris, où il n'existait aucun signe de lésion tuberculeuse appréciable; mais, par contre, étaient réalisés au maximum les phénomènes fluxionnaires réactionnels, relevant de l'hypersensibilité allergique extrême présentée par le malade.

Note sur la cuti-réaction à la tuberculine dans le rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. — M. H. Grenet a recherché la fréquence de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants rhumatisants.

Sur 35 rhumatisants :

De cinq à douze ans, 9 cuti-réactions négatives, 7 positives;

De douze à seize ans, 7 cuti-réactions négatives, 12 positives.

Il résulte de ces faits :

1. Que le rhumatisme ne produit pas l'anergie tuberculinique;

2. Que la cuti-réaction se montre assez souvent négative, à toutes les périodes de la maladie, pour permettre d'affirmer que le rhumatisme articulaire aigu n'est pas de nature tuberculeuse.

M. Bernard considère que les chiffres de statistique ne peuvent avoir de valeur en ce qui concerne la cuti-réaction que lorsqu'on s'adresse à des sujets du même âge; d'après lui, s'il existe des rhumatismes d'origine tuberculeuse, c'est l'exception.

M. Dufour considère que le rhumatisme articulaire aigu franc n'est pas d'origine tuberculeuse. Pour lui, à la faveur d'affections secondaires, les tuberculeux peuvent présenter des douleurs articulaires qui ne sont pas forcément d'origine tuberculeuse.

Une petite épidémie de fièvre paratyphoïde chez des sujets vaccinés. — MM. Crouzon et de Sèze ont observé à la Salpêtrière une petite épidémie de fièvre paratyphoïde B chez des sujets vaccinés, et chez la plupart desquels la vaccination remontait à moins de deux ans. Les auteurs ont pu constater une fois de plus, à cette occasion, la bénignité très remarquable des infections paratyphiques chez les vaccinés. Recherchant la cause de l'absence d'immunité solide conférée à leurs malades par le vaccin, ils estiment que la vaccination était assez récente chez la plupart pour que l'on puisse incriminer de façon exclusive le délai écoulé depuis l'injection vaccinante.

Anémie gravidique colibacillaire. — MM. Lévy-Solal et Tzanck rapportent l'observation d'une anémie gravidique où l'apparition d'une pyélo-néphrite, au moment de l'accouchement, met en lumière l'infection colibacillaire antérieure qui, sans cette complication, serait passée inaperçue. Dans ces conditions, les auteurs se demandent si les troubles digestifs, les petites poussées fébriles observées ne relèvent pas de cette infection et si l'anémie elle-même ne peut pas être rattachée à cette cause. D'autre part, les auteurs signalent l'effet heureux du traitement combiné : transfusion sanguine et méthode de Whipple en insistant sur le point suivant. Pendant la période la plus critique de la maladie, alors que toute alimentation et partant l'ingestion de foie de veau était impossible, les transfusions sanguines massives ont permis un véritable traitement d'urgence de l'anémie. Les deux méthodes de traitement ne sont donc point exclusives; elles ont chacune leurs indications.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er MARS 1928)

A propos de la communication de M. Moniz. Diagnostic des tumeurs cérébrales par la ventriculographie. — MM. Cl. VINCENT, M. DAVID et COSSA estiment que la ventriculographie est trop peu utilisée actuellement en France. Il n'y a pas de méthode aussi démonstrative ni moins dangereuse pour le diagnostic des tumeurs muettes. Les auteurs ont pratiqué, depuis trois mois, seize ventriculographies sur huit malades : plusieurs ont été injectés deux ou trois fois, soit parce que l'obturation du trou de Monro n'a pas permis l'insufflation des deux ventricules en un seul temps, soit parce que les quantités d'air utilisées ont toujours été faibles, et que, dans ces conditions, les renseignements obtenus du premier coup peuvent être insuffisants. L'injection a été faite par trépanation occipitale; la quantité d'air injectée n'a jamais dépassé 20 centimètres cubes.

Parmi les huit cas, il y avait quatre tumeurs frontales, une tumeur de la pointe du lobe temporal, une tumeur occipitale, deux tumeurs cérébelleuses. Dans deux des cas (un de tumeur frontale et un de tumeur occipitale), la ventriculographie a seule permis le diagnostic. Dans tous les autres, elle a confirmé le diagnostic clinique.

Bien entendu, la ventriculographie ne saurait suppléer un examen clinique très approfondi.

Un des malades est mort six heures après l'injection d'air. Il importe de se tenir toujours prêt à pouvoir pratiquer d'urgence une craniectomie décompressive dans les heures qui suivent l'injection d'air.

M. SICARD a utilisé surtout l'injection d'air par voie lombaire. Cette technique donne de moins belles images que l'injection d'air poussée directement dans le ventricule, mais elle est moins dangereuse.

Syndrome moteur atypique, à forme hémiplégique, d'origine extrapyramidale, séquelle d'une névraxite. — M. A. ROUQUIER (de Lyon) présente un jeune soldat de vingt-deux ans qui, à la suite d'une angine, a été atteint d'une hémianesthésie gauche, puis d'une hémiparésie gauche, qui n'affecte ni les caractères d'une hémiplégie pyramidale, ni ceux d'une lésion cérébelleuse, ni ceux d'un syndrome hémiparkinsonien, mais qui s'associe à des signes objectifs incontestables du même côté : hypotonicité musculaire, abolition du réflexe plantaire (avec réapparition, en flexion, après réchauffement), hémihyperidrose, diminution de la température locale et de l'indice oscillométrique.

MM. BABINSKI, Cl. VINCENT et J.-A. BARRÉ estiment qu'il y a, chez ce malade, une part importante de pithiatisme.

Sur l'hémilaminectomie dans les tumeurs de la moelle. — MM. Cl. VINCENT, Th. DE MARTEL et M. DAVID présentent une jeune femme qui a été opérée pour tumeur médullaire : la tumeur n'a pas été enlevée, mais l'intervention a consisté seulement en une hémilaminectomie. Cette technique a été imaginée par Taylor, collaborateur d'Elsberg, pour éviter le glissement en avant de la partie supérieure de la colonne vertébrale qui pourrait parfois se produire après la laminectomie totale, particulièrement au niveau de la colonne cervicale, par suite de la désinsertion des muscles des gouttières cervicales sur une grande longueur, et de la section du ligament cervical.

L'hémilaminectomie, tout en parant à ce danger, permet d'aborder un grand nombre de tumeurs qui sont restées unilatérales, ou qui débordent peu la ligne médiane. Il est facile, au besoin, de compléter la résection osseuse, en cours d'opération, si cela est nécessaire. En fait, l'opération de Taylor suffit dans la moitié des cas.

M. SICARD n'a jamais vu, chez ses malades, le glissement des vertèbres cervicales, que redoutent les chirurgiens américains. M. BARRÉ en connaît une observation.

Un cas de trépidation du moignon. — MM. André THOMAS et R. AMYOT présentent une femme de vingt-huit ans, amputée le 7 juin 1927 à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe, qui a commencé, le troisième jour après l'opération, à souffrir d'élancements et de secousses involontaires dans le moignon d'amputation. Celui-ci a longuement suppuré. Une sympathicectomie périfémorale a été pratiquée sans succès en novembre. Les injections locales de cocaïne, les injections de sérum antitétanique sont restées inefficaces. Seule, la section du nerf sciatique et du saphène interne a amélioré la trépidation, mieux que n'avait pu le faire la sympathicectomie.

M. SICARD recommande, en pareil cas, les injections profondes d'huile iodée *larga manu* (20 à 30 centimètres cubes), sous anesthésie locale ou même générale.

Hydrocéphalie à développement rapide par tumeur oblitérant le IVe ventricule. Sur la valeur de la douleur occipitale et de l'attitude de la tête dans les tumeurs de la région. — MM. Cl. VINCENT et M. DAVID présentent un petit malade atteint d'hydrocéphalie à développement rapide avec stase papillaire. Ils portent chez lui le diagnostic de tumeur oblitérant le IVe ventricule, en se fondant sur les troubles suivants : paraplégie spasmodique du type Little aux membres inférieurs, phénomènes cérébelleux aux membres supérieurs, impossibilité de se tenir debout, douleur à la pression des bosses occipitales, attitude de la tête d'abord en extension, puis tombante en avant et à droite. Chez un autre enfant, dont le syndrome clinique était presque identique, l'opération a permis de constater un volumineux épendymoblastome, qui obstruait le IVe ventricule.

Tumeur des piliers antérieurs du trigone cérébral. — MM. G. GUILLAIN et Ivan BERTRAND présentent l'observation anatomo-clinique d'une malade qui était entrée à la clinique huit jours avant sa mort, dans un état d'asthénie intense, physique et psychique, avec céphalée, somnolence, stase papillaire, hypertension du liquide céphalo-rachidien. Aucun signe précis ne permettait une localisation. Cependant l'exagération bilatérale et symétrique des réflexes tendineux pouvait laisser supposer une tumeur médiane. D'autre part, il y avait quelques raideurs qui rendaient vraisemblable une tumeur juxtaméningée. On notait l'abolition complète des réflexes pupillaires à la lumière, comme cela a été souvent signalé dans les tumeurs de la calotte pédonculaire ou de la région des tubercules quadrijumeaux (S.-K. Wilson).

A l'autopsie, on découvrit une tumeur de la base à topographie sagittale et médiane, qui avait la dimension d'une olive, et qui faisait corps avec les piliers antérieurs du trigone. Les trous de Monro étaient oblitérés, ce qui expliquait le contraste entre une volumineuse hydrocéphalie des ventricules latéraux et un aspect normal du IIIe ventricule. La calotte pédonculaire était comprimée par la tumeur. Histologiquement, il s'agissait d'un fibrome à prédominance fibrillaire.

Physiologie pathologique de l'aphasie comitiale transitoire. — M. A. SOUQUES rapporte l'observation de deux malades qui présentent des équivalents comitiaux sous forme d'aphasie transitoire, consciente et amnésique. Chez ces malades, l'aphasie s'accompagne d'un déficit intellectuel évident, ce qui est en faveur de la théorie de Pierre Marie sur l'aphasie de Wernicke.

Trophœdème du membre inférieur; spina bifida; résultats nuls de la sympathicectomie et de la laminectomie. — MM. SICARD, HAGUENAU et WALLICH présentent un cas de trophœdème survenu sans cause chez une jeune femme, mais accompagné de spina-bifida lombo-sacré. La sympathicectomie périfémorale n'a pas donné de résultats. La laminectomie lombo-sacrée n'a pas amené davantage d'amélioration. Les

ligaments jaunes étaient très épaissis, mais il n'y avait pas d'obstacle méningé, ainsi que l'épreuve du lipiodol avait d'ailleurs permis de le constater.

M. Henry Meige émet l'opinion que, en matière de trophœdème, l'abstention opératoire doit rester la règle.

M. A. Léri a constaté, dans un cas analogue à celui de M. Sicard, un aspect cicatriciel du cul-de-sac méningé. Il est persuadé que, dans certains cas, l'intervention opératoire, d'ailleurs très bénigne, peut être utile.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, opérée et guérie. — M. Cl. Vincent présente une malade opérée, il y a vingt jours, d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, dont le diagnostic avait été fait sur la baisse considérable de l'acuité visuelle par stase papillaire, sur la surdité unilatérale avec abolition des réflexes labyrinthiques, et sur l'abolition du réflexe cornéen.

Maladie de Friedreich survenant chez deux frères et chez leur sœur à la suite de l'encéphalite léthargique. — M. J.-C. Mussio-Fournier et Agorio.

La thérapeutique pneumencéphalique des maladies des noyaux gris centraux. — M. Jehudah Lehmann (de Jitomir).

Contribution à l'étude de la crampe des écrivains et de son traitement. La crampe des écrivains, signe prémonitoire de la paralysie générale progressive : rémission totale par la malariathérapie. — M. D.-E. Paulian (de Bucarest).

Torticolis spasmodique gauche périodique avec paramyoclonies associées chez un épileptique. — M. L. Cornil relate l'observation d'un malade atteint, depuis l'âge de quatorze ans, de crises épileptiques rares et d'équivalents, chez lequel on voit survenir par périodes, depuis 1919, des dyscinésies associées : torticolis spasmodique gauche du type « mental » classique, s'accompagnant par périodes de myoclonies, de myofibrillations. Les équivalents comitiaux paraissent moins intenses durant la période assez prolongée de ces troubles moteurs. Il ne semble pas que, dans ce cas, l'on puisse considérer le torticolis convulsif comme un équivalent comitial. Il s'agit plutôt de manifestations associées réalisant un groupement dont le substratum anatomique est indiscutable : torticolis spasmodique périodique, myoclonies et myofibrillations, crises épileptiques.

Tumeur protubérantielle. Régression du syndrome de Millard-Gubler par la décompression et la radiothérapie. — M. L. Cornil rapporte l'observation d'un syndrome de Millard-Gubler, avec hémiplégie motrice droite, paralysie du droit externe gauche, hémiparésie faciale gauche fruste, qui s'accompagnait de rire et de pleurer spasmodiques et qui avait apparu progressivement au cours d'une évolution néoplasique protubérantielle. Une régression rapide s'installa sous l'influence de la trépanation. On assista, en effet, à la disparition successive des troubles parétiques du membre supérieur et du membre inférieur droits, du rire et du pleurer spasmodiques, de la paralysie du muscle droit externe, de la stase papillaire (droite, puis gauche), des troubles de l'acuité visuelle:

Les résultats se maintiennent depuis octobre dernier, sans modifications, le malade ayant pu reprendre ses occupations sans déficit mental professionnel appréciable.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI SUR LA RÉVISION DES BAUX DE LONGUE DURÉE

LOI MODIFICATIVE DU 3 AVRIL 1928

La loi du 6 juillet 1925 a permis, dans certaines conditions, la révision du prix des baux de plus de neuf années. Elle avait édicté une procédure compliquée et coûteuse, en décidant que le propriétaire serait tenu d'appeler devant les tribunaux, non seulement l'occupant actuel des locaux, afférents au bail sujet à révision, mais aussi tous les sous-locataires et cessionnaires précédents. De nombreuses réclamations se sont produites, à ce sujet, au lendemain même du vote de la loi. Après trois ans d'expérience environ, le législateur est intervenu pour apporter des modifications et donner satisfaction à ces réclamations.

Le *Journal officiel* du 7 avril 1928 a promulgué la loi du 3 avril *modifiant la procédure des actions en révision des baux à longue durée*. Nous allons en faire connaître les principales dispositions.

1. Tout d'abord, l'article 3 de la loi du 6 juillet 1925 est ainsi modifié : « En cas de cession de bail ou de sous-location, même postérieure au 24 octobre 1919, le propriétaire pourra ne mettre en cause devant les juridictions instituées par l'article 4 que les *bénéficiaires actuels* du bail révisable.

Et, au lieu que le propriétaire soit dans la nécessité d'appeler les sous-locataires ou cessionnaires, il appartiendra aux bénéficiaires actuels du bail d'appeler en garantie tant leurs cédants que tous les autres bénéficiaires même antérieurs audit bail, ceux-ci pouvant eux-mêmes agir les uns à l'égard des autres par la voie de l'action nécessaire. Il est arrivé parfois en pratique que l'occupant actuel des locaux renonçait à appeler en cause les cédants et autres bénéficiaires. La procédure se trouve ainsi simplifiée : l'occupant actuel examinera ce qui est de son intérêt de faire.

La loi indique la procédure qui doit être suivie.

2. Il fallait régler la situation des instances en cours. C'est l'objet de l'article 3 de la loi nouvelle.

Dans les instances actuellement engagées, dit ce texte, les locataires intermédiaires, mis en cause par le propriétaire, y seront maintenus comme s'ils avaient été appelés en garantie, conformément à l'article 1er de la loi nouvelle.

Si l'instance est pendante devant le premier degré de juridiction, à défaut de mise en cause par le propriétaire d'un ou plusieurs bénéficiaires, ceux-ci pourront être appelés en garantie en tout état de cause jusqu'au jugement du juge de paix ou du Tribunal statuant sur le fond. Devant le second degré de juridiction, aucune nullité ne pourra être invoquée du fait qu'en première instance tous les bénéficiaires antérieurs n'ont pas été mis en cause; cependant la mise en cause pourra être faite devant la Cour pendant un délai de trois mois à partir de la promulgation de la loi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'urologie (1), par G. MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du service Civiale (hôpital Lariboisière).

M. Marion vient de publier une deuxième édition entièrement refondue de son magnifique traité d'urologie. Il montre une fois de plus dans cette publication son beau talent d'exposition et la clarté de son esprit. M. Marion n'est pas seulement un grand clinicien de la vieille école, et un brillant opérateur, bien digne de son maître Guyon. Il possède aussi un sens particulier de la mesure et des réalités. Ce ne sont pas ses moindres qualités et elles sont grandement appréciées par ses élèves et par ses malades. C'est dire quel prix on doit attacher à son traité d'urologie.

Tout ce qui touche à l'urologie est présenté dans ce traité d'une façon essentiellement pratique.

Il comprend : 1° *Une description d'anatomie* macroscopique et microscopique des organes urinaires permettant de se remettre en mémoire l'état normal d'un organe sans avoir recours à un autre livre.

2° Un chapitre sur les *diverses méthodes d'exploration* y compris la technique des examens de laboratoire chimiques et bactériologiques — dont l'importance est si grande en urologie.

3° Une étude des grands symptômes urinaires et de leur signification : ce chapitre de *séméiologie* générale que l'auteur considère comme la base des maladies des voies urinaires constitue avec le précédent un véritable traité de diagnostic urologique.

4° La *pathologie* des affections de l'appareil urinaire tient naturellement la plus grande place avec pour chacune d'elles un exposé sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

5° La partie *thérapeutique* est exposée de la même manière éminemment pratique et répond à cette nécessité de tout ouvrage de spécialité d'être à la fois médico-chirurgical. On y trouvera d'abord un formulaire urologique avec renseignements précis sur les médications, les régimes et modèles d'ordonnance pour les principales affections chirurgicales du rein, de la vessie et de la prostate, formulaire qui sera très apprécié des praticiens,

6° Mais c'est surtout la *technique opératoire* urologique qui constitue la partie la plus originale et la plus personnelle de l'ouvrage : c'est là que les chirurgiens et les spécialistes viendront demander à l'expérience et à l'autorité d'un maître tel que le docteur Marion la meilleure façon de bien faire et le secret de sa maîtrise opératoire.

L'auteur ne décrit qu'une seule technique pour chaque opération : celle que l'expérience lui a montré être la meilleure, celle dont le lecteur doit attendre le plus sûrement des résultats aussi satisfaisants que possible.

Toutes les interventions pratiquées sur l'appareil urinaire y sont décrites.

Cette partie de technique est complétée par l'étude des *explorations instrumentales* (cystoscopie, cathétérisme urétéral, urétroscopie, étincelage) : les indications, l'étude des résultats, trouvent leur place dans les chapitres précédents.

Les chapitres de ce traité sont écrits d'une façon simple et claire, sans surcharge bibliographique, mais avec l'indication lorsque cela est utile du travail original le plus récent qui met au point une question donnée.

Une illustration abondante et soignée presque entièrement originale facilite la lecture du texte et montre les lésions les plus typiques ou les temps essentiels des opérations décrites, et les 31 planches en couleurs donnent l'impression exacte de ce qui se présente à la vue au cours des explorations urétrocystoscopiques.

Quelques chapitres ont été ajoutés à cette deuxième édition : la cystographie, la pyélographie, la séméiologie cystoscopique, l'infarctus rénal, la barre interurétérale, l'hypertrophie congénitale du col vésical, la chirurgie urinaire chez les diabétiques, les biopsies vésicales.

F. L. S.

(1) Deuxième édition entièrement refondue. Deux volumes formant ensemble 1192 pages avec 482 figures et planches hors texte en couleurs, relié toile fers spéciaux. — Prix : 200 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 30 avril. — Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Couvelaire et Loeper. — M. LEJEUNE. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Boucicaut. — M. BLONDIN. Contribution à l'étude des greffes de nerfs. — M. LEWIN. L'infection secondaire dans la tuberculose rénale.

Mardi 1er mai. — Jury : MM. Duval, président; Nobécourt, Terrien et Velter. — M. CASAUBON. Le point cervical du phrénique dans les pyélonéphrites. — M. CODET. Etude sur les prostatites chroniques. — M. VIDIEZ. L'hémiplégie cérébrale infantile. — M. DOLFUS. Des périsclérites suppurées. — M. PERRIN. L'atrophie isolée du faisceau maculaire.

Jury : MM. Vaquez, président; J.-L. Faure, Lecène et Lemaître. — M. LAPORTE. L'anesthésie épidurale. — M. FORTIN. Ruptures traumatiques du tendon. — M. PORET. Les rayons ultraviolets dans la profondeur des cavités oto-rhino-laryngées. — M. ETCHEBARNE. Etude de la pathogénie du pouls lent permanent.

Jeudi 3 mai. — Jury : MM. Marfan, président; Carnot, Teissier et Jeanselme. — M. TORTELLIER. Etude de la ptose et de l'allongement du cæcum. — M. MASQUET. L'emploi des laits acides chez le nourrisson. — M. TIJERINO. L'émétine dans les maladies tropicales. — M. JAMPOLSKY. Etude sur les congestions pulmonaires. — M. MAHIEU. Complications pleuro-pulmonaires du mal de Pott. — M. CHARTOL. Etude des splénomégalies tropicales.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM, Rathery, président; Terrien, Sergent, Coquot, Robin et Panisset. — M. ROTT. L'athrepsie du chien. — M. PION. Etude de l'hérédité de l'irido-cyclite du cheval. — M. LORY. Etude sur la tuberculose du cheval.

Vendredi 4 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; M. Labbé, Gosset, Loeper, Moussu, Dechambre, Robin, Nicolas et Maignon. — M. PRÉVOST. Inconvénients de l'extraction forcée chez les femelles bovines. — M. BAUDOIN. La vache de Jersey en Bourgogne. — M. BLARY. Quelques essais pour l'étude de l'influence de l'alimentation de la mère sur la croissance du jeune. — M. SAVIGNY. Méthode spécifique dans le traitement de la maladie du jeune âge.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Toxicomanies, par le docteur DE BLOCK, ancien assistant à l'Université de Liége, expert des tribunaux. In-16, 192 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

Les Bases physiques de la radiothérapie, par Jean DUBOST, moniteur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 (20-13) de 99 pages avec 50 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BREST. — L'hôpital civil de Brest demande un interne (service de médecine générale).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Par arrêté ministériel du 28 avril 1928 est et demeure rapporté l'arrêté du 19 juillet 1924 déclarant vacante à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier la chaire de botanique et histoire naturelle médicale.

GUERRE. — Sont réintégrés dans les cadres les officiers de réserve rayés des cadres dont les noms suivent :

Avec le grade de médecin capitaine. — MM. Lance (G. M. P.), Besnier (10e région), Varenne, préfet de l'Ain (14e région), Boudey (17e région), Lalagüe (18e région).

Avec le grade de médecin lieutenant. — M. A.-P. Imbert (15e région).

INFIRMIERS MILITAIRES. — Le *Journal officiel* du 26 avril publie un décret modifiant les traitements des infirmiers militaires à dater du 1er janvier 1928. Les traitements sont désormais échelonnés, suivant la classe, de 8.000 à 13.500 fr.

MÉDECINS DE L'ASSISTANCE EN NOUVELLE-CALÉDONIE. — Les médecins désireux de servir dans le cadre des médecins de l'Assistance peuvent souscrire un contrat de cinq ans renouvelable, donnant droit à une solde de présence (en France), de 18.000 fr. (20.600 fr. pour les anciens internes des hôpitaux et les médecins justifiant de cinq ans de pratique professionnelle), s'élevant par paliers jusqu'à 24.300 fr., augmentée d'un supplément colonial égal aux cinq dixièmes de la solde de présence, d'indemnités pour soins aux indigents (2.400 fr.), pour frais de déplacement (2.400 à 4.800 fr., suivant l'étendue de la circonscription médicale), pour charges de famille (900 fr. par enfant), plus les honoraires de clientèle civile ou une indemnité spéciale de 3.000 fr. pour les centres à population civile clairsemée. Voyage en 1re classe; logement gratuit; six mois de congé tous les cinq ans.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 20 mai 1928, à 14 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir aura lieu le banquet au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. le professeur Balthazard. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 17 mai, leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

VIe CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. (ROME, 25-27 septembre 1928. Secrétariat général, 12, via Toscana, Rome.) — Sous le haut patronage de S. M. le Roi d'Italie et la présidence d'honneur de S. E. Benito Mussolini, la Conférence aura lieu les 25, 27 et 28 septembre prochains à Rome. Le président est le professeur Raffaele Paolucci, le vice-président le professeur Vittorio Ascoli, les secrétaires généraux MM. Arcangelo Ilvento et Frederigo Bocchetti.

A partir du 15 septembre, visite de centres d'organisation antituberculeuse en Italie, avec tarifs réduits.

25 septembre. — Ouverture solennelle de la Conférence au Capitole. Conférence de M. Calmette sur les Eléments filtrables du virus tuberculeux.

26 septembre. — Le diagnostic de la tuberculose infantile. [Professeur Rocco Jenoma (de Naples).]

C. Forlanini et le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. [Professeur Eugene Morelli (de Pavie).]

27 septembre. — Organisation de la prophylaxie antituber-

culeuse dans les districts ruraux. [Docteur William Brand (de Londres).]

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. [Professeur L. Brauer (de Hambourg).]

28 septembre. — Visite du sanatorium d'Anzio, départ pour Milan.

29 septembre. — Milan, conférences, visites et excursions.

Une exposition et un congrès d'infirmières auront lieu pendant la Conférence.

Inscriptions à la Conférence. — Pour s'inscrire, s'adresser *au préalable* au gouvernement ou à l'Association nationale des pays d'origine, seuls qualifiés pour transmettre les inscriptions à Rome. Cotisation : 100 lires.

Le secrétaire général à Paris est le professeur Léon Bernard. Le siège de l'Union internationale contre la tuberculose à Paris est 2, avenue Vélasquez (VIIIe).

XXIe V. E. M. — Le XXIe voyage d'études aux stations minérales aura lieu en septembre 1928 aux stations du Centre, Bourbonnais et Auvergne. Il commencera à Pougues et se terminera à Vichy en passant par Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Néris, Evaux, La Bourboule, le Mont-Dore, Besse, Vic-sur-Cère, le Lioran, Saint-Nectaire, Royat, Durtol, Châtel-Guyon et Sail-les-Bains.

Le programme sera publié ultérieurement. Les inscriptions sont reçues à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de Mlle Machuré, secrétaire des V. E. M.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS. — Un Congrès de l'Association internationale des femmes médecins vient de se tenir à Bologne. La question mise à l'ordre était « la protection de l'enfance dans les différents pays ».

Le prochain Congrès aura lieu à Paris en 1929.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aloy, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, correspondant national de l'Académie de médecine; Marc Landolt (de Paris), décédé accidentellement à Meulan; Edmond Chataing (d'Allevard-les-Bains), et Mally, professeur à l'Ecole de Clermont-Ferrand; George Stevenson Middleton (de Glasgow); Landel Rose Oswald, ancien président de la section des maladies nerveuses et mentales de la British medical Association et de l'Association des médecins de l'ouest de l'Ecosse, décédé à Glasgow; Tricard, médecin à Ouessant, mort victime de son dévouement professionnel; Charles Malet (de Paris); Gaston Privat, médecin-major de 1re classe en retraite, décédé à Marseille, et de M. Richard Lesver, étudiant en médecine anglais, mort accidentellement au large de Cherbourg.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. BEZANÇON.) — Du 2 au 30 mai : douze conférences sur les suppurations broncho-pulmonaires et infections putrides, par le professeur F. Bezançon, MM. G. Picot, chirurgien des hôpitaux; R. Moreau, Etienne Bernard, médecins des hôpitaux; André Jacquelin, R. Azoulay, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine; E. Etchegoin, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Mercredi 2 mai : professeur F. Bezançon. La courbe fébrile dans les suppurations broncho-pulmonaires.

Vendredi 4 mai : M. Etienne Bernard. Les vomiques des suppurations broncho-pulmonaires.

Lundi 7 mai : M. R. Azoulay. Les hémoptysies dans les suppurations pulmonaires.

Mercredi 9 mai : M. E. Etchegoin. La bactériologie des infections putrides du poumon.

Vendredi 11 mai : professeur F. Bezançon. Les formes cliniques de la dilatation des bronches.

Lundi 14 mai : M. R. Azoulay. Le lipiodo-diagnostic.

Mercredi 16 mai : professeur F. Bezançon. Le traitement de la dilatation des bronches.

Vendredi 18 mai : M. E. Bernard. L'amibiase pulmonaire.

Lundi 21 mai : M. André Jacquelin. Les abcès à pyogènes du poumon.

Mercredi 23 mai : M. R. Moreau. Les formes à rechutes et chroniques de la gangrène pulmonaire.

Vendredi 25 mai : professeur F. Bezançon. Le traitement médical de la gangrène pulmonaire.

Mercredi 30 mai : M. Picot. Le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ. (Service du professeur VAQUEZ.) — *Maladies du cœur.* — Ce cours d'enseignement et de perfectionnement commencera le lundi 4 juin 1928, à 10 h.

Il comporte deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

Première partie : *Radiologie et électrocardiographie.* — Les docteurs Bordet et Géraudel, chefs de laboratoire, feront le matin une série de vingt leçons suivies d'exercices pratiques.

Deuxième partie : *Clinique.* — Le docteur Donzelot, agrégé, médecin des hôpitaux, et les docteurs Mouquin, R. Giroux et Plichet, chefs de clinique, feront, l'après-midi, une série de vingt leçons.

L'inscription a lieu au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit d'inscription est de 250 fr. pour une série de vingt leçons, soit de sémiologie pratique, soit de radiologie et électrocardiographie ou de 500 fr. pour les deux séries. — Le nombre des assistants est limité.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique, en dix leçons, par MM. les docteurs P. Winter, chef de clinique, Moatti et Rossert, internes des hôpitaux de Paris, commencera le lundi 7 mai 1928, à 2 h., et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — EXPERIMENTAL SURGERY. POST-GRADUATE COURSES IN SURGICAL TECHNIQUE. — M. le professeur Antonin Gosset et M. G. Loewy feront en mai, juin et décembre des cours en anglais consacrés à la chirurgie gastro-intestinale.

S'inscrire à la Faculté de médecine. — Droit : 1.000 fr.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRÈS BEL APPARTEMENT MÉDICAL, près Bon Marché. Confort. Loyer mod. A céder. Pressé. — Ecrire B. J.



RÉSULTATS DE 9 CAS
DE
PNEUMOTHORAX BILATÉRAL SIMULTANÉ

PAR LES DOCTEURS

A. BERNARD, Assistant de clinique médicale à l'hôpital de la Charité de Lille.

et

F. BAUDRY (de Lille).

Pendant longtemps le pneumothorax artificiel fut réservé uniquement aux tuberculeux pulmonaires à lésions unilatérales; cette conception se retrouve encore dans presque tous les traités classiques de thérapeutique. L'expérience vint montrer que le Forlanini donnait souvent d'heureux résultats chez des malades à lésions bilatérales, mais apparemment latentes ou peu évolutives d'un côté. Le fait a été mis en relief par Hervé qui, avec Célestin, préconise le pneumothorax bilatéral alterné pour soigner les bilatéralisations tardives.

Mais souvent les lésions sont d'emblée bilatérales ou apparaissent peu de temps après l'institution d'un premier collapsus. Devons-nous ne rien tenter, et laisser la maladie évoluer vers son terme fatal?

Les auteurs américains; Breccia en Italie; puis Bernou en France ont montré que, pour être efficace, un pneumothorax n'avait pas besoin d'être complet. Leurs travaux ont attiré l'attention sur la possibilité d'un pneumothorax électif, c'est-à-dire la localisation de la compression sur les parties malades laissant à celles qui sont saines une certaine facilité d'expansion permettant au poumon collabé d'assurer une partie de l'hématose. Cette sélection compressive est un fait de constatation, mais on ne peut la provoquer à son gré. Lorsqu'elle se manifeste, il est évident que ce sera de bon augure pour l'établissement du second collapsus, et, pour le pronostic éloigné.

Pneumothorax partiel et pneumothorax électif étant possibles, il n'y avait plus qu'un pas à franchir pour arriver au pneumo-bilatéral. Si les premières observations, comme celles de Parry Morgan et du professeur Ascoli, remontent à 1912, c'est surtout depuis la guerre que cette double intervention a été pratiquée sur une plus grande échelle.

Notre expérience personnelle porte sur les neuf cas que nous allons avoir l'honneur de vous présenter. Nous ne donnons que des observations résumées, l'un de nous les ayant présentées plus complètes dans sa thèse.

Observation I. — M. Mey..., dix-sept ans, bijoutier, est vu, le 30 avril 1925. Depuis le début de l'année : migraines vespérales avec fièvre : 37°9, 38°2. Amaigrissement de 10 kilos en quatre mois. Tousse et crache depuis le début de mars.

Auscultation : respiration rude à gauche dans la zone d'alarme. Rien à droite.

Radioscopie : obscurité presque complète du sommet gauche, nombreuses pommelures dans le lobe supérieur.

Poids : 54kg900. Tension : 11-7 (auscultatoire). Urines : 0.

Examen des crachats : nombreux bacilles de Koch sur lame directe.

Revu le 18 mai, le malade nous apprend que sa température atteint 38°5 le soir, avec exacerbations médiales à 39°3; à l'auscultation, il y a des craquements dans le creux axillaire gauche; à la radio une spélonque sous-claviculaire gauche.

Nous instituons un *pneumo-artificiel gauche* ce jour même. Le décollement pleural est excellent, sans incident.

Le 9 juin, à l'écran, quelques nodosités dans le lobe moyen droit et quelque peu le lobe supérieur; le 16, ces nodules paraissent en voie d'extension.

Pas de signes stéthacoustiques. Etat fonctionnel et général stationnaire.

Pneumo bilatéral commencé le 24 juin 1925 :

A gauche (1er côté)...	100 cc.	P. term...	— 5
A droite............	400 cc.	— ..	— 5

Le 1er juillet :

A gauche..........	300 cc.	— ..	— 5
A droite............	500 cc.	— ..	— 5

Le 8 juillet :

A gauche..........	400 cc.	— ..	— 5
A droite............	600 cc.	— ..	— 5

Le décollement à droite se produit bien, et, malgré une adhérence retenant le lobe supérieur, le collapsus est électif.

Entretien simultané des deux pneumos avec des quantités d'air variant entre 300 et 600 centimètres cubes à gauche, 600 et 900 à droite en pressions négatives.

La température descend à 37°5. Toux et expectoration sont diminuées. Crachats encore bacillifères à l'homogénéisation en février 1926. Pas de troubles respiratoires ou cardiaques.

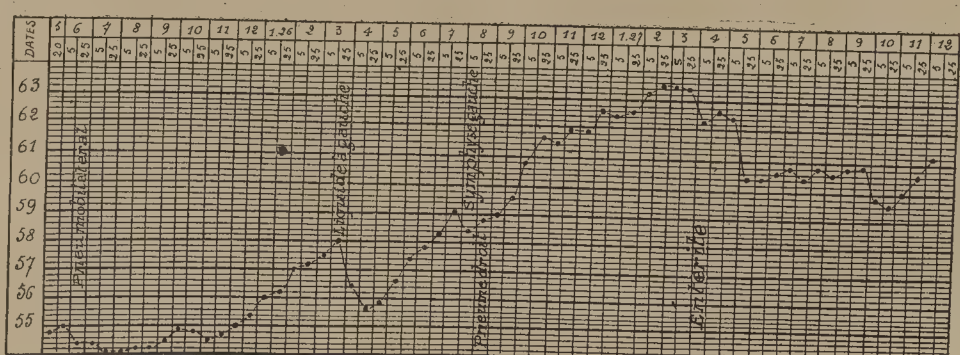
Une radiographie, le 19 mars 1926, montre un affaissement presque total du lobe supérieur droit, un affaissement partiel du lobe moyen avec une grosse ombre à la partie inférieure de ce lobe, le lobe inférieur est relativement peu comprimé; à gauche, électivité nette du collapsus sur le lobe supérieur malgré une forte adhérence partie du niveau l'interlobe et remontant sous la clavicule.

Le 1er avril, violent point de côté gauche, température 39 degrés. Toux et crachats reparaissent abondants. Epanchement liquide ne nécessitant à aucun moment la thoracentèse, mais demandant des insufflations minimes et espacées.

Le 19 août, le liquide est résorbé. Symphyse. Toute tentative d'insufflation est vaine.

Depuis entretien du pneumo droit seul. Chose curieuse le côté gauche paraît guéri.

En mars, apparition de troubles gastro-entéritiques, amaigrissement marqué (voir courbe de poids). Au bout de trois mois ces phénomènes s'amendent.



Obs. I. — Courbe de poids.

Actuellemeut, 28 janvier 1928, l'état du malade est excellent. Il pèse 61kg 300.

Les derniers examens de crachats qui ont pu être pratiqués sont négatifs.

Le malade ne tousse, ni ne crache et jouit d'une activité presque complète que nous avons peine à modérer. Sa tension est 13-7 au Pachon.

Pronostic excellent.

Obs. II. —Mlle H..., dix-sept ans, est vue le 26 mars 1925.

Depuis quatre mois : lassitude, amaigrissement de 4 kilogs, anorexie, sueurs nocturnes, type de température inverse: selles glaireuses, alternatives de diarrhée et de constipation Ni toux ni crachats.

Etat général très déficient. Auscultation : rudesse respiratoire dans la zone d'alarme droite, souffle hilaire droit accusé. Rien à gauche.

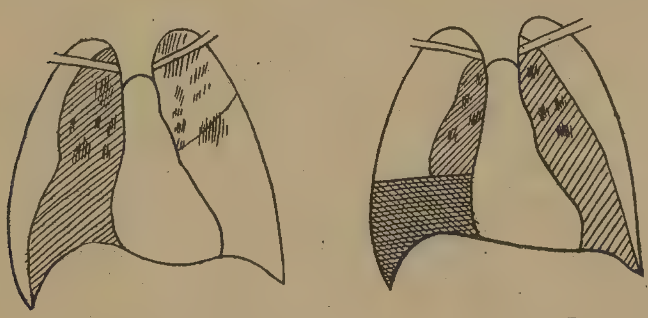
A l'écran : obscurité du sommet droit, forte réaction ganglionnaire périhilaire.

Le côté gauche paraît normal.

Poids : 50 kilogs. Tension : 11-6 (auscultatoire).

Nous instituons le *pneumo artificiel droit*. Sous son influence l'état général s'améliore un peu, le poids monte à 52 kilogs.

Cependant fin avril, nous constatons, à l'écran, de nombreuses pommelures dans le sommet gauche et région scissurale.



18-5-25 14-9-25

Obs. II

Le 18 mai, la température est à 38°5. Râles nombreux en arrière, à gauche.

A l'écran : deux foyers gauches, l'un sous-claviculaire, l'autre à l'interlobe.

Le 13 juin, nous amorçons le pneumo bilatéral en insufflant :

A droite (1er côté)....	400 cc.	P. term...		— 7
A gauche...........	300 cc.	—	..	— 7

Le 18 juin :

A gauche...........	400 cc.	—	..	— 6

Le 25 juin :

A droite............	300 cc.	—	..	— 6
A gauche...........	500 cc.	—	..	— 7

Puis réinsufflations les 4, 11, 21 juillet.

Malgré une tolérance parfaite, l'état ne s'améliore pas.

Au début de septembre, réaction liquidienne droite avec point de côté, dyspnée, fièvre. Toux et expectoration, insignifiantes jusque-là, deviennent abondantes; en même temps, s'installe une diarrhée tenace. L'anorexie est totale.

Une tentative d'insufflation provoque de la dyspnée avec 50 centimètres cubes d'air.

Les troubles digestifs augmentent : diarrhée, ventre ballonné, contracture de la paroi abdominale, température : 40 degrés.

La malade meurt au début de mai 1926.

Obs. III. — Mme Au..., trente-quatre ans, ménagère, est vue le 3 janvier 1925. Scoliotique à convexité droite et incurvation des tibias, signature d'un rachitisme infantile. Douleurs épigastriques deux heures après les repas ; vomissements aqueux et alimentaires fréquents; anorexie, amaigrissement de 6 kilos en trois mois. Elle tousse et crache.

Transpirations nocturnes. Température vespérale : 38 degrés.

Examen : sujet excessivement maigre. Cœlialgie haute et basse. Clapotage gastrique (la malade n'a rien pris depuis plus de quatre heures). Râles aux deux temps dans la fosse sus-épineuse gauche. Ronchus dans tout le champ pulmonaire gauche. Rien à droite :

A l'écran : marbrure dans tout le poumon gauche. Rien à droite. Estomac de forme allongée, ptosique 10 centimètres en dessous des crêtes iliaques, atonc, contractions faibles, évacuation retardée.

Poids : 38k600. Tension 12,5 — 6,5 (oscillomètre). Cœur normal. Crachats bacillifères sur lame directe.

Pneumo artificiel gauche le 17 janvier. La deuxième insufflation est suivie d'un emphysème sous-cutanée résorbé en quatre jours. Décollement excellent. La toux persiste douloureuse, une dizaine de crachats par jours, la température est aux environs de 38°5; le poids est stationnaire.

Le 11 mai, à l'écran, obscurité du sommet droit, pommelures dans le lobe supérieur.

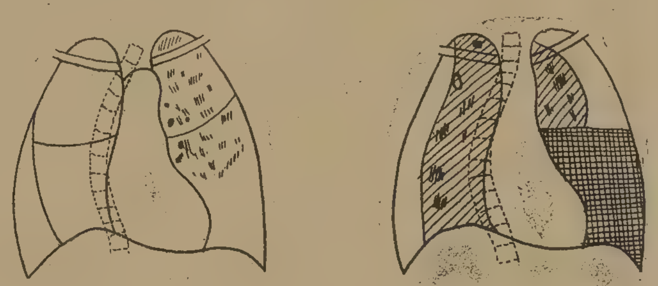
Le 15 juin, craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

La présence d'un nodule en voie de ramollissement dans la région sous-claviculaire droite nous fait commencer le pneumo bilatéral le 16 juillet 1925.

Le 23 juillet :

A gauche (1er côté).	200 cc.	P. term...		— 5
A droite..........	400 cc.	—	..	— 4.5
A gauche.........	300 cc.	—	..	— 4
A droite..........	600 cc.	—	..	— 4

Au 31 juillet, hydro-pneumothorax gauche. Cet état est bien supporté.



3-1-25 31-7-25

Obs. III

Le 21 août, symphyse gauche. Les insufflations droites sont continuées tous les quinze jours. Aucune tendance élective. caverne béante dans le lobe supérieur droit. La résistance du cœur fléchit. La tension le 28 octobre est 10-7 à l'oscillomètre indice 1,5. Tarchy-arythmie. Malgré la médication digitalique nous assistons à l'installation progressive d'une asystolie irréductible d'emblée. L'œdème des jambes commence au début de janvier 1921, anasarque complet à la fin du mois. La dyspnée est angoissante, les diurétiques et saignées amènent un soulagement passager. La terminaison fatale se produit fin février .

Obs. IV. — M. Car..., marchand forain, trente-cinq ans, vient nous consulter le 2 juillet 1924.

Pleurésie séro-fibreuse en 1909, à droite, suivie de congestion pulmonaire.

Mobilisé, il a fait toute la guerre sans accrocs.

Tousse et crache depuis six mois. Anorexie, amaigrissement : 5 kilos en deux mois.

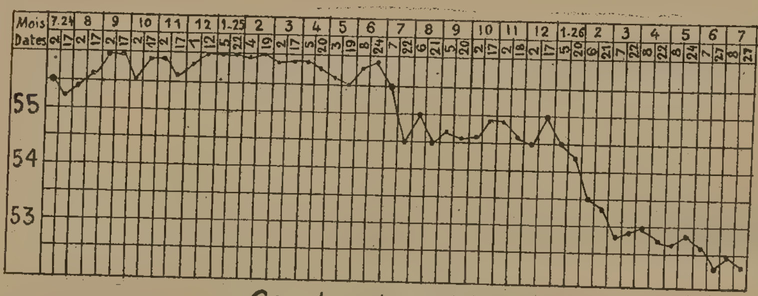
Hémoptysie le 26 juin.

Auscultation : respiration rude au sommet droit, en arrière; râles secs inconstants dans le creux axillaire droit. A gauche, quelques râles disparaissant à la toux.

A l'écran : sommet droit opaque. Pommelures dans tout le lobe supérieur.

Sommet gauche : quelques petites taches obscures.

Poids : 55k500. Tension 13-7 (auscultation). Température : 38 degrés le soir.



Courbe de poids

Obs. IV.

Les lésions du sommet gauche ne paraissant pas évolutives, nous créons le 8 juillet un pneumo droit, Nous atteignons vite un collapsus complet. Toux et expectoration diminuent.

Jusqu'en janvier 1925, rien d'anormal si ce n'est qu'à chaque examen radioscopique précédant une nouvelle insufflation, le poumon est revenu au voisinage de la paroi. Cette décompression anormale nous permettait d'insuffler jusqu'à 1.300 centimètres cubes d'air en pression terminale — 1.

En février, à l'écran, petite tache sous-claviculaire gauche.

En mars, crachats hémoptoïques. La température dépasse 38 degrés.

Le 21 août, la radio montre l'existence d'une spélonque à gauche. Le poids est descendu à 54k500. L'expectoration est riche en bacilles de Koch.

Pneumo bilatéral le 3 septembre. Bon décollement à droite. Pas d'incident.

Entretien simultané. Aucune tendance élective; le côté droit se décomprime toujours rapidement.

Réaction liquidienne gauche le 29 décembre. Dyspnée intense, après une insufflation, qui oersista une dizaine de jours.

Le 15 janvier 1926, réaction pleurale gauche vive : point de côté, frissons, dyspnée. Température : 40 degrés. Amendement des phénomènes aigus en huit jours.

Le 30, à l'écran, le niveau liquide atteint presque la clavicule; le cœur est refoulé à droite. Thoracentèse pour calmer la dyspnée le 7 mars.

Le 23 mars, il ne reste qu'une petite nappe liquide; par contre, la dyspnée continue ne nous permet pas de nouvelles insufflations à gauche.

L'état général décline.

Le 27 juillet, symphyse gauche et spélonque dans le lobe supérieur. Le champ pulmonaire droit est un vaste semis de granulations opaques.

Nous perdons de vue le malade, et avons appris sa mort fin octobre 1926.

Obs. V. — Mlle Feu..., vingt ans, marchande de légumes, est revue le 28 janvier 1925. Cette malade avait refusé, en 1922, le pneumo artificiel pour lésions du sommet droit.

Etat général profondément atteint, pâleur extrême, amaigrissement considérable. Elle a dû cesser son commerce ambulant depuis deux mois parce que fiévreuse et qu'à plusieurs reprises elle a craché du sang.

Examen : matité à droite, en arrière. Craquements zone d'alarme. Rien à gauche.

A l'écran : pommelures dans les deux tiers supérieurs du poumon droit et spélonque sous-claviculaire. A gauche, ombre sous-claviculaire.

Poids : 40kg500. Tension : 12-7 (auscultatoire). Urines normales. Température à l'examen : 38°2.

Repos absolu. Fin mars, les lésions droites seules paraissent évolutives.

Pneumo droit le 2 avril. Décollement parfait, la caverne reste béante. Au 31 juillet, la toux a diminué, mais l'expectoration persiste abondante et riche en bacilles de Koch.

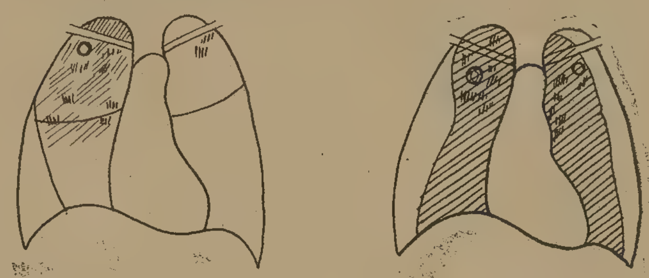
Dès le 15 mai, notre attention avait été attirée à l'écran par l'existence de trois petites taches dans le lobe supérieur gauche; et, le 21 août, nous constations l'existence d'une spélonque.

A droite, malgré un bon collapsus, la caverne est toujours béante,

Pneumo bilatéral le 4 septembre. Décollement pleural sans incident. Aucune tendance élective, et à gauche comme à droite, caverne béante.

Dès le début d'octobre, une symphyse partielle droite, installée insidieusement, compromet l'entretien simultané des deux pneumos.

La défaillance de l'état général s'accuse de plus en plus, 34 kilos le 30 janvier 1926. En même temps, la malade présente des signes de tuberculose rénale et vésicale. Un cathétérisme ramène des urines purulentes et bacillifères. Avec cela, diarrhée persistante.



28-1-25 4-9-25

Obs. V

Diarrhée et pyurie vont s'accentuant. Après une réaction liquidienne gauche en avril, sans symptomatologie, la malade se cachectise et meurt en octobre 1926.

Obs. VI. — Mlle Cav..., trente-deux ans, piqûrière, est vue le 25 mai 1925.

Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire, dont l'une fut traitée dix-neuf mois par un pneumo artificiel.



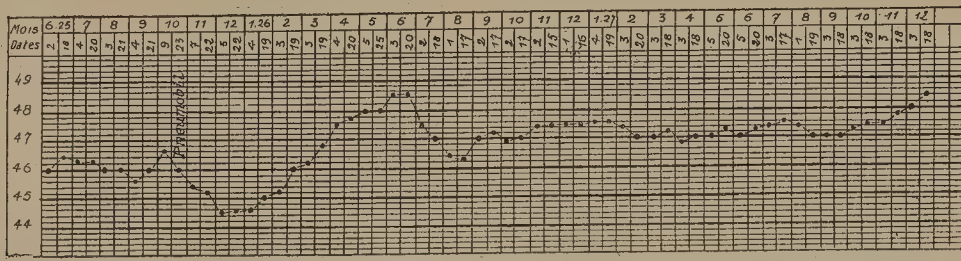
25-5-25 16-1-26

D: 300 cc. press.. — 2

G: 400 „ „ — 1

Obs. VI

Après une grippe en janvier, elle a continué à tousser et à cracher, à être fébrile le soir, tout en continuant son travail à l'atelier.



Obs. VI. Courbe de poids.

Hémoptysie en mars, puis crachats hémoptoïques fréquents avec recrudescence menstruelle.

Amaigrissement de 14 kilos depuis janvier.

Auscultation : craquements dans tout le poumon gauche. Rien à droite.

A l'écran : obscurité du sommet gauche, pommelures dans tout le lobe supérieur et la région scissurale du lobe inférieur. A droite, légère infiltration à la base du lobe supérieur.

Poids : 40 kilos. Tension : 13-7 (auscultation). Bacilles de Kock dans les crachats.

Pneumo artificiel gauche, ce même jour.

Décollement excellent; les symptômes fonctionnels s'amendent. Hémoptysie le 4 juillet (à l'occasion des règles). A l'écran, les lésions droites paraissent en voie d'extension. Nouvelle hémoptysie le 4 septembre. Le 9 octobre, craquements au sommet droit. Pas de signes fonctionnels surajoutés, au contraire l'état général paraît meilleur, augmentation de poids.

Pneumo bilatéral le 23 octobre :

A gauche (1er côté)..	250 cc.	Pr. terminale,	5.
A droite...........	350 cc.	—	5.

Le 30 octobre :

A droite...........	500 cc.	—	3.

Le 5 novembre :

A gauche..........	200 cc.	—	6.
A droite...........	500 cc.	—	3,5.

Bon décollement du côté droit, malgré une adhérence retenant le lobe moyen. Tendance élective des deux collapsus. Pendant une quinzaine de jours, diarrhée qui donne des craintes sur une localisation intestinale, l'état général décline. Un examen de crachats le 6 janvier 1926 est encore positif. Fin janvier, tout rentre dans l'ordre, et nous avons peine à empêcher la malade de retourner à l'usine. Insufflations bilatérales toutes les trois semaines. Double pneumo sans histoire jusqu'en avril 1927. Une symphyse partielle à droite nous oblige à pratiquer de petites insufflations de ce côté, avec des pressions terminales positives : + 1 à + 3.

Le 18 avril, après une insufflation, la malade éprouve dans le côté droit une douleur assez vive, sans palpitations, ni dyspnée, mais avec tendance syncopale. En même temps s'installe une anesthésie totale des annulaire, auriculaire et de l'éminence hypothénar droits, anesthésie partielle de l'avant-bras et du bras droits. Cet état a persisté une demi-journée.

A cette époque, la malade ne tousse ni ne crache. Nous aurions voulu qu'elle puisse se reposer davantage, mais les besoins de l'existence l'ont obligée à reprendre son travail dès juillet 1926.

Symphyse droite totale en août 1927. Le poids, longtemps stationnaire, commence à monter. Bon résultat. Pronostic éloigné plus réservé, en raison de la situation sociale de la malade obligée de travailler pour vivre.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS

L'HUILE DE CHŒNOPODIUM

(WORMSEEDOIL)

Le Chœnopodium anthelminthicum, aussi dénommée Ch. ambrosioides, est une espèce végétale dès longtemps connue et dont le domaine géographique est des plus étendus. Il existe à l'état sauvage dans diverses régions de l'Amérique du Nord et fut parfois dénommé « Thé du Mexique »; on le trouve aussi en Europe, dans la région méditerranéenne, également en Afrique du Nord en même en Australie.

Cette plante médicinale a connu des fortunes diverses. A peu près partout, ses propriétés furent mises à profit par la médecine populaire et lui valurent les honneurs des divers Codex. L'édition de 1818 du Codex français lui faisait une place sous le nom d' « Ansérine vermifuge » ; les accidents observés lui valurent cependant une défaveur que sanctionna en 1908 sa radiation de notre Codex. La nomenclature des remèdes officiels des Etats-Unis l'a pourtant conservée et les résultats publiés dans ces dernières années par les auteurs américains lui ont valu un regain de faveur, tout au moins relative, qu'avaient préparé les travaux d'auteurs étrangers, en particulier Brüning, de Rostock (1908) et Gockel, d'Aix-la-Chapelle.

Les Indiens utilisaient ses effets contre les coliques de diverses espèces, contre la dysentérie et les vers intestinaux ; c'est ce dernier usage qui a seul subsisté dans la thérapeutique contemporaine.

Notions botaniques. — Le chœnopodium est doué d'une odeur aromatique particulière, s'apparentant à celles du camphre et de l'essence de térébenthine, odeur due à une huile essentielle sécrétée par des cellules spéciales, réparties sur toute la plante mais plus abondantes au niveau des poils épidermiques.

On extrait de la plante cette huile essentielle, liquide légèrement teinté en brun jaunâtre par la distillation des feuilles, des fleurs et surtout des sommités de la plante au moment où les graines vont atteindre leur maturité.

L'odeur de ce produit de distillation qui constitue l'huile de chœnopodium est pénétrante et un peu désagréable; sa saveur un peu amère et brûlante. L'huile de chœnopodium insoluble dans l'eau est assez soluble dans l'alcool à 70° (dans 3 à 10 volumes).

Sa teneur en principe actif est assez variable et bien des échantillons commerciaux ont été reconnus sophistiqués, avec de l'essence de térébenthine notamment; d'où un médicament d'une activité inégale ou d'une toxicité parfois inattendue.

Le principe actif est *l'ascaridol*, assez instable lui-même et décomposé par l'ébullition; c'est là une nouvelle cause de variation dans les effets obtenus qui n'est pas sans avoir nui au médicament.

Propriétés physiologiques. — Elles sont en tous points comparables à celle de l'ascaridol ($C^{10}H^{16}O^{2}$) qui agit naturellement à des doses beaucoup plus faibles.

Les essais systématiques les premiers en date sont ceux de Brüning (1908) qui sont pour beaucoup dans la diffusion de cette médication en Allemagne et en Amérique.

Chez l'homme. — L'action sur l'appareil respiratoire est nulle.

Sur le tractus gastro-intestinal, le chœnopodium produit de l'*irritation* des muqueuses, avec congestion et hypersécrétion muqueuses; il a un *effet constipant* intense; c'est parfois un cholagogue.

Sur l'appareil circulatoire il est doué d'effets *hypotenseurs*, qui ne sont d'ailleurs perceptibles qu'en cas d'intoxication.

Sur le rein son action est peu intense, en général; l'urine prend seulement une coloration jaune qui vire au rouge par la lessive de soude.

Dans certains cas d'intoxication on a noté de l'*albuminurie* mais il ne semble pas y avoir eu jamais de lésions rénales très intenses.

L'action sur le *système nerveux* est plus nette. L'huile de chœnopodium à dose suffisante a des effets *d'abord convulsivants puis paralysants*. Elle a une action élective sur le *nerf acoustique et sur le centre respiratoire qu'elle paralyse*, de façon parfois définitive.

C'est un *modificateur du sang*; l'hémoglobine est transformée en méthémoglobine ou en d'autres dérivés; les globules rouges en suspension physiologique sont activement *hémolysés*.

Brüning a cherché aussi les propriétés du médicament sur divers animaux et sur divers milieux.

Sur les animaux a sang chaud, l'huile de chœnopodium produit de l'irritation intestinale, de la torpeur avec paralysie du centre respiratoire.

La dose toxique varie selon l'animal et selon le mode d'administration; par voie sous-cutanée, cette dose varie entre 0g2 par kilogramme pour le chien et 0g4 par kilogramme pour le cobaye.

L'action sur les animaux a sang froid qui peuvent eux aussi héberger des parasites, est aussi celle d'un *narcotique et d'un paralysant*. Pour la grenouille, 0g50 par kilogramme amènent une mort rapide; 0g1 une paralysie complète.

Plongés dans une solution à 1/25000 les poissons subissent une narcose non mortelle; leur mort est au contraire rapide dans une solution à 1/8000.

Sur les parasites vivants (Ascaris) conservés vivants dans la solution de Bunge à 37 degrés, une dilution à 1/5000 suffit pour rendre les *vers immobiles au bout de deux heures* environ. Mais cette action cesse par transfert des ascaris dans de l'eau tiède.

Pour le lait de vache cru l'huile de chœnopodium est un *coagulant* et produit une *acidification* en même temps qu'il empêche la coagulation du fait des diastases ou des bactéries.

Elle coagule de même les solutions de blanc d'œuf.

C'est enfin *un antiseptique* suffisant pour empêcher au taux de 1/200 le colibacille de pousser sur bouillon.

Absorption. Élimination. — Chez l'homme, l'*absorption* se fait surtout *par voie intestinale* avec d'autant plus d'intensité et de rapidité que la muqueuse est plus congestionnée et plus irritée.

L'*élimination* se fait par voie intestinale (provoquée) et surtout *par voie rénale*.

Indications. Contre-indications. — Elles sont peu nombreuses. Nous ne parlerons que pour mémoire des utilisations anciennes : diarrhées, dysenteries où l'effet constipant de la drogue était mis à profit, chorées où l'on comprend que la drogue ait pu donner d'heureux effets lorsqu'ils s'agissait de troubles réflexes par intoxication vermineuse.

Tous ces emplois sont tombés en désuétude. L'huile de chœnopodium n'est actuellement employée que contre les *parasites intestinaux*.

Elle a été essayée contre les divers tænias, les oxyures et les trichocéphales avec un insuccès complet.

Il en faut réserver l'emploi aux *Ascaris* et à l'*Ankylostome*; la fréquence et la gravité de ces parasitoses dans certains pays ont été les agents de diffusion du médicament; il a rendu contre les ascaris de grands services aux Indes-Hollandaises et en Amérique contre le Necator, homologue de l'ankylostome.

Les contre-indications sont peu nombreuses aussi. L'âge n'en est pas une; il en est tout autrement des *lésions intestinales* qui favorisent l'absorption par le malade d'une substance réservée à ses hôtes et surtout des *lésions auriculaires* quelles qu'elles soient. Ne se traduisissent-elles que par des bourdonnements d'oreille, il faut considérer la contre-indication comme absolue.

Posologie. Mode d'administration. — Ne fût-ce que pour disposer à la prudence dans l'usage d'un médicament dont la toxicité est incontestable, il importe de savoir que les diverses préparations donnent au centimètre cube un *nombre de gouttes très variable* (de 18 à 70 selon les cas).

Il convient donc de ne pas se servir de compte-gouttes mais de capsules qui sont correctement dosées.

Se servir de capsules récentes (dont l'activité se conserve encore) en gélatine dure, de préférence.

Une purge avant le traitement comme l'ont pratiquée certains auteurs ne paraît pas nécessaire; il faut seulement que le malade soit *absolument à jeun — et garde le lit* pendant la durée du traitement.

Il devra rester à la diète jusqu'à ce que la purge consécutive au vermifuge ait fini d'agir.

En cas d'insuccès, on ne devra pas administrer de nouvelle dose de chœnopodium avant douze à quinze jours.

Doses. — Trop faibles elles sont inactives, trop fortes elles sont toxiques.

Chez le jeune enfant trop jeune pour savoir avaler des capsules on devra se résigner à administrer l'huile en gouttes dont on déguisera, dans la mesure du possible, la saveur désagréable en les faisant prendre sur du sucre, dans du café au lait sucré, ou avec du sirop de framboises.

Chez l'adulte on se servira exclusivement de capsules.

On tend actuellement à adopter une posologie plus faible qu'il y a quelques années; c'est ainsi que Brüning donnait à l'enfant deux gouttes par année d'âge et que les anciens auteurs prolongeaient la cure deux jours de suite.

Actuellement on s'accorde à donner :

Enfant *au-dessous de quinze ans : 1 goutte par année d'âge.*

Adulte (au-dessus de quinze ans) : *XLV gouttes en trois doses* consécutives de XV gouttes chacune; s'en tenir chez la femme à XII gouttes par dose.

L'huile de chœnopodium sera prise *le matin à jeun;* chaque dose séparée de la suivante par *une heure d'intervalle.*

Deux heures après la dernière dose on administrera *une purge* qui aura laissé aux parasites le temps de tomber dans la torpeur mais les évacuera avant leur réveil.

Cette purge *assez énergique* est soit de l'huile de ricin (40 à 50 grammes pour un adulte) soit une dose correspondante de sulfate de magnésie (purgatif que certains auteurs jugent préférable). D'autres auteurs par un surcroît de précautions, associent à ce traitement l'action du chloroforme (association chloroforme 3 grammes, huile de ricin 17 grammes) ou du tétrachlorure de carbone (chœnopodium 1 centimètre cube, tétrachlorure de carbone 3 centimètres cubes).

Si l'on admet avec Riff que XV gouttes de médicament contiennent 0g32 de principe actif, la dose totale de l'adulte équivaudrait à 1 gramme d'huile.

Si la purge ne suffit pas à vaincre l'effet constipant du vermifuge, on devra en administrer une deuxième, quatre heures après.

Effets du traitement. — En général, on assiste sous son influence à une évacuation totale des parasites dans un délai qui est de vingt-quatre heures au maximum. Dans certains cas cependant on n'obtient de guérison définitive qu'après une deuxième cure faite deux ou trois semaines plus tard.

Schüffner et Verwoort (de Deli) ont comparé l'efficacité du chœnopodium avec celle du thymol, du naphtol β et de l'huile eucalyptolée; pour eux l'efficacité est comparable qu'il s'agisse d'ascaris ou d'ankylostome; elle est supérieure notablement à celle du thymol et bien plus encore à celle des deux autres médicaments.

L'huile de chœnopodium correctement administrée est, en général, bien tolérée; sa saveur désagréable peut cependant provoquer chez certains sujets des vomissements. La seule réaction habituelle au traitement est une céphalée légère ainsi que de la rougeur avec picotements de la paume des mains et de la plante des pieds.

Intoxication. — Les troubles toxiques sont semblables à ceux qu'on réalise expérimentalement par l'ascaridol. Le plus souvent ces troubles sont légers mais ils peuvent être graves; divers auteurs même (Ryghiner, Braun, Suchanka) ont rapporté des cas de mort.

Le début se fait par des troubles dans le domaine de la huitième paire : *bourdonnements d'oreilles*, signes d'avertissement à ne pas négliger.

Il peut s'en suivre, par action sur les nerfs vestibulaire et cochléaire, *de la surdité*, habituellement temporaire mais qui peut être définitive (Riff, Oppikofer).

Dans les cas les plus graves enfin, apparaissent des *nausées* puis brusquement un *coma profond* avec hyperthermie, ralentissement de la respiration, mydriase; les membres et le visage sont animés de secousses brusques, les réflexes sont abolis, le Babinski se fait en extension, les urines sont albumineuses. Les membres se paralysent enfin, la mort survient par œdème pulmonaire et insuffisance cardiaque. Il y a parfois des hémorragies intestinales.

L'autopsie a montré des hémorragies viscérales, de la dégénérescence graisseuse du foie et des reins, de la pachyméningite.

Nous mettrons en marge des précédents le cas rapporté par Münch où un tableau clinique très comparable est attribué à une intoxication par le sulfate de magnésie en solution concentrée employé comme purgatif. L'huile de chœnopodium continue de nous sembler celui des deux éléments associés dont il convient de se méfier le plus.

Ce qu'il importe de retenir c'est qu'il s'agit toujours d'une intoxication grave d'autant plus qu'on ne réussit pas toujours à éliminer complètement le poison. On donnera une purge, on pratiquera des lavages d'estomac et d'intestin; on administrera des tonicardiaques. Pour aider à la reprise du péristaltisme intestinal, Vogt propose l'injection intraveineuse de 600 grammes de sérum physiologique additionné de 6 ampoules d'hypophysine, procédé qui lui aurait réussi dans un cas. En dernier ressort enfin, il conseille la transfusion.

L'énergie d'un tel traitement montre la gravité d'une telle intoxication et explique la circonspection avec laquelle il sied de l'employer dans des contrées où les parasitoses ne sont qu'un chapitre secondaire de la pathologie.

R. LEVENT.

Précis de séméiologie neuro-psychiatrique à l'usage des praticiens, par A. Rouquier, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8 de 272 pages avec figures. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Psychiatrie, par H. Godet, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. « Les Consultations journalières. » In-16 de 220 pages. — Prix : cartonné, 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1928)

Un milieu nutritif simple. — M. A. BERCZELLER (présenté par M. Urbain). Il résulte des recherches de l'auteur que la macération de viande, chauffée à 60 degrés, convient à la culture de certains microbes difficiles, tels que le gonocoque, le microbe de la coqueluche et le bacille de Pfeiffer.

Variations de la densité sanguine au cours de l'asphyxie Recherches sur la densité du sang veineux splénique. — MM. Léon BINET et L. PERLÈS, étudiant la densité sanguine chez des chiens chlorolosés, montrent que cette densité s'élève nettement sous l'influence de l'asphyxie (de 1.055 à 1.061); cette élévation de densité ne se retrouve plus chez le chien dératé et les auteurs montrent que l'élévation de densité du sang au cours de l'asphyxie provient avant tout du passage dans la circulation d'un sang splénique dont la densité est énorme (1.080-1.085). De telles recherches viennent à l'appui de l'importance de la mobilisation des éléments figurés qui, accumulés antérieurement dans la rate, passent dans le sang circulant sous l'influence de l'asphyxie.

Elimination de la phénol-phtaléine après l'ingestion de lacto-sérum. — MM. Maurice RENAUD, MÜLLER et MIGET, complétant leur étude des modifications de la diurèse par l'ingestion de lacto-sérum, établissent que la rapidité de l'élimination de la phénol-phtaléine témoigne de l'influence stimulatrice du lacto-sérum sur le parenchyme rénal.

Si l'injection intraveineuse de phénol est faite chez un sujet normal quinze minutes après l'ingestion de 200 centicubes de lacto-sérum on voit le phénol apparaître en moins de deux minutes dans l'urine et atteindre un taux considérable dans la première demi-heure et être totale en quarante-cinq minutes.

Chez les sujets dont le rein est déficient on trouve que l'ingestion de lacto-sérum produit des différences considérables dans le rythme et le taux de l'élimination.

Dans une série de vingt cas, la moyenne d'élimination qui était de 25 après l'ingestion d'eau a été portée à 55 par l'ingestion de lacto-sérum ce qui prouve que le rein est passé, par la stimulation de lacto-sérum, d'un mauvais rendement à un rendement presque normal.

Les modifications de la cholestérinémie chez les oxalémiques. — Les travaux de A. CHAUFFARD, P. BRODIN et A. GRIGAUT ont mis en évidence une élévation du taux de la cholestérine dans le sang des malades atteints de diathèse goutteuse parallèlement à l'élévation du taux de l'acide urique.

MM. Guy Laroche et A. Grigaut ont pu faire une constatation analogue chez les hyperoxalémiques dont le sérum contient fréquemment un excès de cholestérine.

Ces faits mettent en évidence l'intrication des métabolismes de l'acide urique, de l'acide oxalique et des lipoïdes, les viciations de l'un d'entre eux ayant sa répercussion sur les métabolismes voisins.

Essais de vaccination du lapin contre la névraxite provoquée par le virus herpéto-encéphalitique. — MM. L. FOURNIER et C. LEVADITI étudient depuis 1925 divers procédés de vaccination des lapins contre la névraxite provoquée par le virus herpéto-encéphalitique C. Ces recherches sont le corollaire de leurs essais de vaccinothérapie appliquée à des sujets atteints d'encéphalite aiguë ou chronique. Il est possible de créer l'état réfractaire chez le lapin à l'égard du virus herpéto-encéphalitique C, à l'aide d'injections sous-cutanée ou intramusculaire de germes virulents, à la condition que la quantité de virus administré soit assez considérable et les inoculations assez fréquentes. L'immunité, se traduisant par une résistance absolue à l'inoculation d'épreuve pratiquée par voie transcranienne, peut durer au minimum six mois. Le fait que certains des animaux ont contracté l'encéphalite au cours de la vaccination, ajouté à cet autre fait qu'il a été impossible de vacciner le lapin au moyen de virus tué, laisse penser que l'état réfractaire est consécutif à une infection névraxique légère. Une telle infection, tout en étant inapparente cliniquement, déterminerait des lésions encéphalo-médullaires éphémères et cependant suffisantes pour créer un état d'immunité tissulaire efficace.

Passage du bismuth et de l'arsenic à travers la barrière vasculo-méningée chez l'homme, sous l'influence d'une méningite aseptique. — M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALAMON montrent que des quantités appréciables de bismuth et d'arsenic pénètrent du sang dans le liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques généraux, chez lesquels on a provoqué une méningite aseptique au moyen d'une injection intrarachidienne de l'émulsion farineuse stérilisée.

Les effets thérapeutiques de ce mode de traitement feront l'objet d'une autre note.

Sur la septinévrite provoquée par le virus de l'encéphalo-myélite enzootique (maladie de Borna). — M. S. NICOLAU, Mme O. DIMANCESCO-NICOLAU et M. GALLOWAY, en continuant les recherches sur les septinévrites, relatent les résultats suivants :

1. Le nerf pneumogastrique des lapins morts d'encéphalomyélite enzootique expérimentale conférée par voie sous-dure-mérienne montre, en amont et en aval du ganglion plexiforme, des lésions de névrite interstitielle, analogues à celles trouvées par les auteurs dans le sciatique et le brachial.

2. A l'intérieur du ganglion plexiforme de tels animaux, on trouve des altérations caractéristiques, y compris les corpuscules de Joest-Degen dans les noyaux des cellules ganglionnaires. Les auteurs signalent chez les lapins la présence des cellules nerveuses à l'intérieur des formations lymphoïdes qui existent çà et là dans le parenchyme pulmonaire.

3. Dans le pancréas des lapins ils ont trouvé des formations ganglionnaires analogues à celles existant dans la parotide. Dans les noyaux de ces cellules chez les animaux morts de Borna, il existe des corpuscules de Joest-Degen.

4. Les nerfs périphériques, brachial et sciatique des simiens (macacus rhesus) morts de la maladie expérimentale, peuvent renfermer assez de virus pour conférer la mort aux lapins inoculés par voie cérébrale.

Recherches sur l'épreuve galvanique auriculaire prolongée : le nystagmus postgalvanique. — M. R. CAUSSÉ. Si, au lieu de donner à l'épreuve galvanique une durée de quelques secondes, on la prolonge pendant plusieurs minutes, on obtient un nystagmus postgalvanique à la rupture du courant. Ce nystagmus, qui dépasse souvent une minute, est toujours de sens opposé au nystagmus pergalvanique qui le précède. Ce phénomène montre, en particulier, que les postréactions ne sont pas l'apanage des excitations calorique et rotatoire.

L'accumulation du soufre dans la peau après surrénalectomie. — MM. LOEPER, DECOURT et LESURE étudient les variations du soufre dans la peau des chiens après surrénalectomie unilatérale. Ces variations sont parallèles aux variations déjà signalées de la thiémie. Elles sont très notables et, en général, de 25 p. 100 environ. Elles témoignent d'une accumulation de soufre dans la peau. En l'absence de recherches histologiques précises, il est impossible de savoir si ce soufre se fixe spécialement sur la couche générative ou sur la couche kératinisée. Le fait n'en a pas moins une grande importance car la mélanine est un pigment amnio-soufré et elle s'accroît dans les mélanodermies addissoniennes.

LIVRES NOUVEAUX

Travaux et Mémoires [t. II] (1), par le professeur Pierre MARIE.

Le premier volume des *Travaux et Mémoires* du professeur Pierre Marie était consacré à l'aphasie; il reproduisait en outre ses articles établissant définitivement l'existence d'un certain nombre d'entités nouvelles ou en renouvelant la descriptiou.

Plusieurs de ces études qui n'avaient pas trouvé leur place dans ce premier volume paraissent aujourd'hui.

Les mémoires qui figurent dans ce livre comme ceux qui composaient le précédent volume ont été réimprimés dans leur intégrité avec leurs figures originales sans qu'un seul mot ait été changé.

On trouvera groupés les travaux se rapportant aux questions suivantes :

Amyotrophie Charcot-Marie : sous ce nom est désignée en France une forme d'atrophie musculaire progressive à caractères très définis.

L'Hérédo-ataxie cérébelleuse : dénomination que le professeur Pierre Marie applique à un ensemble de faits cliniques qui, tout en différant plus ou moins de ceux qui appartiennent à la maladie de Friedreich, ont avec ceux-ci des caractères communs quant aux symptômes.

Les Lacunaires. — L'auteur y établit que l'hémiplégie des vieillards n'est pas due le plus souvent à une hémorragie cérébrale ou à un ramollissement, mais bien au processus lacunaire ; on ne consacra à cette lésion pendant longtemps et avant ces travaux que des descriptions sommaires.

Une partie importante enfin de ce deuxième volume comprend des Travaux divers : Les uns sur l'Encéphale (12 chapitres) parmi lesquels : (Le Coma dans l'hémorragie cérébrale; l'Hémiagnosie douloureuse dans l'hémiplégie récente. Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne?) etc.

7 chapitres sur les Infections et les Maladies nerveuses (Sclérose en plaques et maladies infectieuses. Note sur l'Etiologie de l'Epilepsie. Etiologie de la paralysie spinale infantile), etc.

17 chapitres sur les Maladies de la moelle : (Lésions des circonvolutions motrices dans la sclérose latérale amyotrophique. Forme spéciale de névrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance, le réflexe d'adduction du pied), etc.

A quel âge meurent les tabétiques?

7 chapitres enfin sur des sujets variés : (Déformation du crâne dans certains cas de myopathie progressive primitive. Maladie de Basedow et goitre basedowifié. Vitiligo et Syphilis), etc.

L. G.

(1) Un volume de 394 pages avec 48 figures et 2 planches. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique (1), par le docteur PESCHER.

Voilà bientôt trente ans que notre confrère, le docteur Pescher, poursuit ses études relatives à la gymnastique respiratoire par le procédé dit de la bouteille, puis par le spiros-

(1) Paris, Maloine.

cope. C'est une seconde édition de son ouvrage qui paraît aujourd'hui.

Malgré ses nombreuses publications, ses présentations à l'Académie et aux Sociétés savantes, le procédé d'exploration imaginé par notre confrère Pescher n'a pas, selon nous, obtenu tout le succès qu'il mérite.

Il est un état pulmonaire qui, sans être à proprement parler un état pathologique mériterait cependant qu'on s'en occupât, je veux parler de l'insuffisance pulmonaire si fréquente et si gênante pour l'auscultation de certains malades. Toute cette catégorie de sujets, à insuffisance respiratoire, devrait être tributaire de la spiroscopie.

Il faut donc louer notre confrère Pescher de continuer ses recherches et d'instruire ses confrères des avantages que l'on peut tirer de la spiroscopie tant pour le diagnostic que pour le traitement de certains troubles respiratoires.

A. BROCHIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEURS MIXTES DE LA PAROTIDE

Ce sont les plus fréquentes des tumeurs de la parotide. Elles nécessitent une exérèse chirurgicale dès qu'elles sont diagnostiquées car elles évoluent en deux périodes :

Une *période de bénignité très longue*, de durée parfois indéfinie et où l'exérèse amène la guérison.

Une *période de dégénérescence maligne* qui peut apparaître à n'importe quel moment de l'évolution et où la mort est fatale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Macroscopiquement**. — Tumeur arrondie, unique, de volume variable. Les grosses tumeurs sont irrégulières.

La tumeur est *bien limitée*, entourée d'une capsule fibreuse, séparée du parenchyme glandulaire.

Consistance variable. Certaines sont très dures, d'autres présentent des points de ramollissement.

A la coupe on voit des amas nodulaires séparés par un stroma fibreux et de très fréquents îlots de cartilage. Il existe parfois des zones calcifiées. Les éléments kystiques sont rares.

2. **Microscopiquement** il y a toujours deux variétés de tissus :

a. **Un stroma conjonctif** dont l'aspect *peut être très varié* suivant les cas et suivant le point considéré. On peut trouver :

Du tissu conjonctif banal;

Du tissu cellulo-graisseux;

Du tissu myxomateux;

Du *tissu cartilagineux* souvent atypique, et dans tous les cas des éléments de passage, mal différenciés.

b. **Des amas épithéliaux**. — Leur aspect est également très varié :

Epithélium cylindrique de type glandulaire avec, en certains points, de véritables tubes glandulaires et acini;

Epithélium tubulé;

Epithélium pavimenteux avec ou sans globes cornés;

Enfin, les *cellules indifférentes* des auteurs classiques, d'aspect polymorphe et qui semblent bien être de nature épithéliale.

Suivant la prédominance de certains tissus on a donné à ces tumeurs les noms d'adénomes, d'adéno-chondromes, c'est le terme de tumeur mixte qu'il faut employer.

Quand la tumeur mixte dégénère, ce peut être l'élément épithélial ou l'élément conjonctif qui dégénère.

La glande est refoulée par la tumeur atrophiée mais bien séparée de la tumeur tant que celle-ci est bénigne.

Histogénèse. — Plusieurs théories ont expliqué la formation de ces tumeurs.

1. **Théorie glandulaire**. — La tumeur est une prolifération du tissu épithélial et du tissu conjonctif de la glande.

2. **Théorie conjonctive**. — La tumeur est d'origine uniquement conjonctive.

3. **Théorie embryonnaire**. — C'est la plus communément admise. La tumeur mixte est due à la prolifération d'éléments embryonnaires *inclus* dans la parotide.

Ces éléments sont :

Pour Cunéo et Veau, des *débris branchiaux*; ces tumeurs sont de véritables branchiomes.

Pour Hinsberg, un fragment de périchondre du cartilage de Meckel;

Pour Wilms, un élément non différencié de l'ectoderme buccal.

4. **Théorie métaplasique**. — Soutenue plus récemment. Il y aurait régression métaplasique du tissu glandulaire.

En résumé, c'est la théorie de Cunéo et Veau qui est admise actuellement par les chirurgiens.

ÉTUDE CLINIQUE

L'évolution de toute tumeur mixte peut se faire à un moment quelconque vers la dégénérescence maligne. C'est la notion dominante et qui commande l'ablation de ces tumeurs quand le diagnostic est posé.

1. **Début**. — Très lent et très *insidieux*. Aucun signe fonctionnel ne vient le révéler. La tumeur mixte passe souvent inaperçue pendant des années, sauf dans les cas où elle est superficielle. Le malade vient alors consulter pour une petite tumeur constatée par hasard. Il s'agit le plus souvent d'un adulte encore jeune.

Signes physiques. — Petite tumeur peu visible, dure, indolore, située derrière l'angle de la mâchoire et un peu au-dessus.

C'est le classique enchondrome de la parotide.

2. **État**. — Des années après la tumeur a grossi, elle entraîne une déformation visible.

Signes fonctionnels. — Il n'y en a toujours pas. Pas de douleur, pas de gêne.

Signes physiques. — INSPECTION. — *Tumeur* située :

Derrière l'angle du maxillaire;

En avant du sterno;

Au-dessous de l'oreille.

Volume. — Œuf de pigeon en moyenne.

Peau d'aspect normal et mobile.

PALPATION. — Tumeur arrondie, *dure*, indolente.

Immobile avec les mouvements de la mâchoire. Parfois un craquement à l'ouverture de la bouche.

Rechercher les prolongements possibles :

En dedans vers le pharynx (toucher pharyngien);

En avant vers la face externe du masséter;

En arrière à la face externe du sterno;

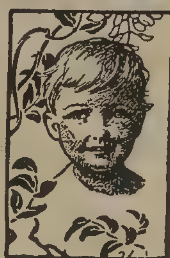
En bas vers la région sous-maxillaire.

Pas de ganglions carotidiens.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai. — MM. Turpin, 18; Boulin, 20; Jacquelin, 19; Mouquin, 19,90.

Liste des candidats admissibles : MM. Nicaud et Boulin, 20; Mouquin, 19,90; Carrié, 19,81; Ravina, 19,18; Jacquelin et Mme Fontalne, 19; MM. Janet, 18,90; Levesque, 18,72; Coste, 18,54; Haguenau et Turpin, 18; Bith, 17,54.

— Concours de radiologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Guilbert et Labey, qui acceptent; Bourguignon, Cottenot, Haret, Léri, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve écrite.* — Séance du 30 avril. — MM. Vauthier, 25; Morin, 23.

Sont nommés : MM. Renault, 58; Paris, 57; Lévy, 55; Gerson, 54; Vauthier, 51; Morin et Abonneau, 50; Baldy, 47.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — L'administration des hospices rappelle que deux prix (médaille d'or) pour la médecine et la chirurgie sont décernés chaque année, à la suite d'un concours auquel ne peuvent prendre part que les internes qui accomplissent leur quatrième année d'internat.

Ce concours a lieu dans la seconde quinzaine de juillet.

Les candidats pour l'année courante devront se faire inscrire au secrétariat, 91, cours d'Albret, du 1er au 15 juin prochain inclusivement, et y déposer en même temps leur mémoire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Examen de chirurgie dentaire* (session de juin-juillet 1928). — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le mardi 29 mai 1928.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 23 mai 1928.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 18 juin 1928.

La mise en série des candidats aux examens de fin d'année sera affichée le mercredi 13 juin 1928.

— Toulouse. — M. Estienny vient d'être nommé chef de clinique obstétricale.

Les épreuves du concours pour une place de chef de clinique ophtalmologique auront lieu à la Faculté de médecine de Toulouse le 9 juillet 1928, à 9 h. Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira le lundi 5 novembre 1928, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Travail. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Maurice Lesieur (de Paris).

CONFÉRENCES DE L'ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ. — Les

deux conférences d'intérêt général restant prévues au programme de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé pour l'année 1927-1928 seront faites à la Sorbonne dans les conditions suivantes :

1° Dimanche 20 mai, à 9 h. 30, par M. le dentiste militaire de réserve Georges Villain : le service dentaire dans l'armée mobilisée, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires.

2° Dimanche 17 juin, à 9 h. 30, par M. le médecin lieutenant-colonel Schickele : Equipement du Service de santé d'un front d'armée.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 mai 1928 à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La Conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les plaies du cou par projectiles de guerre », par M. le professeur agrégé Mocquot, chirurgien des hôpitaux de Paris.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 11e décade (11-20 avril 1928), 1.133 décès, au lieu de 1.215 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.241, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

7 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 42 décès, au lieu de 46 pendant la décade précédente (moyenne 32). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 676, au lieu de 532 pendant la décade précédente (moyenne 361).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 147; il s'élevait à 204 pendant la décade précédente (moyenne 86).

La diphtérie a causé 19 décès, au lieu de 20 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 94, au lieu de 98 (moyenne 74).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupont (de Poitiers).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par M. le professeur Emile Sergent, aura lieu à la Clinique médicale propédeutique de la Charité, du lundi 11 juin au samedi 7 juillet 1928.

Il sera fait avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Grellety-Bosviel, Mme Gouin, MM. Haas, d'Heucqueville, Kourilsky, Kuss, Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

La première conférence aura lieu le lundi 11 juin, à 9 h. 30; les exercices pratiques auront lieu chaque après-midi; dans la matinée les élèves seront répartis dans les services hospitaliers des conférenciers et les cours théoriques auront lieu chaque jour à 15 h. 30 et à 17 h.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.).

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Crouzon fera dans son service, à la consultation du Perron, le samedi 5 mai 1928 et les samedis suivants, jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur « Les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines ».

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques et l'exposé méthodique des principales affections traumatiques du système nerveux.

En outre : les mardis, à 11 h., au pavillon du Perron, consultation psychiatrique avec M. le docteur Vurpas; les mercredis, à 10 h., consultation à la porte de l'hospice, examen des nouveaux malades externes; les vendredis, à 10 h., au pavillon du Perron, examen des anciens malades externes.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Pendant le mois de juin, le docteur J. Chaillous, médecin à la Clinique des Quinze-Vingts, fera un enseignement pratique de clinique ophtalmologique. Chaque élève sera exercé à prendre l'observation du malade examiné. Cet enseignement aura lieu les mardis, jeudis, samedis, de 4 à 5 h. Les observations pourront être rédigées en anglais et en espagnol.

Les adhésions doivent être envoyées, avant le 15 mai, au docteur Bernard, Clinique des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau.

ENGHIEN-LES-BAINS. — L'ouverture de la saison thermale est fixée au 21 mai. Comme chaque année, la direction de l'établissement thermal mettra gracieusement ses services à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 7 mai. — Jury : MM. Ombrédanne, président; Sergent, Dognon et Mathieu. — M. POMPANON. Etude sur quatre cas de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. — M. VERBOUD. Luxations pathologiques de la hanche au cours de la coxalgie. — M. TRAN-NHU-LAN. Etude radiologique de l'estomac normal chez l'adulte.

Mardi 8 mai. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Sicard et Baudouin. — M. DELPECH. Contribution à l'étude des hémoptysies bronchectasiques. — M. BOUYSSOU. Voies d'entrée dans la démence. — M. CAZIN. Le phénomène de Marcus Gum, mâchoire à clignement. — M. GLÜCK. Cure radicale ambulatoire des hémorroïdes.

Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Brocq et Mondor. — M. PICHAT. La thérapeutique chirurgicale du mégacôlon sigmoïde. — M. CONTHE. Sur un cas de sous-maxillite post-opératoire.

Mercredi 9 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Moussu et Robin. — M. JOURNÉ. Les formes de la fièvre aphteuse.

Jeudi 10 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Coquot et Maignon. — M. DENGREVILLE. La méthode de Bier en médecine vétérinaire.

Jury : MM. Achard, président; Balthazard, Jeanselme et Lian. — M. FRANCIONI. Etude sur l'encéphalite parkinsonienne. — M. HAMBOURG. Contribution à l'étude du saturnisme. — Mlle GINGER. Les embolies artérielles.

REVUE GÉNÉRALE

LES DIVERS TYPES CLINIQUES DE CLONUS DU PIED

LEURS CARACTÈRES DISTINCTIFS ET LEUR VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

Par MM. A. ROUQUIER et R. DARRÉ.

On désigne sous le nom de *clonus du pied*, de *trépidation épileptoïde du pied* ou encore d'*épilepsie spinale*, expression qui a beaucoup vieilli, une série d'oscillations rythmiques du pied, apparaissant lorsque, le malade étant couché, et, autant que possible la jambe légèrement fléchie sur la cuisse, on porte brusquement avec une main le pied en flexion dorsale forcée et qu'on le maintient, en résistant doucement, mais en cédant au mouvement d'extension qui se produit alors.

I. **Historique.** — Le clonus du pied a été surtout étudié par les cliniciens, plus que par les physiologistes. Erb (1) et Westphal (2) en présentant les résultats de leurs études concernant le réflexe rotulien, ont attiré l'attention sur l'existence d'un réflexe rythmique du pied se manifestant par des mouvements périodiques d'extension. C'est à ce phénomène que Vulpian et Charcot donnèrent le nom d'épilepsie spinale ou de trépidation épileptoïde. Le clonus du pied a surtout été considéré comme symptomatique d'une lésion de la voie motrice principale, du système pyramidal, et a été signalé au cours d'affections diverses l'intéressant.

M. Babinski a opposé au clonus pyramidal typique « la trépidation fruste », qu'il appelle encore « épilepsie spinale fruste », et qui est, dit-il, un phénomène banal qu'on observe chez des sujets dont il y a tout lieu de considérer le système nerveux comme absolument sain (3).

Weir-Mitchell (4) a montré que le clonus d'origine pyramidale était dû à des contractions du seul muscle soléaire et que la meilleure position, pour le provoquer, était celle dans laquelle les jumeaux se trouvaient relâchés. MM. Guillain et Barré (5) ont ajouté de nouveaux caractères distinctifs à ceux établis par Weir-Mitchell et par M. Babinski. Ils sont d'avis que, dans le cas de clonus pyramidal, la seule contraction du soléaire provoque le clonus et que les jumeaux, bien qu'appartenant au même groupe musculaire à tendon unique, n'y participent pas. D'autre part, si on cherche à provoquer le clonus, le sujet se trouvant non plus dans le décubitus dorsal, mais couché sur le ventre, la jambe à angle droit sur la cuisse, la plante du pied en haut, on ne l'obtient qu'en cas de lésion pyramidale.

M. Souques (6), M. Sollier (7), ont décrit un clonus du pied périphérique chez des malades ne présentant aucune affection pyramidale, mais une lésion traumatique de la jambe, ayant entraîné la rétraction du triceps, des contractures réflexes vraies, des contractures hystéro-traumatiques, intéressant le membre inférieur ou même des attitudes vicieuses avec contracture chez des blessés de guerre. M. Souques ajoute que le clonus d'origine périphérique peut être susceptible, rarement il est vrai, de revêtir tous les caractères du clonus pyramidal.

MM. Pierre Marie et Foix (8) ont montré que le clonus pyramidal était inhibé d'une façon inconstante par le réflexe de défense.

Le clonus du pied est rare chez les parkinsoniens, dont le système pyramidal est habituellement intact et chez lesquels c'est un système moteur moins bien connu et qualifié d'extrapyramidal, qui est en cause. On peut cependant observer chez ces malades, un clonus du pied dont l'origine ne saurait être expliquée par l'association d'une lésion pyramidale, puisqu'il n'existe, en pareil cas, aucun symptôme pathognomonique d'une telle lésion. Ce clonus revêt, le plus souvent, la physionomie du clonus psychonévrosique. Il peut, assez rarement et surtout dans les formes hémiplégiques ou monoplégiques des syndromes parkinsoniens, comme l'un de nous l'a montré avec D. Couretas, ressembler à s'y méprendre au clonus pyramidal typique (9). Il s'en distingue cependant par l'exagération du réflexe de posture du jambier antérieur, que l'on ne rencontre pas chez les pyramidaux et l'absence d'inhibition par le réflexe cutané de défense.

Le clonus du pied, avec des caractères plus ou moins nets, se rencontre en somme au cours de la plupart des états d'hyperspasticite ou de contracture du membre inférieur. Nous nous proposons de passer successivement en revue ses formes cliniques, d'en analyser aussi attentivement que possible les caractères et de préciser la valeur séméiologique des divers types.

II. **Divers types de clonus du pied.** — 1° **Le clonus d'origine pyramidale.** — Il est le premier dont l'étude ait été minutieusement faite. Il a été, avons-nous dit, signalé tout d'abord au cours des affections médullaires par Erb et Westphal, Vulpian et Charcot, d'où le nom d'épilepsie spinale qui lui a été donné. Mais les caractères qui lui sont propres ont été surtout précisés par M. Babinski d'une part, Weir-Mitchell, MM. Guillain et Barré de l'autre.

Les oscillations du pied, dans le cas de clonus provoqué par une lésion importante du système pyramidal, sont régulières, d'une amplitude égale; elles sont inépuisables, tant que la main de l'observateur s'oppose au mouvement d'extension du pied, ou tout au moins, elles durent assez longtemps. La contraction volontaire des muscles de la jambe, en particulier de ceux de la loge postérieure, en gêne la production plus qu'elle ne la favorise. Il est inutile, pour déterminer l'apparition de la trépidation épileptoïde, que le sujet appuie fortement sur la main de l'observateur.

Les oscillations sont dues à la contraction isolée du muscle soléaire. Les jumeaux n'y participent point et restent flasques, tant que se produisent les oscillations du pied. Si on place la main à la face postérieure de la jambe et à sa partie moyenne, il est facile de constater que le bord interne et le bord externe

du soléaire se durcissent à chaque oscillation du pied, et deviennent apparents à la palpation. Les jumeaux restent flasques et il en est de même des muscles de la loge antéro-externe de la jambe. Si l'on place le sujet dans le décubitus ventral, la jambe formant un angle droit avec la cuisse, on reproduit facilement les oscillations rythmiques du pied, en appuyant sur sa face plantaire et en retenant ce segment de membre. Dans cette position encore, on peut se rendre compte que les jumeaux ne se contractent point rythmiquement comme le soléaire.

Enfin, comme l'ont montré MM. Pierre Marie et Foix, les oscillations du pied sont généralement inhibées par le réflexe cutané de défense ; il suffit de pincer et de tordre la peau de la face interne de la jambe au tiers inférieur, ou celle de la face dorsale du pied, pour déterminer, comme on le sait, quand il y a lésion pyramidale, la flexion dorsale réflexe du pied et l'extension du gros orteil ; au moment où le réflexe se manifeste, les oscillations du pied cessent et il se produit immédiatement une sorte de bloquage du clonus, le pied restant immobilisé en flexion dorsale. Les réflexes de défense sont d'une recherche un peu difficile ; ils se produisent irrégulièrement et il n'est pas étonnant que l'inhibition du clonus soit elle-même inconstante.

Tels sont les caractères du clonus pyramidal typique. Si on laisse de côté l'inhibition par le réflexe de défense, qui n'existe pas chez les malades atteints d'une affection de type parkinsonien, on peut dire que ce sont les caractères propres à tous les clonus du pied lorsqu'ils sont très accentués. M. Souques reconnaît, en effet, que le clonus du pied d'origine périphérique, consécutif à une lésion traumatique des muscles de la loge postérieure de la jambe peut revêtir tous les caractères du clonus pyramidal. Nous avons, d'autre part, décrit un clonus d'origine extrapyramidale, qui, dans un cas typique à symptomatologie nette et très accentuée, a offert les principaux caractères du clonus d'origine pyramidale (10). Nous reviendrons, d'ailleurs, dans un instant, sur ces derniers.

Mais, dans le cas de clonus d'origine pyramidale, l'examen décèle les autres symptômes pathognomoniques d'une lésion de la voie motrice principale (réflexe cutané-plantaire en extension, réflexes de défense, signes d'Oppenheim, de Gordon et de Schaeffer, de Mendel et de Bechterew, pour ne parler que des principaux). Il existe, enfin, d'une façon habituelle, de l'exagération des réflexes tendineux et ostéo-périostés des membres inférieurs, en particulier des réflexes rotuliens et achilléens ; la danse de la rotule s'associe à la trépidation épileptoïde du pied.

Assez souvent, d'autre part, dans le cas de lésions pyramidales minimes, quel qu'en soit le siège, cortical, capsulaire ou médullaire, mais qui ne provoquent qu'une légère hyperspasticité, le clonus du pied peut être fruste, ébauché et ressembler beaucoup au faux clonus ou clonus psychonévrosique. Les oscillations du pied sont alors irrégulières, ne durent que quelques instants. Il est nécessaire, pour les provoquer, d'ébranler à plusieurs reprises le pied porté en flexion dorsale, parfois même de demander au malade d'appuyer énergiquement avec son pied sur la main de l'observateur. Les oscillations sont provoquées par la contraction globale du triceps sural, le soléaire jouant néanmoins un rôle prépondérant dans la production de ces dernières. Elles peuvent ne pas être reproduites dans la position ventrale de MM. Guillain et Barré. Enfin, l'inhibition par le réflexe de défense est, avons-nous dit, inconstante chez les pyramidaux. Il y a d'autant plus de chances de la voir manquer qu'il s'agit de malades présentant une lésion minime du système moteur principal.

En d'autres termes, à côté du clonus pyramidal typique, il existe, chez de petits malades n'ayant qu'un minimum de troubles fonctionnels ou de signes objectifs traduisant une perturbation légère du système moteur principal, un clonus plus ou moins accentué et se rapprochant plus ou moins, selon le cas, du clonus pyramidal vrai ou du clonus psychonévrosique ; à côté des formes typiques, il y a des formes de passage (11). Mais, dans les unes comme dans les autres, lorsque le système pyramidal est en cause, on rencontre les signes pathognomoniques de ces lésions. Ce sont ces derniers, plus que les caractères du clonus lui-même, qui permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un clonus pyramidal ou d'une fausse trépidation.

2° **Le clonus psychonévrosique.** — Le faux clonus du pied ou clonus psychonévrosique a été surtout étudié par M. Babinski qui s'est attaché à en distinguer les caractères de ceux de la trépidation épileptoïde caractéristique d'une lésion pyramidale. Il se rencontre surtout chez des sujets à réflexes tendineux vifs, c'est-à-dire dont le système nerveux est en quelque sorte en état d'éréthisme plus ou moins accentué. On peut l'observer, après un effort physique violent ayant intéressé les membres inférieurs, chez des sujets parfaitement bien portants et ne présentant absolument aucune tare organique ni aucune manifestation psychonévrosique fonctionnelle. Il suffit, pour le voir apparaître, de placer l'extrémité du pied sur le barreau d'une chaise, par exemple, le tronc étant légèrement fléchi. Nous connaissons de nombreux étudiants en médecine, élèves d'une Ecole militaire, tous vigoureux et bien portants, qui l'ont observé sur eux-mêmes en laçant leurs chaussures, dans les conditions plus haut décrites, après une séance d'escrime par exemple. Le clonus qui se produit alors est un véritable mouvement de pédale qui ressemble à s'y méprendre à celui qu'on peut observer, au repos, chez les parkinsoniens et qui n'est pas autre chose que le tremblement intéressant l'extrémité du membre inférieur. Il disparaît, au bout de quelques minutes, avec la sensation de fatigue qui est la condition indispensable de son apparition.

Il est nécessaire pour le reproduire, sans que cette dernière soit en cause, de prier le sujet couché d'appuyer avec son pied sur la main de l'observateur. La contraction musculaire volontaire des muscles de la loge postérieure de la jambe intervient donc nécessairement dans la genèse du clonus. Il faut parfois insister fortement et appuyer à plu-

sieurs reprises sur le pied porté en flexion dorsale forcée pour obtenir les oscillations caractéristiques.

Ces dernières, dans le cas de clonus psychonévrosique, sont irrégulières, de faible amplitude. Elles apparaissent ébauchées, deviennent plus nettes, disparaissent pour ne reparaître qu'au bout d'un instant, si on maintient la main dans la position de recherche du clonus.

Il est facile de constater, en plaçant à plat une main à la face postérieure de la jambe, qu'elles sont provoquées par la contraction globale du triceps sural. Les jumeaux ne restent pas flasques comme dans le cas de clonus pyramidal. Ils se contractent peut-être moins fortement et d'une façon plus irrégulière que le soléaire lui-même, mais participent à la production de la trépidation épileptoïde. Celle-ci ne peut être reproduite dans la position de MM. Guillain et Barré, la jambe étant fléchie sur la cuisse et le sujet placé dans le décubitus ventral.

Enfin, il va sans dire qu'il n'existe pas de signes pyramidaux proprement dits, et que le clonus ne peut être inhibé par la recherche du réflexe de défense. Il est donc facile, en examinant complètement le malade et en se basant en particulier sur la recherche du réflexe cutané plantaire, de distinguer le clonus psychonévrosique du clonus pyramidal, même dans ses formes frustes. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1928)

Sur quelques substances non colloïdales à propriétés cryptotoxiques. — M. H. VINCENT. (*Note de l'auteur.*) Dans un certain nombre de publications antérieures, j'ai fait connaître que le palmitate, l'oléate, le margarate de sodium, le résinate, le gynocardate, le guttate de sodium, etc., possèdent la propriété de neutraliser, à doses infimes, les toxines microbiennes les plus actives (1). La bile m'a montré des propriétés analogues sur la toxine tétanique et sur les toxines microbiennes si variées et si nombreuses développées dans l'intestin (2), propriétés qu'elle doit surtout aux savons entrant dans sa composition.

Ainsi que je l'ai précédemment noté, cette neutralisation a pour base l'adsorption des savons par les micelles des toxines microbiennes.

J'ai cependant constaté que certaines substances non colloïdales et dépourvues d'activité réactionnelle bien déterminée ont également, quoique à un degré plus faible, la propriété de former avec la toxine tétanique un complexe atoxique. Par exemple la solution saturée de phényldiméthylpyrazolone (antipyrine).

Or, en répétant ces essais avec un certain nombre d'autres substances, et en particulier avec les sels sodiques d'acides appartenant à la série benzénique, ou bien aux bi-acides de cette série, aux acides à fonction mixte, etc., dont les solutions n'ont aucun caractère colloïdal, j'ai observé que certains d'entre eux ont également la propriété d'annihiler, à doses plus ou moins faibles, l'activité de la toxine tétanique.

(1) H. VINCENT. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1907, t. LXIII, p. 623 et 679; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1908, t. XXII, p. 341; — *C. R.*, 1926, t. CLXXXII, p. 1307; 1927, t. CLXXXIV, p. 921.

(2) H. VINCENT. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1909, t. LXVII, p. 679.

Parmi les substances jusqu'ici étudiées, le *salicylate de soude* a témoigné de propriétés cryptotoxiques remarquables. En effet, sa solution saturée (1 gramme pour 1 centimètre cube) inactive, après un contact de deux à trois jours à la température de 39 degrés, des proportions élevées de toxine tétanique (1). Soit une toxine mortelle au 1/200 de centimètre cube pour le cobaye. Si on l'additionne de 1/10, 1/20 et même 1/30 de solution saturée de salicylate de soude, on peut injecter en une fois sans dommage, au cobaye de 450 grammes, une quantité de ce mélange correspondant de 200 à 400 doses mortelles de la toxine ainsi modifiée. On peut sans inconvénient renouveler les injections à doses progressivement croissantes. L'animal acquiert peu à peu l'accoutumance au poison microbien. Si l'on augmente la quantité du mélange injecté, l'animal prend le tétanos. La toxine n'est donc pas détruite, mais seulement dissimulée et partiellement immobilisée dans le complexe qu'elle forme avec le sel (*cryptotoxine*).

A une dilution de salicylate de soude égale à 1/35, 1/40 par rapport à la toxine microbienne, les animaux inoculés ont une raideur légère et fugace; à 1/50, le cobaye de 500 grammes a un tétanos subaigu dont il guérit parfois.

Additionnée à un volume égal de solution salicylée et laissée à son contact pendant trois à quatre jours à la température de 39 degrés, une toxine tétanique mortelle à 1/2.000 de centimètre cube est également neutralisée, malgré son titre dix fois plus élevé; on peut en injecter d'emblée, au cobaye de 450 grammes, 100 doses mortelles sans déterminer le tétanos.

J'ai étudié, au même point de vue, d'autres corps non colloïdaux. Parmi ceux qui ont manifesté des propriétés neutralisantes non douteuses, bien que plus faibles que celles du salicylate de soude, je citerai les combinaisons sodiques des acides benzoïque, hippurique, butyrique, pyruvique, mucique, etc.

Ces expériences montrent que si, grâce à leur caractère colloïdal et à leur facile adsorption par les toxines microbiennes, les savons manifestent des propriétés antitoxiques puissantes, d'autres corps *non colloïdaux*, bien que moins actifs, n'en offrent pas moins le pouvoir de former aussi, avec les toxines, des complexes atoxiques et immunigènes. Poursuivies sur un grand nombre d'autres substances non colloïdales, les recherches conduiraient peut-être à la découverte de substances susceptibles d'être utilisées en thérapeutique.

Dès à présent, elles fournissent l'explication jusqu'ici mal connue des effets favorables que détermine le salicylate de sodium dans le traitement de certaines maladies toxi-infectieuses et elles conduisent, peut-être, à en étendre les applications.

(1) Les effets neutralisants de la solution salicylée commencent, d'ailleurs, bien avant ce délai; mais ils sont plus marqués lorsqu'on prolonge davantage le contact.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er MAI 1928)

Notices nécrologiques. — M. TIFFENEAU lit une notice nécrologique sur M. Aloy.

M. DE LAPERSONNE lit une note nécrologique sur le professeur Lagrange (de Bordeaux).

A propos de la prémunition dans les milieux non infectés de tuberculose. (*Note de l'auteur.*) — M. J. LIGNIÈRES (de Buenos-Aires). « Dans ma communication à l'Académie du 26 juillet 1927, sur l'étude des qualités pathogènes du vaccin B. C. G., j'ai fait connaître que le bacille tuberculeux bilié de Calmette et Guérin s'est montré dans mes expériences absolument incapable de produire des lésions classiques progressives de tuberculose chez le cobaye et chez le

veau, et que les passages par ces animaux ne sont pas parvenus à modifier cette qualité. En résumé, le bacille bilié B. C. G. est un microbe non tuberculigène parfaitement fixé. Mes expériences m'ont aussi révélé que le vaccin B. C. G. reste plus longtemps qu'on ne l'avait cru dans l'organisme, même en l'absence d'aucune lésion visible à l'œil nu et que l'état de prémunition consécutif à son injection est d'une durée plus grande qu'on l'avait pensé jusqu'ici.

Ces constatations ne peuvent qu'être très favorables à la belle découverte de MM. Calmette et Guérin dont je suis le premier à reconnaître et à admirer la grande valeur scientifique et pratique.

J'ai cru cependant nécessaire de dire, en me basant sur certains résultats de mes expériences, qu'on devait limiter l'emploi du B. C. G. aux seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre.

Dans une communication que vous a faite le professeur Calmette, le 10 janvier dernier, sur la vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G., notre éminent collègue, répondant à mon objection, dit textuellement : « Le « professeur Lignières n'apporte aucune observation, ni « aucun fait expérimental qui justifie cette restriction. Nous « estimons qu'elle n'est aucunement fondée. La démonstra- « tion en est faite par les *dizaines de milliers d'enfants sains « et élevés en milieu indemne* qui ont été prémunis au moyen « du B. C. G., depuis cinq ans, en France et en d'autres « pays. »

J'ai lu, avec la plus grande attention, les publications du professeur Calmette et de ses collaborateurs, notamment celle qui a paru en janvier dernier dans les *Annales de l'Institut Pasteur* où sont résumés les résultats obtenus jusqu'ici par le B. C. G. et j'avoue très humblement que pour moi, tout au moins, la démonstration dont parle M. Calmette n'est pas encore faite. Et voici pourquoi :

1° Les bacilles B. C. G. évoluent dans l'organisme en passant dans le système lymphatique où ils peuvent déterminer des lésions microscopiques, typiques ou atypiques, c'est-à-dire avec ou sans cellules géantes. Parfois même les lésions provoquées sont assez importantes pour être visibles à l'œil nu.

Nous savons que, contrairement à ce qui se passe lorsqu'il s'agit du bacille tuberculeux virulent, toutes ces lésions à B. C. G. ne sont pas inoculables en séries et guérissent toujours spontanément. Mais il ne faut pas oublier que les bacilles du B. C. G. restent de longs mois dans l'organisme et c'est justement cette permanence des bacilles biliés dans le système lymphatique qui crée l'état de prémunition et explique sa durée. Ce que nous devons donc retenir c'est que les bacilles B. C. G. ne sont pas rapidement éliminés, qu'ils restent au contraire longtemps dans l'organisme, même sans faire aucune lésion apparente, et que, dans ce dernier cas, nous n'avons pas encore de moyens scientifiques pour mettre aisément en évidence ces bacilles.

Dès lors, une question se pose, et c'est justement sur elle que j'ai appelé votre attention dans ma communication du 26 juillet dernier. A-t-on le droit de dire après l'autopsie d'un sujet vacciné avec le B. C. G. et qui ne présente aucune lésion, que les bacilles biliés ne sont pour rien dans le décès?

La réponse est nettement négative, parce que nous savons que les bacilles B. C. G. existent dans l'organisme et y évoluent sans faire de lésions visibles; parce que l'inoculation des organes lymphatiques contenant des bacilles biliés aux animaux sensibles comme le cobaye, reste sans résultat; parce que les colorations sont aussi le plus souvent impuissantes à montrer des bacilles cependant existants.

Je pense donc être en droit de critiquer ceux qui, après autopsie ou surtout sans autopsie de sujets ayant reçu le B. C. G., déclarent la mort accidentelle, et, en tout cas, non imputable au bacille bilié, parce qu'ils n'ont pas vu de lésions.

Notez bien que j'ai la parfaite conviction que, dans la grande majorité des cas où l'on vaccine avec le B. C. G., celui-ci est très bien supporté et ne détermine aucun effet fâcheux; mais j'ai aussi la conviction basée sur mes observations expérimentales que, dans des cas sans doute rares, mais enfin possibles, le B. C. G. est capable, sur des sujets préparés par d'autres causes ou exceptionnellement réceptifs, de causer des troubles dont il est certes difficile actuellement de mesurer l'importance; chez le cobaye, animal particulièrement sensible à la tuberculose, on constate, sans difficultés, des degrés de résistance variables au B. C. G. Il en est qui montrent, avec la même dose, du même bacille, des lésions péritonéales plus importantes et beaucoup plus durables que d'autres inoculés le même jour de la même façon. C'est, d'ailleurs, la loi pour tous les microbes atténués ou non, sensibilité individuelle.

J'en pourrais apporter d'autres exemples personnels, mais j'aime mieux en prendre un dans le très beau travail de l'Institut de Kharkoff, rapporté par le docteur Tzekhnovitzer, et publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur*; dans son numéro de mars 1927, p. 336, on trouve le tableau VII intitulé : Epreuve de non-virulence du B. C. G. sur les lapins.

Ces animaux sont vaccinés avec de grosses doses par quatre voies différentes : intraveineuse, intrapéritonéale, *per os*, et sous-cutanée.

Or, sur 15 lapins inoculés dans les veines, 10, soit 66 p. 100, meurent par causes dites étrangères.

Les 6 lapins qui reçoivent le B. C. G. par voie péritonéale, donnent 4 morts, 66 p. 100 aussi par causes étrangères.

Le lot inoculé, *per os*, se compose de 56 lapins dont 33 succombent, soit à peu près 58 p. 100 pour causes étrangères. Quant au lot de 14 lapins, qui reçoit le B. C. G., sous la peau, il ne donne que 3 morts, 21 p. 100 par causes étrangères.

Cette grande mortalité n'a pas échappé aux expérimentateurs. Ils l'expliquent par l'existence de la coccidiose et de la cisticercose.

J'admets très volontiers que tous ces lapins étaient fortement parasités avant l'expérience du B. C. G., de sorte que le vaccin a agi sur des organismes affaiblis, ce qui a rendu l'expérience plus intéressante.

Devons-nous croire, en effet, que le B. C. G. n'est pour rien dans les nouveaux décès constatés dans cette épreuve; autrement dit, si ces lapins étaient restés tranquilles dans leur clapier, la mortalité aurait-elle été aussi rapide et aussi élevée? Il ne me semble pas, car le pourcentage des morts est d'autant plus élevé — 66 p. 100 — que l'inoculation a été plus sévère — voies intraveineuses, et intrapéritonéale.

Par le tube digestif, quoique les pertes soient encore considérables, 58 p. 100, elles sont cependant moindres que pour les voies veineuse et péritonéale.

Enfin, le quatrième lot, qui a été inoculé sous la peau, ne donne qu'une mortalité de 21 p. 100.

Les animaux faisant partie de ce lot étaient-ils moins atteints par les coccidies et les cisticerques que ceux des autres lots? C'est bien peu probable.

La raison de cette moindre mortalité ne peut guère s'expliquer que par la voie plus anodine de l'inoculation du B. C. G., et alors ce serait la démonstration évidente que dans certaines circonstances, lorsqu'il y a une extrême sensibilité des sujets, le B. C. G. inoculé par diverses voies dont le tube digestif peut avoir une action défavorable sur l'organisme. C'est ce que je pense tout en reconnaissant qu'il ne faut rien exagérer, car je ne saurais trop le répéter, je considère quand même qu'en général, sur les sujets normaux, le B. C. G. est parfaitement supporté.

2° Le professeur Calmette rejette toute restriction dans l'emploi du bacille bilié puisque, dit-il, la « démonstration en est faite par les dizaines de milliers d'enfants sains et élevés en milieu indemne, qui ont été prémunisés par le B. C. G., depuis cinq ans ».

Or, tout en reconnaissant la valeur des statistiques indi-

quées par notre très éminent collègue, je dois faire remarquer qu'elles n'ont qu'une importance relative.

En effet, nous n'avons pas avec précision, le pourcentage de la mortalité chez ces dizaines de milliers d'enfants cités plus haut, et l'aurions-nous que, pour les raisons déjà indiquées, c'est-à-dire parce que nous sommes encore impuissants, même à l'aide d'une autopsie pratiquée au laboratoire, de mettre le B. C. G. en évidence, et de déterminer si son action a été nuisible.

Pour que des statistiques aient réellement une valeur démonstrative inattaquable, il faudrait chercher à ce que dans chaque pays et dans chaque localité, on vaccine la moitié des enfants à mesure de leur inscription au service des vaccinations, l'autre moitié restant comme témoins non vaccinés. Pour les animaux, c'est beaucoup plus simple encore si on vaccine les numéros pairs, tandis que les impairs servent de témoins.

3° Admettons un instant que le B. C. G. puisse être considéré comme absolument inoffensif; aurons-nous pour cela raison de l'employer sur des enfants ou sur des animaux, quand ceux-ci ne sont pas nés de parents tuberculeux et qu'ils sont élevés en milieux indemnes? Je ne le pense pas, parce que la vaccination avec les bacilles biliés détermine toujours pour être prémunisante une véritable invasion du système lymphatique par des bacilles tuberculeux qui demeurent pendant des mois et qui sont capables de déterminer des lésions plus ou moins accentuées.

Les lésions, si elles existent, ne vont jamais jusqu'à la phase nécrosante et tuberculigène qui caractérise la tuberculose classique, et elles guérissent toujours. Les bacilles biliés finissent par disparaître avec le temps, c'est entendu; mais, tout de même, c'est une infection qu'on donne au sujet vacciné.

Quand c'est pour le protéger d'un péril qui le menace, et surtout si ce péril est grand, on doit recourir sans aucune réserve à la vaccination, puisque celle-ci a un but et une action protectrice éminemment utile; mais s'il n'y a ni but à atteindre, ni protection à désirer, je me demande pourquoi on emploierait le B. C. G. Il pourrait en être autrement s'il s'agissait d'un vaccin à microbes tués, à action fugace, analogue à ceux que nous voyons employer couramment aujourd'hui dans la pratique. Comme, en plus, on n'a pas encore démontré que le B. C. G. est toujours inoffensif, je crois être dans la vérité en conseillant, à nouveau, de n'employer ce vaccin que dans les seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre. »

M. Calmette répond aux objections de M. Lignières. On compte aujourd'hui 80.000 enfants qui ont été vaccinés. On n'a pas constaté un seul accident, ainsi que l'a reconnu lui-même M. Lignières dans ses propres expériences, le vaccin B. C. G. n'a jamais déterminé de lésions. Voilà donc un fait bien établi, l'innocuité absolue de ce vaccin. Pourquoi, dans ces conditions n'en pas faire profiter tous les enfants, ceux mêmes qui ne sont pas nés dans un milieu tuberculeux et qui peuvent être contaminés un jour ou l'autre!

M. Lignières continue à trouver que dans certains cas, l'abstention serait préférable. Il reviendra sur cette question dans la prochaine séance.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie Le classement des candidats est le suivant : en première ligne, M. Marcel Delepine; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bougault, Breteau, Bridel, Guerbet, Hérissey.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Delepine ayant obtenu 59 suffrages est proclamé élu.

— L'Académie se forme en comité secret pour procéder à la nomination d'une commission de 18 membres pour le prix Monaco.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1928)

Un cas d'hypertrophie staturale et génitale précoce. — MM. Léon Bernard, Marcel Lelong et Mlle Renard présentent un garçon de quatre ans atteint d'un syndrome de puberté précoce avec macrogenitosomie. L'aspect corporel de l'enfant, celui des organes sexuels, l'image radiologique du squelette sont ceux d'un sujet de quinze ans. Par contre, le psychisme, le métabolisme basal sont restés ceux d'un enfant de quatre ans. L'appétit sexuel est nul. Il s'agit d'un syndrome de puberté précoce tout à fait pur, sans signes associés.

Pachypleurite hémorragique (hématome pleural) du médiastin antérieur datant de huit ans. — MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier présentent un cas d'hématome pleural ou pachypleurite hémorragique dont l'observation a été suivie pendant huit années.

Actuellement ce malade se présente avant tout comme un cardiaque; la masse pleurale est en rétrocession sur les limites tracées il y a huit ans, comme le prouvent les radiographies.

Un tel cas d'hématome pleural strictement localisé comme celui-ci à la plèvre médiastine antérieure du côté droit est tout à fait exceptionnel.

Sur l'anémie pernicieuse progressive. — M. G. Hayem, à propos de récents travaux sur le traitement des anémies, expose l'histoire clinique et hématologique de l'anémie pernicieuse progressive primitive. Il a fixé les caractères distinctifs des anémies graves secondaires et insiste sur l'inaction de la thérapeutique, même par la méthode de Whipple.

Double pleurésie, péricardite et endocardite bénigne à streptocoques viridans. — MM. P. Le Noir et André Jacquelin rapportent l'observation d'un malade âgé de vingt ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présenta en 1923 une pleurésie purulente droite à streptocoques viridans dont la haute virulence nécessita d'urgence l'empyème. Les auteurs insistent à propos de ce cas sur le rôle pathogène qu'y a joué le streptocoque viridans ainsi que sur la nosographie des endocardites bénignes et malignes récemment remaniée dans ces dernières années, et à l'étude de laquelle ce cas apporte une contribution.

Sclérodermie et cataracte. Syndrome familial. — MM. Monier-Vinard et Barbot rapportent le cas de deux sœurs atteintes de sclérodermie avec cataracte. Ils insistent sur le caractère familial et l'absence de troubles endocriniens.

A propos d'un cas de gangrène pulmonaire. Association fuso-spirillaire ou spirochète? — MM. A. Lemierre, M. Léon-Kindberg, A. Laporte et P. Adida relatent l'observation d'une gangrène pulmonaire à évolution rapide dont les constatations bactériologiques sont surtout intéressants. Pendant la vie, l'examen des crachats, et à l'autopsie les frottis de suc pulmonaire avaient montré en abondance un spirille à ondulations lâches, se colorant par les couleurs d'aniline et ressemblant au spirille de Vincent. Dans les coupes on put étudier un envahissement spirochétien extraordinaire du poumon : abondants dès le centre putride des lésions, les spirochètes constituaient à peu près à eux seuls la zone nécrotique périphérique ; ils criblaient les alvéoles des zones d'alvéolite congestive et catarrhale et à ce niveau les parois artérielles.

Des figures histologiques démontrent clairement la disposition de ces germes. Elles constituent un argument indiscutable en faveur de leur rôle « d'attaque ».

On reste en présence des trois hypothèses suivantes :

Ou il existe des catégories différentes de gangrène pulmonaire répondant chacune à un germe déterminé ;

Ou il s'agit d'un spirille polymorphe ;

Ou il faut croire — pour les spirochètes comme pour les anaérobies — à une infection par germes multiples, l'un d'entre eux pouvant du reste acquérir la prépondérance.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1928)

Un cas d'encéphalite rhumatismale aiguë rapidement guéri par le salicylate de soude. — MM. André TARDIEU et CARTEAUD communiquent l'observation d'une femme de trente-sept ans, atteinte d'une crise de poly-arthrite rhumatismale aiguë, traitée par de fortes doses (12 grammes *pro die*) de salicylate de soude, par voie buccale. En dépit de cette médication, poursuivie régulièrement pendant quatre jours, ils assistèrent, au septième jour de l'affection, à l'éclosion soudaine et au développement rapide d'un délire onirique aigu, impressionnant, avec agitation motrice extrême, hyperthermie (41°7), tachycardie (130), sueurs profuses, puis céphalée obnubilatation. Le diagnostic d'encéphalopathie rhumatismale aiguë ayant été porté d'emblée, et celui du délire salicylé éliminé, au cours de l'épisode délirant, par le dosage de salicylate dans le sang (0gr15 par litre), l'injection veineuse d'une solution glucosée de salicylate de soude (2 grammes) fut aussitôt pratiquée qui, rapidement, fut suivie de la résolution du délire (évolution de quelques heures seulement).

Les auteurs insistent sur le diagnostic parfois délicat de l'encéphalite rhumatismale que l'on risque de confondre avec un délire urémique ou alcoolique, surgissant au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu; et surtout avec le délire salicylé qui s'accompagne d'apyrexie, voire même d'hypothermie. Dans les cas douteux, le dosage du médicament dans le sang apporte une certitude d'autant plus souhaitable, que le salicylate en solution sucrée, injectée dans les veines, est d'une efficacité remarquable dans le traitement des manifestations cérébrales de la maladie de Bouillaud.

Le traitement salicylé prolongé dans l'endocardite rhumatismale. — M. A. COURY présente deux malades jeunes, atteints d'insuffisance mitrale, au cours d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Dans l'un de ces cas, la guérison totale et définitive de l'endocardite est obtenue par le traitement salicylé prolongé pendant un an, avec de courtes périodes de repos. Dans le second cas, le même traitement amène la guérison de l'endocardite, au bout de six mois. L'auteur estime que l'endocardite rhumatismale de l'adulte est encore susceptible de guérir plusieurs mois après son apparition, à la condition que la cure salicylée soit suffisamment forte comme doses, et surtout très longtemps prolongée. Il est d'avis que pour éviter la détermination endocarditique au cours de l'infection rhumatismale, détermination, qui parfois survient insidieusement entre les crises articulaires aiguës, il est nécessaire de prolonger la cure salicylée pendant au moins un an après la guérison de l'arthrite.

Contribution au traitement non sanglant des fistules. — M. A. CHALLAMEL rappelle les bons résultats que l'on peut obtenir dans le traitement des fistules, selon leur cause, par des injections répétées de pâte bismuthée ou par une seule séance de galvano-coagulation.

Traitement physiothérapique d'un sarcome du cou à évolution très rapide. — M. SCHMITT rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un fibro-sarcome du cou ulcéré, infecté et très hémorragique, opérée à diverses reprises depuis 1916, puis traitée par les rayons X et le radium.

Une récidive, à la suite de douches d'air surchauffé, se mit à évoluer avec une extrême rapidité. La tumeur doublait de volume en huit jours. Elle atteignit bientôt le volume d'un petit foie, dont l'exérèse par le bistouri eût été dangereuse, étant données la friabilité et les adhérences profondes du néoplasme.

Il y a dix mois, on enleva par électro-coagulation, avec la plus grande facilité, la masse saillante et presque sans perte de sang; puis irradia toute la région, au moyen de rayons mous non filtrés, suivant la méthode de Coste.

Contrairement aux prévisions, il ne se produisit ni récidive ni généralisation, ni radio-nécrose. L'état général est excellent et la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

M. Schmitt estime que dans les cas graves, il faut se montrer éclectique, associer avec prudence tous les moyens dont on dispose pour enrayer l'évolution de la tumeur, et ne pas craindre d'enfreindre les règles du jour.

Trachéofistulisation pulvérulente expérimentale. — M. Georges ROSENTHAL montre que l'introduction de substances pulvérulentes dans la trachée doit obéir à des règles précises. Les produits insolubles non caustiques sont admirablement tolérés, même à haute dose et ne donnent d'accident que par encombrement. Par contre, les produits solubles, et en tête le chlorure de sodium se transforment en solutions hypertoniques, par appel osmotique du plasma; ils amènent aisément la mort par œdème aigu du poumon, ainsi reproduit chez l'animal sain. Les accidents débutent dès que la substance pulvérulente arrive à la région alvéolaire.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(FÉVRIER 1928)

Suppuration pulmonaire fétide à évolution prolongée. — MM. OLMER, POINSO et JACQUES rapportent un cas de suppuration pulmonaire intéressant par la transition qu'il offre entre les formes aiguës classiques de gangrène pulmonaire et l'abcès chronique fétide et caractérisé cliniquement et radiologiquement par un syndrome cavitaire du sommet et par un pyopneumothorax partiel de la base; anatomiquement par des cavités du volume d'un œuf de poule au sommet et à la base avec cavités plus petites dans le voisinage et par une poche pleurale sans communication avec le parenchyme, et bactériologiquement par une flore du type Veillon et surtout B. ramosus et staphylococcus parvulus associés au streptocoque et staphylocoque. Pas de spirilles.

Anémie pernicieuse rapidement améliorée par la méthode de Whipple. — MM. OLMER, POINSO et JACQUES ont traité par l'ingestion de foie de veau un cultivateur bas-alpin qui, ayant eu en 1915 et 1916 de la dysenterie et quelques accès palustres, était depuis le début de 1926 dans un état d'anémie parvenu à un degré extrême fin octobre 1927. Après échec des divers traitements habituels, on essaye la méthode de Whipple. Mal toléré au début (vomissements incoercibles), le foie de veau, après une période de suspension pendant laquelle une transfusion de 220 centimètres cubes est faite sans résultat (21 novembre), est repris à partir du 1er décembre à la dose de 100 grammes par jour le premier mois, puis 200 grammes par la suite. Au 31 janvier, état général excellent, teint coloré, reprise de 11 kilos. Numération globulaire normale.

Vaccinothérapie par voie veineuse dans l'infection puerpérale. — MM. SALEN et BEAU.

Paralysie du nerf radial englobé dans un cas de fracture de l'humérus. — MM. BOINET et A. RAYBAUD fils.

Tuberculose cavitaire du nourrisson. — MM. CASSOUTE et POINSO rapportent l'observation d'un cas de tuberculose cavitaire chez un nourrisson de dix-neuf mois, ayant évolué en trois mois, où l'on notait une concordance remarquable des signes cliniques et radiologiques et où ils ont eu la vérification nécropsique.

Application du drain à valve de Boinet dans un cas de pneumothorax récidivant. — M. ROUSLACROIX et Mlle COULANGE ont obtenu une évacuation très rapide de l'air contenu dans la cavité pleurale, sous pression positive de 15 centimètres d'eau, après application de cet ingénieux petit trocart dont la simple valve en caoutchouc incisée s'oppose à toute entrée nouvelle d'air pendant l'inspiration.

Insuffisance surrénale aiguë par hémorragie capsulaire au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. CASSOUTE et A. RAYBAUD fils relatent l'observation d'un jeune Arménien de trois ans qui fit, au seizième jour d'un pneumotyphus (séro positif à l'Eberth au 1/100) un syndrome pseudo-péritonéal ayant fait penser à une perforation intestinale et qui mourut en quelques heures de collapsus. L'autopsie révéla un éclatement de la capsule gauche sous la poussée d'un hématome (apoplexie surrénale d'Arnaud). Lésions insignifiantes de l'intestin. A cette occasion, les auteurs recherchent les signes qui permettent de distinguer les péritonites hypertoxiques chez ces grands infectés du syndrome pseudo-péritonéal d'Ebstein.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. Victor AUDIBERT, TOINON et D. LÉNA.

Les pseudo-cystites d'origine urétrale chez la femme. — M. Antoine DOR. Après avoir rappelé que souvent « la vessie parle » tort » comme elle le fait pour les reins, l'uretère, et résume les caractères de la cystite vraie, l'auteur attire l'attention sur les signes particuliers à ces cystalgies d'origine urétrale : intermittence des crises, irradiations vulvaires et anales, douleur lancinante en dehors des mictions, absence d'intolérance vésicale à la réplétion et surtout absence de pyurie. Il conclut au traitement étiologique local seul efficace dans ces cas.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PROPRIÉTÉ COMMERCIALE

LOI DU 27 MARS 1928 MODIFIANT LES LOIS DU 30 JUIN 1926 ET DU 22 AVRIL 1927.

Nous avons antérieurement, au moment de leur promulgation, fait connaître les principales dispositions de la loi du 30 juin 1926 qui organisait un droit nouveau au profit des locataires, commerçants et industriels, exploitant un fonds de commerce, et de celle du 22 avril 1927 qui y a apporté divers modifications.

Ces deux lois accordaient un droit de reprise très important au propriétaire; son exercice a donné lieu à de nombreuses réclamations auxquelles le législateur a fait droit, au moment même où la Chambre des députés allait disparaître pour faire place à celle que les élections allaient faire naître.

Le *Journal officiel* du 31 mars 1928 a promulgué la loi du 27 mars qui a pour objet de réglementer *temporairement* la situation des locataires commerçants et industriels *menacés d'expulsion*. La loi du 22 avril 1927 avait déjà octroyé des délais aux locataires qui n'avaient pu obtenir le renouvellement de leurs baux déjà expirés ou devant prendre fin avant la loi du 30 juin 1926; l'octroi de ces délais n'avait pas permis de remédier à toutes les difficultés d'une situation qui a paru comme fort délicate. Les dispositions essentielles de la loi nouvelle ont pour objet de faciliter la réinstallation, dans d'autres locaux, du commerçant évincé par suite du non-renouvellement de son bail.

Deux moyens ont paru au législateur propres à réaliser le but qu'il se proposait : d'abord, l'attribution par le juge conciliateur d'une provision aux locataires menacés d'expulsion qui ont droit à une indemnité d'éviction; ensuite la concession de délais complémentaires.

L'article 1er de la loi indique son caractère temporaire : *pendant le délai d'un an* à partir de la promulgation de la présente loi, il est apporté aux lois du 30 juin 1926 et 22 avril 1927 diverses dérogations.

1. Tout bénéficiaire d'une location à usage commercial ou industriel, dispose l'article 2, dont le bail est venu ou viendra à expirer avant le 30 juin 1928, pourra, *s'il est menacé d'expulsion*, citer en conciliation, conformément à l'article 2 de la loi du 30 juin 1926, le propriétaire du local à lui loué et au besoin celui qui étant lui-même locataire de ce local lui a sous-loué et prétend indûment en exercer la reprise ou refuser le renouvellement.

Le magistrat conciliateur a pour mission de fixer par provision et sous certaines garanties le montant de la somme à laquelle le locataire peut avoir éventuellement droit, lorsqu'il est fondé à réclamer une indemnité d'éviction. La détermination de l'indemnité définitive reste soumise à l'appréciation du Tribunal compétent.

L'avantage qui est ainsi conféré au locataire est très important; aussi, en compensation de cet avantage, la loi prévoit-elle la possibilité pour le propriétaire de recevoir, à partir du jour de la cessation du bail ou de la prorogation et au plus tôt du 30 juin 1926, une indemnité d'occupation qui est également fixée à titre provisionnel par le juge conciliateur. Faute par le locataire de payer aux termes fixés cette indemnité, il pourra être expulsé dans les trois mois qui suivra l'échéance (art. 4).

2. Pendant la durée de la procédure, et jusqu'à la décision du magistrat, aucune mesure de rigueur ne peut intervenir contre le locataire qui s'est pourvu en conformité des dispositions de l'article 2 de la loi nouvelle; c'est ce qui résulte des travaux préparatoires de celle-ci et des discussions qui ont eu lieu au Parlement.

Il a paru indispensable de concéder de nouveaux délais, en raison de la situation difficile et souvent pénible dans laquelle se sont trouvés certains commerçants et industriels par suite de l'application des dispositions temporaires de la loi du 30 juin 1926. Si la loi prévoit le maintien provisoire dans les lieux loués des commerçants menacés d'expulsion, elle fixe des délais différents selon que les locataires ont droit ou non à une indemnité d'éviction; entre ces deux catégories de locataires, il y a des situations différentes auxquelles il convenait équitablement de ne pas appliquer la même solution.

Dans son ordonnance, le magistrat conciliateur autorisera l'expulsion du locataire *dans les trois mois* qui suivront le jour où le montant de la somme qui sera fixée au profit du locataire aura été effectivement versée entre ses mains, à charge par ce dernier d'en donner caution suffisante ou, à défaut d'accord entre les parties sur cette caution, versée aux mains d'un séquestre désigné par le magistrat, avec affectation spéciale à la créance du locataire.

Si, d'autre part, le locataire se trouve dans un des cas formellement exclus par la loi pour avoir droit à une indemnité, il sera maintenu dans les lieux loués pour un temps qui ne pourra être supérieur *à trois mois*, sauf dans les cas visés par l'article 12 de la loi du 22 avril 1927.

La loi spécifie, dans son article 5, que les ordonnances rendues en vertu de ses dispositions ne sont pas susceptibles d'appel.

3. Enfin, la loi nouvelle prévoit que, dans tous les cas, même après l'expiration des délais concédés aux locataires, soit par les lois successives sur les baux des locaux commerciaux ou industriels, soit par des décisions de justice rendues en vertu de ces lois, le juge des référés peut exceptionnellement accorder les délais de grâce de l'article 1244 du Code civil, sauf en cas de versement de l'indemnité.

Cette disposition de la loi nouvelle a donné lieu à certaines divergences de vue au cours de la discussion devant le Parlement. C'est au juge qu'il appartiendra d'apprécier, cas par

cas, les situations qui lui seront soumises; fixer des règles générales en l'espèce est impossible.

Telle est cette loi nouvelle où le législateur s'est efforcé de résoudre des conflits par la conciliation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI DU 31 MARS 1928 SUR LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE

EXTRAIT DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Sursis. — *Art. 23.* — En temps de paix, un sursis d'incorporation, renouvelable par tacite reconduction jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, peut être accordé aux jeunes gens qui en font la demande, qu'ils aient été classés par les conseils de revision, dans le service armé ou dans le service auxiliaire.

A cet effet, ils doivent établir que, soit en raison de leur situation de soutien de famille, soit dans l'intérêt de leurs études, soit pour leur apprentissage, soit pour les besoins de l'exploitation agricole, industrielle, commerciale, à laquelle ils appartiennent, soit en raison de leur résidence à l'étranger, il est indispensable qu'ils ne soient pas enlevés à leurs travaux.

Tout jeune soldat peut, à toute époque de l'année, renoncer à son sursis. Il est incorporé avec la fraction de classe appelée immédiatement après sa renonciation.

Indépendamment des sursis renouvelables jusqu'à vingt-cinq ans, un sursis d'incorporation de six mois peut être accordé une fois dans l'intérêt des études, de manière à amener la fin de la période des sursis à coïncider avec la fin de la période scolaire et l'incorporation d'une fraction de classe.

Les sursis accordés, pour études, aux étudiants en médecine, en pharmacie ou en chirurgie dentaire, ou aux élèves vétérinaires, peuvent être accordés jusqu'à vingt-sept ans.

Les demandes de sursis adressées aux maires dans les deux mois qui précèdent les opérations du conseil de revision sont instruites par lui; le conseil municipal donne son avis motivé. Elles sont envoyées au préfet et transmises par lui, avec ses observations, au conseil de revision qui statue.

Les demandes d'octroi de sursis qui n'ont pu être formulées au cours de la session ordinaire du conseil de revision sont examinées dans une session extraordinaire tenue au mois d'octobre.

Le sursis d'incorporation ne confère aucune dispense. Les jeunes gens qui ont obtenu des sursis d'incorporation sur leur demande, suivent le sort de leur classe d'âge, à partir du moment où ils ont rempli leurs obligations dans le service actif et dans la disponibilité.

En temps de guerre, l'effet des sursis accordés en vertu du présent article ou de l'article précédent est suspendu et ces jeunes gens sont appelés avec leur classe d'âge.

Service actif. — *Art. 37.* — Les étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire et les élèves des écoles vétérinaires accomplissent leur service actif dans le service de santé ou le service vétérinaire.

Dans les facultés de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, dans les écoles vétérinaires, il est institué une préparation militaire supérieure spéciale dont les différents programmes, portant sur deux années d'études, sont arrêtés

après entente entre le ministre de la Guerre, d'une part; le ministre de l'Instruction publique ou le ministre de l'Agriculture, d'autre part; elle est facultative.

Les étudiants ou anciens étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire, et les élèves ou anciens élèves des écoles vétérinaires, qui ont obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale accomplissent, en fin de sursis, leur année de service actif :

a. Cinq mois comme médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires, et sept mois comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires aides-majors de 2e classe de réserve ou dentistes militaires de 2e classe, s'ils sont :

Ou docteurs en médecine;

Ou nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté et pourvus de seize inscriptions validées;

Ou pourvus du diplôme de pharmacien, de chirurgien dentiste ou de docteur vétérinaire;

b. Un an comme médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires, s'ils sont seulement :

Ou possesseurs de douze inscriptions validées de médecine;

Ou possesseurs de huit inscriptions validées de pharmacie;

Ou possesseurs de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire;

Ou admis en quatrième année dans une école vétérinaire.

Les autres étudiants ou élèves qui n'ont pas obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale sont incorporés en fin de sursis pour un an dans une section d'infirmiers s'ils sont étudiants en médecine, en pharmacie ou en chirurgie dentaire, et dans un régiment monté s'ils sont élèves vétérinaires.

S'ils entrent dans l'une des catégories comprises sous les rubriques *a* et *b* ci-dessus du présent article, ils suivent obligatoirement, pendant leurs six premiers mois de service, des cours d'application spéciaux à la suite desquels ils peuvent être nommés médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires.

En outre, ceux entrant dans la catégorie *a* peuvent être nommés médecins, pharmaciens ou vétérinaires aides-majors de 2e classe de réserve ou dentistes militaires de 2e classe après cinq mois de grade de médecin, pharmacien, dentiste ou vétérinaire auxiliaire, pour effectuer en cette qualité leur dernier mois de service actif.

Art. 38. — Les officiers de réserve sont tenus de demeurer officiers de réserve et de rester, en cette qualité, constamment à la disposition du ministre de la Guerre, jusqu'à leur passage dans la deuxième réserve, dans les conditions prévues à l'article 40.

Art. 39. — Les docteurs en médecine et les pharmaciens diplômés admis directement, après concours, dans le corps de santé militaire ou dans le corps de santé colonial, et les vétérinaires admis comme vétérinaires aides-majors de 2e classe, élèves à l'Ecole d'application de cavalerie, doivent avoir accompli leurs obligations, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la présente loi, avant leur nomination comme aides-majors de 2e classe de l'armée active.

La durée des services effectifs accomplis comme vétérinaire auxiliaire ou vétérinaire aide-major de 2e classe compte pour la détermination de la prise de rang, sans rappel de solde dans le grade de vétérinaire aide-major de 2e classe de l'armée active.

La prise de rang dans le grade de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active est réglée par la loi du 6 janvier 1923, complétée par la loi du 24 décembre 1925.

Troupes coloniales. — *Art. 44*. — ..... Peuvent être affectés au service de santé colonial, et accomplir leur service actif dans une colonie, les étudiants ayant obtenu les diplômes de médecin, pharmacien, chirurgien dentiste ou vétérinaire, sous réserve pour eux de contracter l'engagement de servir dans les services sanitaires civils de cette colonie pendant une période de trois années consécutives à leur année de service militaire.

Service dans les réserves. — *Art. 49*. — Les officiers de réserve sont convoqués pour des périodes d'exercice dont le nombre et la durée sont fixés par le ministre de la Guerre sans que leur total puisse excéder quatre mois .....

LIVRES NOUVEAUX

La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. Diathermie, haute tension, diathermo-coagulation, effluvation, étincelage [2e édition] (1), par Leroux-Robert, ancien assistant d'oto-rhino-laryngologie de la Salpêtrière. Préface du professeur d'Arsonval.

En quelques mois, la première édition de ce livre a été épuisée, tant a paru grand l'intérêt de cette méthode nouvelle si riche en applications thérapeutiques.

La seconde édition marque les progrès considérables de l'*appareillage* et de l'*instrumentation* et s'est augmentée d'une importante illustration qui facilite la compréhension d'un texte, d'ailleurs exempt de formules; les non initiés connaîtront en quelques pages les principes indispensables, les adeptes de la méthode verront préciser leur champ d'action.

La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie est divisée en deux parties : Applications médicales et applications chirurgicales dont les éléments sont disposés en un *tableau synoptique* d'une grande clarté.

Le docteur Leroux-Robert étudie le *principe*, les *effets physiologiques* et *thérapeutiques*, enfin les *indications*.

Des chapitres spéciaux réservés à la *fulguration de tension et d'intensité*, à la mise en *parallèle de la fulguration et de la diathermo-coagulation*, à la *production des rayons ultraviolets* sur les appareils de haute fréquence, aux résultats comparés des deux méthodes, tiennent le lecteur au courant des recherches les plus récentes et lui permettent de préciser les indications respectives du radium, des rayons X, de la haute fréquence et des rayons ultraviolets. L. G.

L'Aspergillose pulmonaire (2), par P. Nicaud.

L'étude de l'aspergillose pulmonaire a été renouvelée par les travaux récents. Dans ce mémoire, M. P. Nicaud a réalisé une mise au point de cette question qu'il a contribué personnellement à compléter en collaboration avec M. Macaigne.

Dans une première partie sont décrites les lésions de l'aspergillose pulmonaire primitive suivies de la description du parasite : l'*aspergillus fumigatus*. L'auteur insiste sur la rareté des lésions nodulaires qu'on a rapprochées des lésions tuberculeuses. Les symptômes et le diagnostic sont décrits et discutés.

Les recherches expérimentales et la description des formes actinomycosiques du parasite précèdent le chapitre des réactions humorales de l'aspergillose (sporo-agglutination et réactions antigéniques) basées sur les recherches de MM. Macaigne et Nicaud. La dernière partie a trait à l'aspergillose secondaire et à ses rapports avec la tuberculose. L. G.

(1) Un volume de 216 pages avec 113 figures et 2 tableaux « Collection médecine et chirurgie pratiques ». — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 24 pages, avec figures et 2 planches en couleurs. — Prix : 12 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
La Société
GALLOIS et Cie
41, Boulevard des Brotteaux
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
..... Nous devons arriver à obtenir une plaie moins éclairée en surface qu'en profondeur, car, ce qui importe, ce n'est pas une clarté absolue de la salle, mais un bon éclairage de la plaie.....
Profr Heller.
Pub. Drouat Lyon

N° 38. — MERCREDI 9 MAI 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 9 MAI 1928. — N° 38.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mai. — MM. Carrié, Cost, Nicaud, Boulin et Mouquin, 20.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Huet, 19; Bloch (René), 13; Bernard, 15.

— Concours de stomatologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. L'Hirondel, qui accepte; Roy, Pitsch, Rodier, Schæffer, Fieminge, Bréchot, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de radiologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Guilbert et Labey, qui acceptent; Bourguignon, Cottenot, Haret, Léri, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Facultés de médecine. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Roger, président; Legueu, Gosset, P. Duval, J.-L. Faure, Cunéo, Rouvière.

Suppléants : MM. Richet fils, Mondor, Olivier.

Liste des candidats : MM. Fèvre, Ménégaux, Garnier (Ch.), Blondin (M.), Blondin (S.), Redon, Galtier, Sauvage, Merle d'Aubigné, Ameline, Banzet, Iselin, Seille.

La première séance aura lieu le 15 mai, à 12 h. 1/2.

— *Concours de l'adjuvat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Lecène, président; Ombrédanne, Rouvière, Hovelacque, Binet.

Suppléants : MM. Mathieu, Olivier, Richet fils.

Liste des candidats : MM. Bergouignan, Leydet, Mouchet, Sicard (André), Dessaint, Petel, Funck-Brentano, Padovani, Guillot, Kaufmann, Chevereau, Guran, Lapeyre, Audouin, Perrin, Theillier, Lecœur, Huwenstein, Maximin, Luzuy, Dulac, Lyonnet.

La première séance aura lieu le 14 mai, à 12 h. 1/2.

Notification de vacances de chaires a l'École d'application de Marseille du service de santé des troupes coloniales. — Les chaires de :

1° Clinique interne et des maladies exotiques;

2° D'histoire naturelle, chimie, toxicologie et pharmacie, sont déclarées vacantes à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé aux nominations des nouveaux titulaires dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909, modifiée le 3 décembre 1923 et le 21 avril 1927.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 15 octobre 1928, au plus tard.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Laboratoire d'anatomie pathologique. (Professeur : M. G. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra 14 leçons, commencera le lundi 14 mai 1928, à 14 h. 30, pour se continuer tous les jours suivants; les séances comprendront deux parties.

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 200 fr. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étu-

diants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis. de 14 heures à 16 heures.

INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — SIX LEÇONS PRATIQUES SUR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS. — Un cours spécial d'actinologie aura lieu en trois jours : les 19, 21 et 22 mai, avec le programme suivant :

MM. Saidman et Dufestel : les sources de rayons ultra-violets et infra-rouges (19 mai, à 9 h. 30).

MM. E. et H. Biancani : L'astinothérapie dans la tuberculose (19 mai, à 17 h. 30).

MM. Dufougeré, Auzimeur et Palisse : les ultra-violets en stomatologie, oto-rhino-laryncologie (21 mai, à 9 h. 30).

M. J. Meyer : les ultra-violets en dermatologie (21 mai, à 17 h. 30).

MM. Lautmann et Colanéri : les ultra-violets en pédiatrie (22 mai, à 9 h. 30).

MM. Marceron et Livet : les indications médico-chirurgicales (22 mai, à 17 h. 30).

Des démonstrations pratiques auront lieu les mêmes jours, sous la direction de MM. Saidman et Dufestel. Les inscriptions sont reçues à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, Paris, XVe (Nord-Sud : Convention).

Le droit d'inscription est fixé à 150 fr. pour toute la série (somme affectée aux laboratoires de recherches de l'Institut). Les médecins désireux d'assister seulement à une partie des conférences seront admis, dans la limite des places disponibles, les droits d'inscriptions étant fixés à 40 fr. par séance.

N. B. — Les dates ci-dessus indiquées ont été choisies pour coïncider avec le déplacement des médecins de réserve, afin de leur donner toute facilité pour se rendre à Paris.

Un autre cours de perfectionnement comprenant une quinzaine de leçons sera annoncé ultérieurement.

CABANÈS

Nous apprenons avec une douloureuse surprise la mort de notre collaborateur et ami Cabanès. Nous ignorions qu'il fût malade, nous l'avions encore vu à l'Académie il y a une vingtaine de jours, en apparence bien portant.

Cabanès était né à Gourdon (Lot). Il fit d'abord ses études de pharmacie ; pharmacien de 1re classe, il se mit à étudier la médecine. Au début de sa carrière, alors qu'il cherchait encore sa voie, notre maître commun Péan l'appela auprès de lui comme secrétaire et anesthésiste. Cette fonction éveilla ses scrupules. Jusque-là rien ne l'y avait préparé. Péan le rassura en lui promettant de le surveiller. Les malades qu'il endormit ne s'en trouvèrent pas plus mal. Toutefois, ses fonctions de secrétaire lui convenaient beaucoup mieux.

De bonne heure Cabanès se fit remarquer comme écrivain. Grand ami de l'histoire il sut bientôt découvrir et étudier ses rapports avec la médecine. Il se mit à fouiller tous les cas pathologiques des familles régnantes. Il fit nombre de diagnostics rétrospectifs ; soucieux surtout de vérités scientifiques il étudia scrupuleusement toutes les tares pathologiques des têtes couronnées dont souvent il voila le prestige. Avec lui, « le masque tombe, l'homme reste et le héros s'évanouit ». D'une pleine connaissance de l'histoire et de la pathologie, d'une vive intelligence, d'une mémoire impeccable, toujours fortement documenté, il était nettement affirmatif dans ses conclusions, et, de ce fait, supportait malaisément la contradiction. D'un caractère quelque peu ombrageux, s'il se fit beaucoup d'amis, il se créa aussi des adversaires. Quoi qu'il en soit il a beaucoup travaillé, il a publié plus de trente volumes, tous écrits dans un style précis et élégant. Chercheur inlassable, il était toujours en quête de documents. Il acquit ainsi une notoriété mondiale. Mais ses succès d'auteur n'ont pas toujours obtenu les récompenses officielles qu'il méritait, si bien qu'à la fin de sa carrière il aurait pu dire, comme Piron, qu'il ne fut rien, pas même académicien. Poussé par ses amis, il fit cependant acte de candidature à l'Académie de médecine. Mais il s'aperçut bien vite que l'auteur des gaietés d'Esculape n'était pas *personna grata*. Il n'insista pas ; il n'avait pas la souplesse d'échine des solliciteurs. A défaut d'un fauteuil à l'Académie, il se contenta de la bibliothèque et de la salle des Pas-Perdus.

Pour sa soif d'étudier, sa soif de produire, ses livres ni la *Chronique médicale* qu'il dirigeait si brillamment, ni les colonnes de la *Gazette* et de bien d'autres journaux ne lui suffisaient plus, et il devint conférencier, un conférencier fort écouté et très applaudi, tant en Sorbonne qu'à Bruxelles et ailleurs.

De petite taille, les yeux vifs, les cheveux noirs et la moustache en croc, toujours pressé, courant d'une bibliothèque à une librairie, chez un dessinateur, toujours à la recherche de documents, toujours en enfantement d'un nouveau volume, Cabanès laisse une œuvre considérable, intéressante non seulement pour le monde médical, mais aussi pour le monde des lettres, pour ce qu'on est convenu d'appeler le monde intellectuel.

Nous perdons en lui un ami de plus de trente ans. J'ai eu bien souvent l'occasion d'apprécier le charme de sa conversation, son esprit toujours alerte, souvent ironique. Bien des liens nous unissaient ; Cabanès fut le premier secrétaire général de l'Association des journalistes médicaux ; il apporta, dans ses fonctions, toujours le même zèle, la même autorité. Son œuvre restera comme celle d'un savant, d'un historien, d'un écrivain émérite.

Nous prions Mme Cabanès d'agréer l'expression de notre bien vive et bien douloureuse sympathie. A. BROCHIN.

— Les obsèques de notre regretté collègue ont eu lieu ce matin à l'église Saint-Médard.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LE MORVAN A QUELQUES HEURES DE PARIS PAR LE NOUVEL EXPRESS DE JOUR. — A partir du 15 mai, un nouvel express de toutes classes est mis en circulation entre Paris, Avallon et Autun. Ce train comporte des voitures directes pour Clamecy et Cercy-la-Tour.

Aller : Départ de Paris, 7 h. ; arrivée : Auxerre, 9 h. 46 ; Avallon, 11 h. 09 ; Saulieu, 12 h. 40 ; Autun, 14 h. ; Clamecy, 14 h. 08 ; Cercy-la-Tour, 14 h. 26 ; Château-Chinon, 14 h. 51.

Retour : départ : Château-Chinon, 12 h. 35 ; Cercy-la-Tour, 13 h. ; Clamecy, 15 h. 33 ; Autun, 12 h. 40 ; Saulieu, 14 h. 02 ; Avallon, 15 h. 27 ; Auxerre, 16 h. 46 ; arrivée à Paris, 19 h. 33.

La durée du trajet entre Paris et Clamecy, Paris et Avallon se trouve ainsi réduite à quatre heures.

RÉSULTATS DE 9 CAS
DE
PNEUMOTHORAX BILATÉRAL SIMULTANÉ [1]

PAR LES DOCTEURS

A. BERNARD, Assistant de clinique médicale à l'hôpital de la Charité de Lille.

et

F. BAUDRY (de Lille).

Obs. VII. — M. Duq..., vingt-quatre ans, agent d'assurances, est vu le 31 août 1925. Célibataire, vie active.

Père mort de pleurésie à quarante ans, mère morte tuberculeuse pulmonaire à trente-huit ans.

A commencé à tousser fin 1923. Depuis mai 1924, après un rhume, l'expectoration est apparue.

Bon état général; hémoptysie le 30 août.

Auscultation : respiration rude aux deux sommets.

A l'écran : obscurité des deux sommets, plus accentuée à gauche, avec quelques pommelures de ce côté.

Poids : 69kg400. Tension 14-8 (Pachon). Phosphaturie. Crachats : bacilles de Koch, négatif.

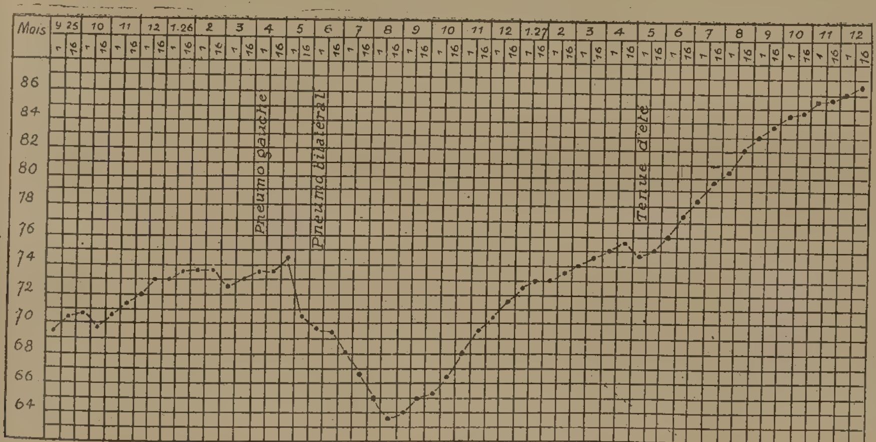
Cure de repos, médication arsénicale amènent une amélioration manifeste. Pas de température, 73 kilogrammes en fin décembre.

Le 22 mars 1926, point pneumonique gauche; température, 39°5; toux et crachats, légère dyspnée. Craquements au sommet gauche et râles sous-crépitants fins dans toute la partie supérieure du poumon gauche. A droite, signes diffus de bronchite.

Vu à l'écran le 26 mars, le malade porte une spélonque sous-claviculaire gauche. Les crachats fourmillent de bacilles de Koch.

Pneumo gauche le 29 mars. Bon décollement. Collapsus électif, fin avril, malgré une adhérence retenant le lobe supérieur. L'état général se relève. (Cf. courbe de poids.)

Le 10 mai, nouvelle poussée pneumonique, droite cette



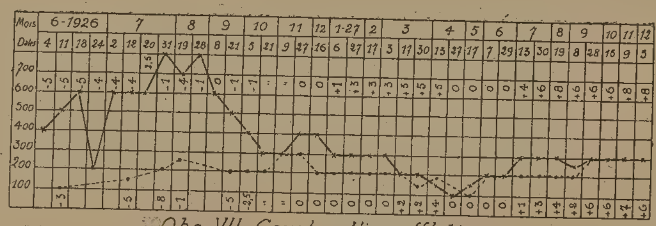
Obs. VII. Courbe de poids.

fois-ci : point de côté, souffle tubaire, température, 39°6. Le repos amende les phénomènes aigus ; le 20 mai, une scopie montre une spélonque à droite. Le poids est tombé à 70kg600.

Pneumo bilatéral le 31 mai 1926. Entretien simultané à partir du 11 juin.

Les cavernes restent béantes et sont juxta-hilaires. Superbe adhérence en feston à droite. Les insufflations provoquent de la tachycardie et de l'essoufflement. Institution de la cure digitalique le 3 août. Amélioration. En septembre, la toux et l'expectoration ont diminué sensiblement, le poids remonte.

La double compression est efficace et la béance des cavernes diminue graduellement.



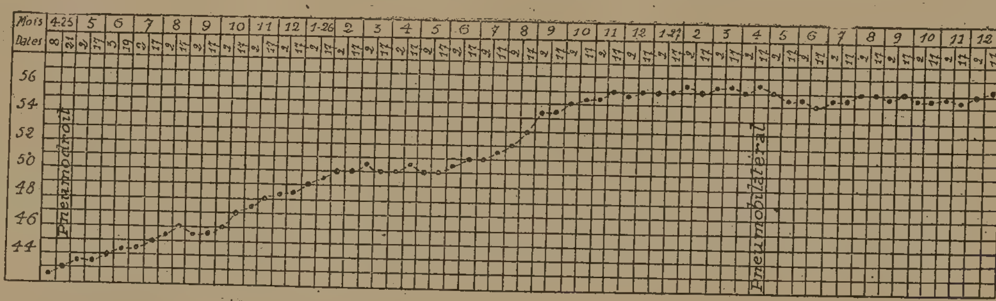
Obs. VII. Courbe d'insufflation

—— Côté droit (2e côté) – P. term : en haut.
.... Côté gauche – 1er " " en bas.

Depuis un an, double pneumo sans histoire. Depuis février 1927 le malade ne tousse plus. Encore quelques crachats, négatifs à l'examen microscopique, dans les jours qui suivent chaque insufflation.

Le malade a repris une partie de son activité ancienne.

Poids actuel : 86kg600. — Résultat et pronostic : bons.



Obs. VIII. Courbe de poids

Obs. VIII. — Mlle Mal..., quatorze ans, élève à l'Ecole normale de Lille, vue le 8 avril 1925.

Après une bronchite en décembre 1924, elle a continué à tousser et cracher le matin surtout. Fatigue générale. Poussée fébrile fin février 1925. Toux quinteuse, expectoration muco-purulente. Toux émétisante parfois.

Examen : submatité à droite, en arrière, au sommet; transsonnance claviculaire droite exagérée. Diminution du murmure vésiculaire dans la zone d'alarme droite.

A l'écran : obscurité complète du sommet droit et spélonque sous-claviculaire. Rien à gauche.

Poids, 42kg250. Tension 13-8 (auscultatoire). Phosphaturie. Bacilles de Koch, peu nombreux, sur lame directe.

Nous instituons un pneumothorax droit qui donne une amélioration rapide. Les insufflations sont espacées de quinze jours dès juillet. Trois examens de crachats les 1er, 21 août et 5 septembre sont négatifs.

La malade ne tousse plus, ne crache plus et reprend ses cours à la rentrée d'octobre.

En janvier 1928, nous remarquons un peu d'opacité du sommet droit. Opacité persistante sans tendance évolutive ni régressive pendant les huit premiers mois de l'année. L'état général est bon.

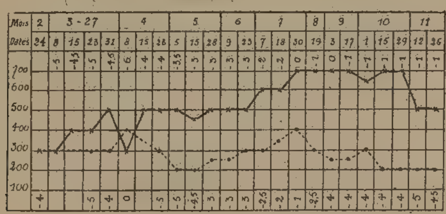
La malade subit avec succès les épreuves du brevet élémentaire et part en vacances. Elle se fatigue.

Au début d'octobre, en plus de l'obscurité habituelle du

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 36, p. 645.

sommet, il y a quelques petits nodules dans le lobe supérieur gauche. Pas de retentissement sur l'état général. Les signes auscultatoires n'apparaissent qu'en janvier 1927.

L'espacement des insufflations, à droite, nous a permis d'obtenir un collapsus électif; aussi devant la tendance évolutive des lésions gauches nous commençons un pneumo gauche le 8 mars 1927.



Obs. VIII.
—— Côte gauche (2e côté) Pressions en haut
...... Côte droit „ en bas

Entretien simultané à partir du 23 mars. Bon décollement. Une adhérence retient le poumon gauche au niveau de l'interlobe. Tolérance parfaite. Cure digitalique mensuelle à titre préventif.

L'état général ne s'est nullement ressenti de cette bilatéralisation des lésions. Toux et expectoration n'ont pas fait de réapparition. Notre malade continue ses études sans interruption.

Aucun incident depuis plus de dix mois.

Résultat et pronostic : bons.

Obs. IX. — Mlle Rut..., vingt-quatre ans, sans profession, vue le 21 avril 1927. Pas d'antécédents.

Laryngite depuis novembre 1926; vagues douleurs dorsales, migraines, transpiration nocturne, caractère moins gai; tousse de temps en temps.

Part en voyage au début de février 1927, se fatigue et maigrit.

De retour à Roubaix, mi-mars, toux quinteuse et pénible, extinction de la voix quasi-totale. Expectoration abondante. Température, 38°4 le soir. Pas de troubles digestifs, ni menstruels.

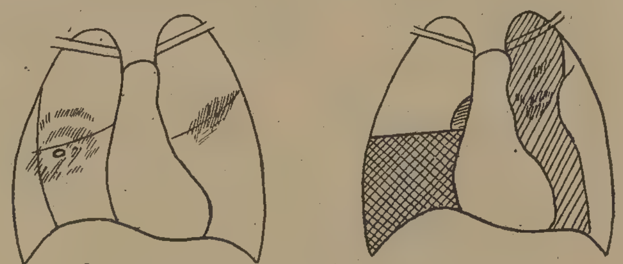
A l'examen : matité en arrière et à droite, dans la fosse sous-épineuse; craquements sur un territoire assez étendu des deux côtés, souffle hilaire droit très accusé.

A l'écran : scissurite double, plus accentuée à droite.

Poids : 62kg100. Tension : 11-7 (Pachon). Température à l'examen : 38°5.

Crachats riches en bacilles de Koch sur lame directe.

Nous posons de suite l'indication du pneumo bilatéral, et commençons par quatre insufflations à droite. Décollement excellent.



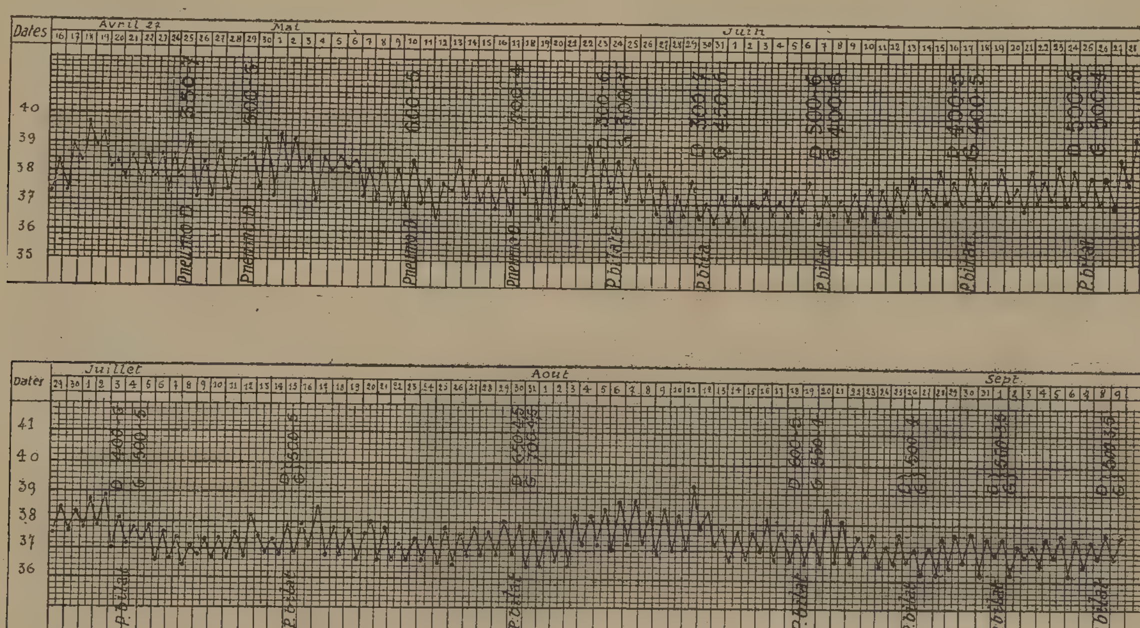
21-4-27 23-12-27

Obs IX

Un tout petit moignon pulmonaire droit visible à la radioscopie

Pneumo bilatéral le 25 mai. La double insufflation a été suivie d'une forte dyspnée pendant deux jours; la malade est obligée de se tenir mi-assise dans son lit. Dyspnée encore, moins intense, aux insufflations suivantes. Légère hyperthermie le soir et le jour qui suivent l'insufflation. La toux est moins douloureuse, l'expectoration plus abondante.

Cures digitalique et strophantique alternées pour parer aux dangers de défaillance cardiaque et insufflations lentes. La



Observ. IX. Courbe de température
Insufflations et pressions terminales —

dyspnée post-opératoire disparaît. Amélioration de l'état général.

Rien à signaler au cours des mois d'août, septembre, octobre et novembre.

Un examen de crachats le 8 novembre est négatif sur trois lames directes, positif à l'homogénéisation.

Le 21 novembre, présence d'un peu de liquide dans le cul-de-sac pleural droit, sans réaction fébrile. Le 6 décembre, le liquide occupe environ le tiers de la cavité.

La malade est revue les 15 et 23 décembre, les 7 et 19 janvier, le liquide tend à baisser.

Elle pèse 63kg600. Sa laryngite est notablement améliorée.

La malade tousse encore un peu le matin, elle expectore cinq à six crachats par jour. Tension artérielle : 13-7 (Pachon).

Le double collapsus a produit une amélioration très nette, mais de date encore trop récente pour qu'il soit permis de porter un pronostic éloigné.

Si nous établissons le bilan de ces neuf observations, nous relevons :

4 DÉCÈS. — *Obs. II.* — Malade morte de troubles digestifs, existant déjà au début du traitement, onze mois après l'institution du pneumo double.

Obs. III. — Asystolie irréductible, malade décédée six mois après le collapsus bilatéral.

Obs. IV. — Cachexie progressive. Pneumo bilatéral inefficace.

Obs. V. — Malade dont l'état général était déjà trop atteint au début du traitement, morte, un mois, après le pneumo bilatéral, de localisation rénale.

TROIS RÉSULTATS EXCELLENTS. — *Obs. I.* — Vingt-trois mois de collapsothérapie, dont quatorze de pneumo bilatéral.

Obs. VII. — Trente mois de traitement, dont vingt ininterrompus de pneumo bilatéral.

Obs. VIII. — Vingt-deux mois de pneumo unilatéral, puis pneumo bilatéral depuis dix mois.

UN RÉSULTAT EXCELLENT, MAIS RÉSERVÉ en raison de la situation sociale de la malade. *Obs. VI.* — Trente-deux mois de traitement. Vingt-deux de pneumo bilatéral.

UNE AMÉLIORATION, encore trop récente. — *Obs. IX.* — Expectoration encore pauci-bacillaire. Bon état général, laryngite améliorée.

Le fait qui, de prime abord, attire l'attention à la lecture de nos observations, c'est qu'il s'agit de malades traités en dehors de tout service hospitalier. Ce sont des « pneumothoracisés » ambulants, suivant à domicile, malheureusement plus mal que bien souvent, la cure diététo hygiénique conseillée, surveillés par le médecin traitant, et venant régulièrement aux insufflations chez le médecin spécialisé ; les conditions ne sont donc pas, à beaucoup près, des plus favorables. Mais nous voyons que certains malades en ont tiré grand profit, et récemment Ameuille et Tarneaud ont insisté en faveur de cette extension des pneumo bilatéral en dehors de l'hôpital ou du sanatorium.

Les échecs (4 cas sur 9) sont attribués par l'un de nous à plusieurs causes :

1° Nous avons hésité longtemps avant de pratiquer la double collapsothérapie. La précocité de l'intervention favorise le succès.

2° Nous sommes intervenus souvent chez des malades à un stade trop avancé de la maladie, ou présentant des contre-indications que nous n'avons reconnues qu'ultérieurement; ou, encore, parce que, sollicités de faire quelque chose en désespoir de cause, nous nous sommes laissés entraîner; nous n'avons du reste pas toujours eu à le regretter.

3° Nos « pneumothoracisés » bilatéraux, du fait de leur situation sociale ou de leur indiscipline n'ont pas toujours suivi régulièrement la cure prescrite.

4° Enfin, nos malades ont été traités à Lille, c'est-à-dire dans une contrée où le climat est loin d'être un adjuvant de la cure.

Malgré tout, nos résultats sans être remarquables, nous permettent d'accorder au pneumothorax bilatéral simnltané une confiance assez grande pour l'avenir. Nous avons appris à connaître, d'une façon plus précise, le moment où nous devions le tenter, et à nous placer dans des conditions meilleures dorénavant.

Voici, en effet, quelles nous semblent devoir être les principales indications générales du pneumothorax bilatéral dans les manifestations de la tuberculose pulmonaire.

Laissant de côté le pneumothorax bilatéral alterné, méthode idéale, puisqu'elle s'adresse à un poumon malade lorsque son congénère est guéri par un pneumo antérieur, nous n'envisageons donc que la simultanéité de l'intervention.

1° LA BILATÉRALITÉ D'EMBLÉE. — Les lésions bilatérales évolutives sont assez fréquentes. Le début de la maladie, en dehors des formes aiguës est généralement insidieux, on ne rencontre que les petits signes dits d'imprégnation bacillaire, souvent l'auscultation est négative. Ce sont les examens radiologiques fréquemment répétés qui seuls nous renseigneront à temps sur la rapidité du processus évolutif.

La plupart de ces malades, pris au début tireraient un immense profit de la cure sanatoriale, mais le sanatorium ne reçoit qu'une faible minorité de l'immense quantité de tuberculeux pulmonaires.

Si les lésions manifestent une tendance à l'évolution fibreuse, il ne faut pas se hâter d'intervenir, une régression suffisante peut se produire.

Par contre, les formes ulcéro-caséeuse sont justiciables du pneumo bilatérale simultané d'emblée. Tobé et Tenasse l'ont pratiqué plusieurs fois et ont obtenu d'excellents résultats.

Notre ligne de conduite sera fournie par les examens cliniques et radiologiques fréquents. Intervenir tôt, avant que l'extension trop grande des lésions ne vienne nous commander l'abstention.

2° LA BILATÉRALISATION SECONDAIRE PRÉCOCE. — C'est à notre avis, et celui de la majorité des auteurs l'indication de choix du pneumothorax bilatéral simultané.

Quel que soit le cas envisagé : réveil de lésions latentes préexistentes à l'établissement du premier collapsus, ou apparition de lésions nouvelles, c'est presque toujours une découverte des examens radiologiques bien longtemps avant que n'apparaissent des signes fonctionnels ou généraux.

Attendu que les lésions prennent une tendance évolutive rapide, c'est s'exposer à un échec.

Actuellement nous devons reconnaître avec Tapie (de Toulouse) qu'il n'y a pratiquement aucune indication absolue, mais que l'hésitation n'est plus permise chez des sujets porteurs d'un pneumothorax unilatéral, lorsque le poumon opposé présente un foyer manifeste de tuberculose évolutive.

3° Enfin, le pneumothorax partiel bilatéral simultané a été conseillé par le professeur Sergent pour

juguler, chez les femmes enceintes porteuses de lésions tuberculeuses bilatérales, même non évolutives, les réveils terribles qu'occasionne le post-partum. Il ne semble pas que son exemple ait été beaucoup suivi, par contre le pneumo-unilatéral préventif est beaucoup plus commun, et, l'un de nous vient d'en rapporter quelques cas à la Société des sciences médicales de Lille.

En résumé, pas d'indications précises, l'intervention est sous la dépendance des examens fréquents; les contre-indications sont-elles plus nettes? Ce sont évidemment en dehors de l'unilatéralité évolutive des lésions celles du pneumothorax classique; aussi, nous n'insisterons guère que sur quelques cas particuliers.

Du côté pulmonaire. — *a.* La broncho-pneumonie aiguë, ou phtisie galopante est une contre-indication absolue. Comme l'a fait remarquer Tapie, nous devons rester impuissants devant une forme rapidement fatale s'accompagnant de troubles graves.

b. La pneumonie caséeuse aiguë, contre-indication pour Tapie, ne l'est à notre avis qu'à la période de début. Le repos absolu amende généralement les phénomènes généraux, et il faut intervenir rapidement. Le seul inconvénient c'est que nous ne croyons pas à la possibilité d'un collapsus électif sur les blocs caséifiés ou hépatisés.

c. Les lésions trop étendues sont manifestement une contre-indication. A lésions étendues il faut un collapsus total, irréalisable dans le cas de lésions bilatérales, et à coup sûr inefficace s'il est tenté, comme dans notre observation IV où tout le poumon droit était atteint. De plus, il serait difficile avec des pressions mal équilibrées d'assurer comme à l'état normal la parfaite immobilisation fonctionnelle du médiastin (Bordet et Parodi).

L'état du cœur tient à nos yeux une très grande importance pour l'établissement du double collapsus. Avant de l'instituer, il est nécessaire dè prendre la tension artérielle. Les travaux des auteurs allemands ont montré que le Forlanini était suivi d'une surcharge fonctionnelle du cœur droit, surcharge qui sera encore plus grande dans le pneumothorax bilatéral. Tout malade à tension différentielle faible, ou indice oscillométrique peu élevé sera soumis à la médication digitalique. Si sous l'influence de cette cure tonicardiaque la tension ne se relève pas, nous croyons qu'il faut impitoyablement refuser le double collapsus. L'un de nous a insisté dans sa thèse sur la nécessité de prendra la tension artérielle avant l'intervention et fréquemment au cours du traitement. Au fond, l'anoxyémie décrite par Dumarest comme complication du pneumothorax ne traduit-elle pas la défaillance cardiaque?

Les localisations extrapulmonaires sont autant de contre-indications. Seule, la laryngite fait exception. Hervé avait montré que le pneumo-unilatéral l'améliore souvent et parfois la guérit. Ameuille et Tarneaud ont obtenu la guérison d'une laryngite, histologiquement tuberculeuse par le pneumobilatéral simultané; notre malade de l'observation IX a vu sa laryngite s'améliorer progressivement.

La tuberculose intestinale est une contre-indication absolue. A. et J. Van Beneden (de Liége) ont montré que les malades traités par le pneumo, alors même qu'ils paraissent guéris, éliminent longtemps des bacilles de Koch par l'intestin. Peut-être faut-il voir là la fréquence des lésions intestinales graves constatées par Renon et nombre d'auteurs aux autopsies de pneumothoracisés unilatéraux.

La cachexie est également une contre-indication formelle. L'organisme impuissant à lutter ne saurait faire les frais d'une immobilisation pulmonaire.

L'âge, le sexe, ne constituent aucune contre-indication. Armand-Delille (de Paris) et Gauthier (de Genève) ont obtenu d'excellents résultats chez l'enfant, dans des cas désespérés par le double pneumothorax.

Aborderons-nous la question des complications? Ce sont les mêmes que celle du pneumothorax unilatéral, mais constituant souvent une gravité plus grande.

Les épanchements pleuraux sont fréquents; 5 fois sur 9 dans nos observations. Leur apparition est brusque ou insidieuse, à symptomatologie prononcée ou silencieuse. En général, sauf Kindberg qui formule certaines réserves, les auteurs sont partisans de l'abstention en présence des épanchements liquides. Tobé et Tenasse essaient de les mettre à profit en leur faisant assurer la compression des parties atteintes par la position de Trendelenburg si les lésions sont au niveau des lobes supérieurs.

La symphyse est souvent consécutive à l'épanchement et oblige à cesser les insufflations si elle est trop étendue.

Nous n'insisterons pas sur la question des perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax bilatéral sur lesquelles Bard, Burnand; Tobé et Tenasse; Léon Bernard, Coste et Valtes; Chabaud ont attiré l'attention. Peut-être pas plus fréquentes que dans le pneumo-unilatéral elles sont beaucoup plus graves; aussi faut-il rechercher là l'explication des remarques faites par les auteurs. Personnellement c'est un accident que nous n'avons pas eu à déplorer dans nos neuf cas de pneumothorax bilatéral; par contre, nous en avons eu un cas fort impressionnant, chez une jeune fille traitée par le pneumo-unilatéral, suivi de mort douze heures après l'insufflation. Rappelons que les grands symptômes des perforations frustes, en dehors des signes fonctionnels ou physiques souvent absents, sont l'hyperpression pleurale que l'on peut mettre en évidence par l'épreuve de Dumarest Bard, et, l'affaissement radiologique du moignon pulmonaire.

Nous ne ferons que mentionner les accidents dus au choc pleural; l'insuffisance cardiaque comme le cas s'est produit chez notre malade de l'observation III, les décompressions anormales (obs. IV) sur lesquelles Bernou et Rist ont attiré l'attention, les troubles nerveux : polynévrite signalée par Leroy-Valensi, l'anesthésie provoquée dans le membre supérieur droit de notre malade de l'observation VI.

L'un de nous a insisté sur quelques détails de technique, nous ne nous y arrêterons pas, si ce n'est celui de la lenteur des insufflations. Stiassnie et après lui Pissavy ont incriminé les insufflations trop rapides comme cause fréquente des épanchements

pleuraux. Personnellement, cette façon de faire nous a permis d'éviter la dyspnée post-insufflatoire chez notre malade de l'observation IX. Nous croyons, comme les auteurs cités, qu'en agissant ainsi il est possible d'arriver à des volumes de gaz injecté assez grands tout en conservant une pression terminale peu élevée.

En résumé, à l'heure actuelle, et, à défaut d'un traitement vraiment spécifique de la tuberculose pulmonaire, nous considérons que le pneumothorax bilatéral simultané, associé à une cure hygiénique bien suivie, demeure la seule planche de salut des tuberculeux bilatéraux; à condition que l'intervention soit précoce et sous réserve d'une discipline rigoureuse du malade, avec une surveillance attentive et minutieuse clinique et radiologique exercée par le médecin.

BIBLIOGRAPHIE

AMEUILLE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 mai 1923.
AMEUILLE et TARNEAUD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 oct. 1927.
BERNOU. *La Vie médicale*, 24 oct. 1924; — *Journ. des prat.*, 7 juillet 1923.
BEZANÇON et JACQUELIN. *Revue de la tuberculose*, juin 1924.
BRECCIA. *Presse méd.*, août 1926.
CHABAUD. *Th. de Paris*, 1925; — *Revue de la tuberculose*, août 1925.
COULAUD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 mai 1925.
COURMONT. *Lyon méd.*, 11 juillet 1926.
ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 déc. 1927.
GAUTIER (P.). *Ve Congrès des pédiatres de langue française*, 1927.
HERVÉ. *Paris méd.*, 29 juillet 1922; — *Soc. de méd. de Paris*, 1926.
RIST, COULAUD et CHABAUD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 déc. 1925.
ROUAIS. *Th. de Paris*, 1926.
SERGENT. *Paris méd.*, 2 janv. 1926.
TAPIE. *Toulouse méd.*, 15 juin 1926.
TOBÉ et TERRASSE. *Presse méd.*, 24 avril 1926; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 juin 1926; — *Revue de la tuberculose*.
BAUDRY. *Th. de Lille*, janv. 1928.
Nous n'avons pu prendre communication de la thèse de TERRASSE.

A PROPOS D'UN CAS DE CANINE SURNUMÉRAIRE INCLUSE

Par CH. LEFEBVRE (de Toulouse).

Si l'existence des dents incluses est connue au point de vue anatomique, il n'en est pas toujours de même de leurs manifestations cliniques.

Les troubles qu'elles sont susceptibles de provoquer appartiennent à deux processus pathologiques, soit l'infection, soit la néoplasie. Les dents incluses suivent donc ainsi les règles nosologiques des affections de l'appareil dentaire en général. Mais ce qui différencie les accidents occasionnés par les premières c'est l'atypie de certains symptômes, en l'espèce et surtout la localisation inaccoutumée des lésions. Si les revues traitant de l'art dentaire renferment des exemples de dents incluses, il n'en est pas de même des traités de pathologie chirurgicale qui sont presque tous à peu près muets sur la question. Cependant les chirurgiens ont dû avoir à traiter de tels accidents, mais à part quelques-uns ils ont laissé leurs observations dormir dans leurs cartons.

Notre intention est de signaler aux chirurgiens ces cas, tout de même assez peu fréquents et pour cela nous commencerons par verser au débat le cas suivant observé il y a quelques mois.

OBSERVATION. — Un jeune homme de dix-neuf ans nous est amené pour une fistule persistante située en regard du bord inférieur de la mâchoire inférieure, à droite, à la hauteur de la canine correspondante. Cette fistule s'est établie après quelques alternatives de cicatrisation, il y a cinq mois environ; elle fut consécutive à des accidents inflammatoires locaux, à un abcès ayant évolué, semble-t-il, rapidement vers l'ouverture spontanée.

Le malade ne confia son cas à personne d'autre qu'à son curé, ancien infirmier, qui lui conseilla une thérapeutique des plus simples tout d'abord, mais ensuite l'invita fortement à voir un homme de l'art.

La fistule, punctiforme, siégeait au fond d'une dépression des tissus mous circonvoisins; un petit bourgeon rougeâtre émergeait de l'orifice. Un stylet fin introduit dans le trajet se dirigeait assez aisément, en haut et en dedans vers la branche horizontale du maxillaire inférieur et butait bientôt à 1 centimètre et demi environ sur un corps très dur, donnant l'impression qu'il s'agissait d'une partie dentaire. L'emplacement de la pointe du stylet laissait présumer que la dent responsable était la canine inférieure droite; cette dent, en effet, tremblait légèrement et il semblait que le choc du stylet se transmettait à elle; la portion de la canine, ainsi supposée cause des accidents, aurait été vraisemblablement les environs de la pointe de la racine. Mais, fait curieux et notable à retenir, le patient était porteur d'une dentition presque parfaite, sans grosses lésions de carie et cela particulièrement au niveau des dents inférieures droites; la canine incriminée ne présentait pour son compte aucune trace d'altérations de sa portion visible. Ceci nous encouragea au lieu de l'ablation pure et simple de la dent suspecte, ce qui suffit parfois à guérir des accidents analogues, à nous adresser directement au trajet fistuleux et à suivre la voie indiquée par notre stylet.

C'est ce que nous fîmes quelques jours après sous anesthésie générale à l'éther (sondes de Nélaton dans les fosses nasales et insufflation de vapeur d'éther à l'aide du flacon et de la soufflerie du thermocautère). Une incision aussi courte que possible, de façon à ne pas défigurer davantage notre malade, nous conduisit rapidement sur la surface externe du maxillaire, à mi-hauteur entre ses deux bords; là une petite perte de substance de l'os nous montra une partie blanchâtre, d'aspect brillant comme celui d'une couronne normale. L'orifice osseux agrandi, notre étonnement commença à se donner carrière; nous avions sous les yeux un corps allongé dans le grand sens du maxillaire inférieur ressemblant à une partie dentaire qui ne pouvait appartenir à une dent sortie normalement, laquelle se serait montrée perpendiculaire au grand sens de l'os. Agrandissant peu à peu la brèche osseuse, dans des proportions tout à fait inattendues, nous mîmes à découvert une dent superbe, intacte, longue, à une seule racine. L'extraction en fut dès lors très aisée (fig. 1).

Cette dent occupait une loge irrégulière, entourée de fongosités; fait remarquable, une seule racine des dents normales se trouvait à découvert dans la loge osseuse et c'était celle de la canine normale, ce qui expliquait la transmission du choc du stylet.

L'intervention fut rapidement terminée par un curettage de

la loge osseuse, sa désinfection, par la toilette des parties molles, par la fermeture partielle de la plaie opératoire. Les suites furent très heureuses, puisque la mèche de sûreté fut enlevée le deuxième jour et que la cicatrisation fut complète en quinze jours.



FIG. 1. — *Emplacement de la canine incluse* (schématique).

Le malade, revu ces jours derniers, est resté parfaitement guéri, et sa dentition, en ce qui concerne les dents inférieures droites et plus spécialement la canine correspondante, est en parfait état de conservation.

La dent surnuméraire extraite répond au type canine (fig. 2), elle est légèrement plus longue que d'habitude, ses dimensions sont :

Longueur totale, 32 millimètres.

Longueur de la couronne, 11 millimètres.

Longueur de la racine, 21 millimètres.

A noter la longueur proportionnelle supérieure à la normale de la racine qui contribue pour la plus grande part à la longueur atypique de la dent.



FIG. 2. — *Canine incluse* (grandeur naturelle).

La face labiale est convexe dans tous les sens, et une crête mousse longitudinale l'occupe jusqu'à la ligne gingivale, la face linguale est concave dans tous ses diamètres. Le bord tranchant forme un angle dont le côté droit est un peu plus long que le côté gauche, la pointe étant ainsi rapportée vers la gauche.

La racine est conique, légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur et son axe est à peine sinueux, la pointe se levant un peu vers la gauche.

Cette description ne permet guère de doutes sur l'authenticité de cette dent; il s'agit bien d'une canine; nous n'avons pas jugé utile d'ouvrir la dent pour nous rendre compte de l'état du canal radiculaire et de la chambre pulpaire.

Si nous nous sommes attardés à préciser ces caractères anatomiques c'est qu'ils sont indispensables pour justifier la rareté du cas, comme nous l'établirons un peu plus loin.

Parmi les anomalies du système dentaire qu'étudie Magitot, celles que nous avons à retenir ici portent sur le siège (hétérotopie) et sur le nombre (dent surnuméraire). Dans les anomalies de siège les seules qui nous intéressent sont les hétérotopies internes ou dents incluses.

Les dents qui sont le plus souvent déplacées sont justement les canines, surtout les supérieures que l'on a retrouvées dans la fosse canine, le fond du vestibule buccal, la voûte palatine, le sinus maxillaire, le vomer, le sphénoïde, le bord orbitaire, la molaire. Cette canine prend souvent une direction oblique ou même horizontale. Jusqu'ici donc notre cas paraîtrait assez banal, au point de vue pathogénique et embryologique.

Mais là où il acquiert un autre titre à notre curiosité c'est par son caractère de dent surnuméraire.

Voici en effet ce qui se passe le plus souvent, d'après Magitot. Les anomalies par augmentation de nombre se trouvent plus souvent au maxillaire supérieur pour des incisives et des molaires (nous signalerons tout à l'heure pourquoi); l'auteur écrit qu'il ne connaît aucun exemple de canine surnuméraire.

Ce qui rend assez souvent le diagnostic du type dentaire atypique, ce sont les déformations importantes que présente parfois la dent anormale qui remonte au type régressif de la dent conique.

Notre cas nous paraît cependant du type canine et cela assez nettement.

Il est donc d'une très grande rareté, et cela contribue à le rendre plus digne d'intérêt.

Si, pour être complet et satisfaire la curiosité scientifique du lecteur, nous ajoutons que ces anomalies par excès de nombre ont manifestement un caractère régressif, qu'elles portent sur les dents qui sont déjà normalement en plus grand nombre (molaires, incisives), que la pathogénie peut s'expliquer selon Magitot par augmentation de nombre des cordons épithéliaux ou plutôt avec Kollmann par des prolongements anormaux venus du col de l'organe de l'émail, nous aurons succinctement posé les problèmes pathogéniques que soulèvent de telles malformations.

Autrement digne d'intérêt se pose pour nous la raison clinique.

Les dents ainsi déplacées, qu'elles soient surnuméraires ou non, peuvent être la cause des processus pathologiques suivants : ou bien, très rarement toutefois, elles peuvent provoquer par leur masse même des troubles de compression, surtout quand les germes dentaires se trouvent être en nombre élevé (cas de de Lapersonne, Veltes et Frelat); ou bien elles sont le point de départ de néoplasies, kystes ou odontomes, fait tout à fait comparable aux néoplasies d'autres organes en ectopie, le testicule par exemple; ou bien elles constituent une sorte de lieu de moindre résistance, où des accidents d'abord purement mécaniques font pour ainsi dire appel à l'infection, tout comme ce qui se passe pour les dents de sagesse. Il s'ensuit une ostéo-périostite qui s'abcède et subit l'évolution clinique qu'il est aisé de comprendre. C'est là la complication la plus fréquemment rencontrée dans leur évolution.

Cliniquement, il faudra penser aux possibilités d'accidents par dents incluses dans les diverses modifications pathologiques des mâchoires; nous avons signalé leurs emplacements de prédilection qui se trouvent en général au voisinage des racines des dents normales, le plus souvent en dehors, mais quelquefois fort loin, jusque dans l'orbite (cas de de Lapersonne, fig. 3).

Le diagnostic est loin d'être inaccessible, la plus grande difficulté résidant dans l'inattention, l'oubli du fait; il suffira de penser à la chose pour faire

effectuer la recherche qui, seule, peut lever les doutes, nous voulons parler de la radiographie.



FIG. 3. — *Dents surnuméraires développées dans l'orbite* (d'après de Lapersonne).

Nous l'avons omise dans notre cas, ayant pensé à une fistule banale; nous le regrettons doublement car nous aurions pu rechercher chez notre malade la bilatéralité, la symétrie possible ou même l'existence d'autres anomalies de nombre ou d'emplacement.

Nous ne nous attarderons pas à discuter les indications thérapeutiques ni à décrire des techniques opératoires. Tout cela coule de source : qu'il s'agisse de tumeurs, qu'il s'agisse d'infection surtout, la seule conduite à tenir est l'ablation de la dent cause des accidents et cela suivant la technique appropriée à chaque cas.

BIBLIOGRAPHIE

Les revues de stomatologie et de dentisterie publient de temps à autre des cas d'accidents dus à des dents incluses. Nous ne rapporterons ici que quelques-unes des indications bibliographiques :

CHAPMANN. Furst upper permanent Molar pastielly impacted, *Intern. Journ. orthod.*, 1923, t. IX, p. 330.

CHARRON. Troubles consécutifs à l'infection des dents incluses, *Union méd. du Canada*, mars 1925, vol. LIV, n° 3.

DAMBRIN et NUX. Canine incluse dans le maxillaire inférieur, *Soc. de chir. de Toulouse*, 26 mars 1927; in *Arch. franco-belges de chir.*, 3 mars 1927.

GROSS. Impacted maxillary canines, *Dental Cosmos*, 1922, t. XIV, p. 632.

GAMALEIA et MARTZEL. A propos d'un cas de dent incluse, *Revue méd. de l'Est*, 1924, p. 457.

IAMB. Imspacted lower canine, *Brit. dent. Journ.*, 1922, t. XXXIII.

LEMIEUX. Un cas d'inclusion dentaire, *Union méd. du Canada*, sept. 1923, vol. LII.

LAPERSONNE (DE). Dents surnuméraires développées dans l'orbite, *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 22 fév. 1921, t. XXV, n° 8.

LAVRAND. Dent incluse dans le palais, *Journ. des sciences méd. de Lille*, 17 juillet 1921, t. XXXIX, n° 29.

MOURE. Molaire implantée dans la paroi orbitaire du sinus maxillaire gauche, *Mém. de la Soc. de chir. de Bordeaux*, 1901, p. 49.

MAGITOT. *Traité des anomalies dentaires.*

MAUREL. Les accidents des dents incluses de la voûte palatine, *Journ. de méd. de Paris*, 21 juillet 1927.

MANSELL. Left maxillary canine impated, *Brit. dent. Journ.*, 1903, t. XXIV, p. 818.

RÉAL et VILLANDRE. Accidents de dents incluses, *Paris chir.*, 1921, t. XIII, p. 127.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1928)

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. MAISONNET (rapport de M. BAUMGARTNER) a observé chez un blessé un cas de disjonction de la symphyse pubienne compliqué de fracture irréductible du fémur; accidents pulmonaires; ostéosynthèse du fémur sans intervention pour la disjonction. Excellent résultat.

Invagination chronique. — M. CADENAT fait un rapport sur une observation envoyée par M. KARAJANOPOULOS (d'Athènes) d'invagination chronique due à un polype; résection iléo-cæcale, guérison.

Surrénalectomie dans les artérites oblitérantes. — M. CADENAT, à propos d'un cas opéré par M. KARAJANOPOULOS, en rapporte deux autres qui lui sont personnels, et étudie la valeur de la surrénalectomie dans les artérites oblitérantes; les résultats de cette opération semblent à l'heure actuelle encore inconstants.

Contusion de l'artère fémorale. — M. MATRY (de Fontainebleau) a observé un cas de contusion de l'artère fémorale après traumatisme grave : artériotomie, ablation d'un caillot, rétablissement de la circulation; ostéosynthèse du fémur; bon résultat fonctionnel.

M. MOURE demande si le rétablissement de la circulation dans l'artère n'est pas dû surtout à l'hématome de voisinage qui comprimait le vaisseau.

Pancréatite aiguë hémorragique. — M. MOCQUOT fait un rapport sur une observation de M. MATRY qui, dans un cas de pancréatite aiguë hémorragique, fit une cholécystomie, un drainage de l'hiatus de Winslow et de la loge splénique. Guérison.

Fracture spontanée et métastase infectieuse après phlegmon de la main. — M. AUVRAY apporte une intéressante observation : chez un homme blessé à la main gauche, apparition d'un phlegmon qui est incisé; en même temps, injections de propidon; un mois après, apparition d'une tuméfaction au niveau de la cuisse, fracture spontanée du fémur, puis incision au niveau de la fracture d'une énorme collection suppurée; cachexie progressive et mort. C'est un cas d'ostéomyélite d'origine métastique avec fracture spontanée; ces cas sont assez rares et soulèvent en matière d'accidents du travail d'intéressants problèmes.

MM. MOURE, SAUVÉ et GRÉGOIRE ont vu des cas analogues.

Hernie épigastrique étranglée. — M. ZENO (de Santa-Fé) rapporte un cas très rare de hernie épiploïque épigastrique étranglée; guérison après intervention.

A propos des phlegmons des gaines. — M. MOURE insiste sur les dangers des infections des doigts et sur la rétraction des cicatrices cutanées; il conseille, pour prévenir les panaris, de faire précocement une petite excision du trajet infecté. Il insiste sur les inconvénients de l'addition d'adrénaline aux solutions anesthésiques.

M. Schwartz utilise l'adrénaline (x gouttes pour 100 gr.) et n'a jamais eu d'ennuis.

M. Dujarier n'emploie plus l'adrénaline; quant à M. Chevrier il la croit, comme M. Schwartz, indispensable à la qualité de l'anesthésie.

Election. — M. Robert Monod est élu membre titulaire.

(Séance du 25 avril 1928)

A propos du lipiodol intra-utérin. — M. Duval revient sur la question, étudiée par M. Béclère, des injections intra-utérines de lipiodol; cette technique n'est pas sans dangers et plusieurs cas de mort ont été rapportés en Allemagne; M. Duval estime que cette méthode doit être réservée à des cas très limités, et appliquée avec le plus grand soin.

A propos de la myomectomie (*fin de la discussion*). — M. Dujarier estime que cette opération ne présente pas plus de gravité que l'hystérectomie, mais qu'il ne faut la pratiquer que dans des cas bien déterminés et chez des femmes au-dessous de quarante ans.

M. Récamier rappelle que M. Tuffier et lui ont pratiqué cette opération chez une femme qui a pu mener à bien quatre grossesses par la suite.

Apoplexie traumatique tardive. — M. Auvray fait un rapport sur un cas d'apoplexie traumatique tardive observé par M. Fey chez un homme qui, deux mois après une chute sur le crâne, fit des accidents graves, douleurs, ralentissement du pouls, raideur de la nuque, puis coma; à l'opération, M. Fey, après craniectomie, trouva un hématome sous-dural sans lésions cérébrales. Le malade mourut, et à l'autopsie on conclut à une hémorragie en deux temps : une petite hémorragie au niveau du sinus latéral dont l'extension amena la mort.

M. Lenormant préférerait au terme d'apoplexie celui d'hémorragie intracranienne, sous-cranienne, sous-durale ou interstitielle.

Pour M. Mauclaire on pourrait appeler ces hémorragies tardives hémorragies retardées.

Rupture de salpingites suppurées dans la vessie. — M. Gouverneur (rapport de M. Hartmann) a observé deux cas de salpingites suppurées rompues dans la vessie; guérison très simple après hystérectomie.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. — M. Tanacesco (de Jassy) [rapport de M. Hartmann] présente l'observation d'une femme chez qui, à l'opération, il trouva après incision du cholédoque un liquide purulent et des hydatides indiquant un kyste intrahépatique qui ne put être trouvé qu'après une seconde intervention. Guérison.

M. Lapointe a vu un cas semblable et a guéri son malade par simple drainage du cholédoque sans trouver le kyste.

Ablation de la plaie d'inoculation au cours du tétanos déclaré. — M. Leclerc (de Dijon) [rapport de M. L. Bazy] a pu guérir une femme de cinquante ans, présentant un tétanos céphalique typique, par sérothérapie et excision de la plaie d'inoculation.

M. Ombrédanne a pendant la guerre, n'ayant pas de sérum, amputé plusieurs malades atteints de tétanos sans obtenir par ce seul traitement une seule guérison.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEURS MIXTES DE LA PAROTIDE [1]

EVOLUTION

A. **Elle peut rester indéfiniment bénigne.** — Elle grossit très lentement, restant stationnaire pendant de longues périodes, parfois définitivement.

Au bout de dix ou vingt ans elle a parfois un volume énorme.

Signes fonctionnels. — Ils sont *encore très frustes* :

Un peu de gêne à la mastication;

Un peu de compression du conduit auditif, mais pas de douleur, pas de paralysie faciale.

Signes physiques. — INSPECTION. — *Tumeur énorme.* — Elle a débordé largement la région parotidienne, vers la mâchoire, le sterno; *elle déplisse en haut le lobule de l'oreille* et s'en approprie la peau.

PALPATION. — Elle est irrégulière, bosselée.

Consistance variable : ici très dure; là ramollie, pseudo-fluctuante.

La peau est lisse, tendue, mais *ni adhérente, ni enflammée.*

Pas de ganglions carotidiens.

Toucher pharyngien : souvent un prolongement. A cette période plus qu'à toute autre il faut redouter :

B. **La dégénérescence maligne.** — C'est cette dégénérescence qui constitue les plus fréquents des cancers de la parotide. Il peut s'agir dans quelques cas d'une tumeur mixte assez petite pour avoir passé jusque-là inaperçue.

La dégénérescence maligne est annoncée par :

DES DOULEURS SPONTANÉES souvent très vives, névralgiques, irradiant à la face et au cou.

L'AUGMENTATION RAPIDE DU VOLUME de la tumeur qui, souvent, prend un aspect inflammatoire.

UNE PARALYSIE FACIALE périphérique.

Signes physiques. — La tumeur est énorme, bosselée, inégale.

La peau est rouge, violacée, adhérente.

PALPATION. — La tumeur est très *inégale* dans sa consistance.

Fixée dans la loge.

Parfois une adénopathie carotidienne (manque souvent).

Terminaison. — Bientôt la *peau s'ulcère*. La tumeur peut prendre un aspect encéphaloïde. Elle entraîne souvent :

La compression de la jugulaire;

La paralysie du spinal.

L'ulcération des vaisseaux qui peut amener la mort.

Les métastases sont rares.

En général la mort survient par cachexie en quelques mois.

FORMES CLINIQUES

a. **Formes évolutives.** — Il est des tumeurs mixtes qui restent indéfiniment au stade de bénignité et de petit volume.

b. **Récidives.** — Après l'intervention on voit parfois des récidives : soit bénignes, nécessitant une nouvelle ablation; soit malignes.

c. **Formes de localisation.** — Tumeurs :

Du prolongement pharyngien (toucher pharyngien);

Du pôle inférieur;

Du prolongement antérieur qui peuvent être complètement isolées.

DIAGNOSTIC

1. **Au début** il faut écarter :

Un **kyste sébacé** : diagnostic souvent difficile. Il est mobile, sous-cutané, moins dur.

Une *adénite chronique* pétragienne. Elle est moins dure aussi. L'adénite tuberculeuse évolue assez vite vers le ramollissement.

Un *lipome superficiel*. Il est plus mou.

2. **A la période d'état,** on diagnostique plus facilement les lipomes, le kyste sébacé, le lymphangiome kystique; l'ostéosarcome du maxillaire fait corps avec l'os.

Les *parotidites chroniques* sont bilatérales le plus souvent. Il faut chercher leur cause toxique ou infectieuse.

Les *autres tumeurs* de la parotide : gomme syphilitique, kyste salivaire, sarcome primitif, sont des raretés.

3. **Quand la tumeur est volumineuse** le diagnostic est évident. Mais le diagnostic entre tumeur bénigne volumineuse et tumeur dégénérée se fait par :

Les douleurs spontanées;

La paralysie faciale;

La rapidité de l'évolution.

Le cancer primitif est classiquement très rare. Il ne serait cependant pas exceptionnel (Lecène). Seul il s'accompagnerait de ganglions carotidiens.

4. **Diagnostic des localisations anormales.** — Une tumeur mixte du pôle inférieur est à diagnostiquer :

D'une tumeur mixte de la sous-maxillaire (toucher buccal);

D'une adénopathie sous-maxillaire;

D'un branchiome.

Une tumeur du prolongement pharyngien est souvent très difficile à diagnostiquer des tumeurs du pharynx.

TRAITEMENT

Traitement chirurgical aussitôt le diagnostic fait.

Enlever toute la tumeur.

Respecter la glande et le facial.

Si la **tumeur est volumineuse** ou dans certaines récidives il faut d'abord lier la carotide externe puis vider le creux parotidien en s'efforçant de garder au moins la branche supérieure du facial (technique de Duval).

Les **tumeurs dégénérées** sont difficilement extirpables et la récidive fatale. La radiothérapie n'a pas donné de résultats encourageants.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 36, p. 654.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire thérapeutique [14e édit.] (1), par MM. G. LYON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, et P. LOISEAU, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie, lauréat des hôpitaux, avec la collaboration de L. DELHERM et Paul-Emile LÉVY, anciens internes des hôpitaux de Paris.

Cette nouvelle édition a été entièrement remise à jour et elle est au courant des derniers progrès de la thérapeutique. Bien que comprenant 100 pages de texte de plus que la précédente, tirée sur un papier très mince, elle constitue un véritable formulaire de poche.

Les modifications et additions de cette nouvelle édition concernent principalement les chapitres suivants : formulaire magistral, opothérapie, sérothérapie, régimes, électrothérapie, radiothérapie, photothérapie, radiumthérapie, climatothérapie, aérothérapie, pneumothérapie, thermothérapie, eaux minérales, documents d'analyse biologique, memento thérapeutique.

L. G.

(1) Un volume de 955 + CLXIX pages tiré sur véritable papier indien relié toile souple. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 39. — SAMEDI 12 MAI 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 12 MAI 1928. — N° 39.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Sont nommés : MM. Nicaud, Boulin et Mouquin.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai. — MM. Oberlin, 17; Maurer, 16; Soupault, 18.

Séance du 9 mai. — MM. Pascalis, 18; Michon et Wilmoth, 19.

— Concours de stomatologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. L'Hirondel, Pitsch, qui acceptent; Lemerle, Rodier, Chompret, Fieminge, Bréchot, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de radiologiste des hôpitaux. — Le jury est définitiveement composé de MM. Guilbert, Labey, Bourguignon, Cottenot, Haret, Léri, Touraine.

— Concours pour les prix a décerner aux élèves externes en médecine (année 1928) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 5 janvier 1929. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 27 juin 1928, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 h. à 17 h., depuis le mercredi 30 mai jusqu'au mercredi 13 juin 1928 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

TOMBOLA DU IXe SALON DES MÉDECINS. — Le dimanche 29 avril dernier, à 4 heures de l'après-midi, a été tirée, au Salon des médecins, au cercle de la Librairie, sous la présidence de M. le docteur Siredey, de l'Académie de médecine, la tombola organisée au profit de la Société de secours-mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins.

Quatre roues Fichet animées par les mains innocentes de quatre charmantes jeunes filles : Mlle Ninon-Marcel Labbé, Mlle Margain, Mlles Veillard, représentaient en l'espèce la fortune dispensatrice d'une soixantaine de lots d'autant plus précieux qu'ils étaient constitués par autant d'œuvres de confrères artistes en ayant fait généreusement don.

A cette aimable fête de famille assistaient nombre de gracieuses femmes, au premier rang desquelles il nous faut citer les dames patronesses de l'œuvre qui pendant la durée du Salon se sont transmuées en autant de vendeuses de billets, aussi persévérantes que perspicaces : Mmes Jayle, Marcel Labbé, Margain, Thoinot, Veillard, qu'entouraient de nombreuses femmes et filles de confrères. Parmi ceux-ci venus également très nombreux, nous avons reconnu avec plaisir : M. le professeur Hayem, de l'Académie de médecine, président du Salon des médecins; MM. les professeurs Grimbert, de l'Académie et Tassilly, nos aimables confrères Watelet, le si dévoué secrétaire général de l'œuvre; Antoine, Foveau de Courmelles, Kolb, Peraire, etc...

Quand la roue de la fortune eut enfin accompli ses soixante et quelques tours, M. le docteur Siredey en quelques mots plein de cœur et de bonhomie remercia tous ceux qui avaient collaboré à la réussite de cette tombola dont l'actif dépasse neuf mille francs, à savoir : d'abord les dames patronesses, le secrétaire général de l'œuvre et enfin le docteur Paul Rabier, l'organisateur du Salon qui s'était chargé du recrutement et de l'installation des lots.

Ci-dessous la liste des numéros gagnants :

38, 94, 137, 185, 187, 189, 197, 203, 298, 343, 373, 385, 398, 461, 491, 500, 504, 551, 620, 638, 724, 846, 878, 910, 951, 1007, 1019, 1038, 1064, 1156, 1204, 1208, 1328, 1341, 1345, 1359, 1435, 1474, 1500, 1538, 1561, 1571, 1580, 1584, 1628, 1679, 1682, 1694, 1708, 1719, 1724, 1823, 1872, 1882, 1915, 1930, 1938, 2010, 2038.

Les heureux gagnants sont priés pour retirer leurs lots de s'adresser au docteur Abel Watelet, 21, rue Violet, Paris (15e).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Bardin (de Beaumont-du-Gatinais), Chabaud (à Cannes), Marqueyrole, conseiller général de l'Ardèche, et Mlle Emilie Kouindjy, docteur en médecine.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de laboratoire.* — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie sera fait à partir du 30 mai, par M. le docteur Renard, chef de laboratoire à la Clinique ophtalmologique de la Faculté (Hôtel-Dieu).

Ce cours comprendra deux séries de six leçons suivies d'exercices pratiques, aux cours desquels les élèves seront appelés à faire eux-mêmes toutes les manipulations de laboratoire.

Droit de laboratoire pour chacune des deux séries : 175 fr.

Le nombre d'auditeurs étant limité, il est bon de s'inscrire à l'avance au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., ou à la salle Béclard, tous les jours non fériés, de 9 h. à 11 h. et de 14 h. à 17 h.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours supplémentaire d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par MM. les docteurs Raymond Leibovici et Jean Meillère, prosecteurs, commencera le lundi 14 mai 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— La conférence sur la chirurgie des voies urinaires, qui devait être faite le 14 mai prochain, à l'amphithéâtre d'anatomie, par M. le docteur Marion, est ajournée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 14 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Petit et Panisset. — M. DELOULME. Les droits des vétérinaires en inspection des viandes.

Vendredi 18 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président; Le Lorier, Lévy-Solal et Lereboullet. — Mlle BUCSAN. Contribution à l'étude du traitement obstétrical chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — M. KUBORNU. Quelques cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. — Mme LEBLOND-DRAMEZ. Contribution à l'étude du torticolis congénital.

Samedi 19 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeannin, président; Mousu et Robin. — M. LEFEBVRE. Du renversement de l'utérus chez la vache. Son traitement.

CHRONIQUE

OUVERTURE DES ÉTATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU CLIMATISME

Sur l'initiative de la Fédération thermale et climatique que préside le docteur Moncorgé et dont le secrétaire général est le docteur Janot, les Etats généraux du thermalisme et du climatisme ont tenu mercredi leur première assemblée dans la salle des Ingénieurs civils, à Paris.

On connaît le but poursuivi par ses organisateurs, il consiste à coordonner les efforts de tous ceux qui s'occupent de nos stations françaises : médecins, municipalités, hôteliers, syndicats d'initiative, en vue d'assurer la prospérité matérielle et morale de ces stations si peu soutenues par l'Etat. Leurs efforts porteront surtout sur la propagande qui doit être intensifiée pour nous défendre contre la concurrence étrangère et trop souvent contre les calomnies.

La séance inaugurale était présidée par M. Bouju, préfet de la Seine, ayant à ses côtés M. Moncorgé, président effectif; M. Delsol, président du Conseil municipal; M. Maringer, président de la Commission permanente des stations thermales et climatiques; le président Tissier, M. le professeur Desgrez, de l'Institut d'hydrologie; M. Féré, président de la Compagnie fermière de Vichy; le médecin-colonel Gay-Bonnet, représentant le ministre de la Guerre; M. de Piessac, représentant le ministre de l'Hygiène; MM. les professeurs Villaret, Carnot; Piéry (de Lyon), M. André Léri, M. Janot, M. Maurice Bernard, président de la Chambre syndicale des eaux minérales; M. Paul, président de la Conférence des directeurs des grands réseaux, les docteurs Baudouin et R. Durand-Fardel, etc.

M. Bouju ouvrit les Etats généraux en une improvisation pleine d'esprit, M. Moncorgé exposa ensuite le but poursuivi par la Fédération et la nécessité d'adopter une politique thermale.

M. Flurin, maire de Cauterets, développa ensuite son rapport sur les *modifications urgentes à envisager dans la législation actuelle des eaux minérales.*

Ce rapport donna lieu à une vive discussion que M. Bouju dirigea avec une autorité très remarquée.

MM. Maringer, Rivet (Allevard), Maurice Bernard, Milliès Lacroix (Dax), le maire de Biarritz, le maire d'Enghien, l'adjoint au maire de Vichy, M. Jean Bouloumié (Vittel) prirent successivement la parole.

— M. Menabrea exposa ensuite son rapport sur *la situation des hôteliers dans les villes d'eaux et du tourisme* et démontra que l'hôtellerie française n'était inférieure en rien à celle des stations étrangères.

Enfin M. Piquet montra l'*importance des casinos* pour distraire les malades et leurs familles.

Avant d'aborder le compte rendu des débats, constatons le succès obtenu par les organisateurs et l'intérêt très grand des questions mises à l'ordre du jour. L. G.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REMPLACEMENT. — Veuve médecin demande jeune médecin pouvant assurer clientèle jusqu'à la fin des études médicales de son fils. — Ecrire Mme Drain, 7, rue Jean-Jaurès, à Saint-Quentin (Aisne).

REVUE GÉNÉRALE

LES DIVERS TYPES CLINIQUES DE CLONUS DU PIED

LEURS CARACTÈRES DISTINCTIFS ET LEUR VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE (1)

Par MM. A. ROUQUIER et R. DARRÉ.

3° **Le clonus pallido-nigérien.** — La séméiologie du système moteur extrapyramidal ou plus exactement des systèmes moteurs extrapyramidaux se précise chaque jour davantage, depuis que la récente épidémie d'encéphalite, en multipliant ses atteintes, a permis d'en opposer les troubles à ceux qui dérivent d'une lésion pyramidale.

Le clonus du pied se rencontre assez rarement chez les parkinsoniens. Le faux clonus ou tremblement parkinsonien, mouvement de pédale intéressant le pied, est un phénomène banal chez les parkinsoniens séniles présentant, au niveau des extrémités, un tremblement dystasique ou de repos. Ce « faux clonus parkinsonien » a été bien étudié par MM. Foix et Thévenard qui ont, dans ce but, utilisé l'électromyographie (12). Le faux clonus n'est en somme que le tremblement parkinsonien du pied, observé dans certaines conditions, lorsqu'il « donne à la jambe appuyée sur le sol par la pointe du pied un mouvement de pédale ». La courbe électrique de ce faux clonus se montre nettement différente de celle du clonus hémiplégique, lorsque le tremblement se développe dans toute son amplitude. « Elle se signale en effet par l'amplitude plus considérable et le plus grand nombre des accidents. Par contre, si l'on restreint l'amplitude du déplacement en appuyant plus ou moins énergiquement sur le genou, on parvient à obtenir des courbes qu'il semble bien impossible de distinguer de celles du clonus hémiplégique ». Mais le faux clonus ne peut être, dans la majorité des cas, obtenu dans la position habituelle de recherche de la trépidation épileptoïde, le sujet étant placé dans le décubitus dorsal, la jambe légèrement fléchie sur la cuisse. Tout au plus, obtient-on, dans des conditions analogues, quelques rares secousses qui s'épuisent bientôt.

Dans son remarquable rapport sur les syndromes parkinsoniens, M. Souques a donc pu dire qu'il n'existe pas de trépidation épileptoïde chez les parkinsoniens (13). Cependant, M. Magalhaes Lemos a mis en évidence la réalité de ce clonus chez un malade, après injection de scopolamine, mais ce sujet présentait de légers signes d'irritation pyramidale. MM. Froment et Delore, interprétant d'une façon différente l'action de l'hyoscine qui agirait, d'après eux, en excitant l'activité des muscles méiopragiques, ont trouvé, après injection de ce médicament chez plusieurs de leurs malades parkinsoniens, une trépidation épileptoïde qui n'existait pas auparavant (14). M. Delmas-Marsalet a fait des constatations analogues. « Lorsqu'on soumet, dit-il, certains parkinsoniens à l'injection d'une forte dose de scopolamine ($1^{mmg}25$) on voit apparaître de la trépidation épileptoïde, au moment même où les réflexes de posture sont abolis (15). » Il croit que la scopolamine rend évidentes les lésions pyramidales latentes de certains parkinsoniens. Peut-être commet-il l'erreur de supposer que le clonus du pied peut être considéré, à lui seul, comme pathognomonique d'une lésion pyramidale, ce qui est incontestablement inexact. Il ne semble pas, d'autre part, que, chez ces malades, après la scopolamine, on ait pu observer d'autres signes caractéristiques d'une perturbation pyramidale, tels que l'extension du gros orteil ou des réflexes de défense. Ceux-ci, tout au moins le signe de Babinski, ont pu être rencontrés, avons-nous dit, avec le clonus du pied chez des malades présentant l'association de lésions pyramidales et d'un syndrome parkinsonien.

En collaboration avec D. Couretas (10), l'un de nous a étudié un cas typique de clonus du pied d'origine striée ou pallido-nigérienne, chez un sujet qui ne présentait absolument aucun signe de perturbation pyramidale et dont la symptomatologie était celle d'un syndrome parkinsonien à forme monoplégique, intéressant le membre inférieur droit. Ce dernier ressemblait absolument au clonus d'origine pyramidale typique. Pratiquement inépuisable, comme lui, il s'en distinguait par une grosse exagération du réflexe de posture du jambier antérieur, coexistant avec une légère bradykinésie et une légère hypertonie des muscles du pied et de la jambe. D'autre part, le clonus ne pouvait être inhibé par le réflexe de défense à point de départ cutané, absent chez ce malade. Il est intéressant de retenir que l'injection hypodermique d'un demi-milligramme de chlorhydrate de scopolamine a amené, au bout de vingt minutes, la disparition de l'hypertonie des muscles de la jambe et du pied avec celle des réflexes de posture et du clonus lui-même : l'hypertonie et la bradykinésie étaient d'ailleurs minimes. Nous avons ultérieurement relaté les observations de deux sujets atteints de syndrome parkinsonien à forme hémiplégique qui présentaient, du côté malade, un clonus du pied ressemblant beaucoup au clonus pyramidal vrai (9). Les oscillations du pied étaient constantes, régulières, de même amplitude; elles étaient provoquées par la contraction isolée du muscle soléaire, sans participation des jumeaux et sans que le malade s'oppose au mouvement de flexion dorsale que l'on veut imprimer à son pied. Elles persistaient quand le sujet se trouvait placé dans le décubitus ventral, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse. Elles n'étaient pas inhibées par le pincement et la torsion de la peau de la face interne de la jambe, au niveau du tiers inférieur, qui ne provoquaient pas d'ailleurs le réflexe de défense. D'autre part, le réflexe de posture du jambier antérieur était nettement exagéré du côté où se rencontrait le clonus. L'examen ne décelait, chez nos malades, aucun signe de perturbation du système pyramidal.

Ce clonus du pied, d'origine striée ou si l'on pré-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 37, p. 661.

fère pallido-nigérienne, a été retrouvé, par la plupart des neurologistes, dans les formes hémiplégiques ou monoplégiques des syndromes parkinsoniens. Il est à remarquer que l'exagération des réflexes de posture est inconstante chez les parkinsoniens, de même que l'inhibition du clonus par le réflexe cutané de défense peut manquer chez les pyramidaux.

Enfin, il existe des formes de passage chez les parkinsoniens entre le clonus typique dont nous venons de parler et le faux clonus qui ressemble à s'y méprendre au clonus psychonévrosique. Ces formes de passage sont identiques à celles qu'on peut observer entre le clonus pyramidal vrai et le faux clonus, chez les pyramidaux dont la lésion du système moteur principal est peu importante.

Voici comment, à notre avis, on peut interpréter les résultats différents observés par MM. Froment et Delore d'une part, M. Delmas-Marsalet de l'autre et nous-mêmes au sujet de l'action de la scopolamine sur le clonus du pied chez les parkinsoniens. Celui-ci, nous le répétons, primitif, a été observé dans les formes monoplégiques ou hémiplégiques s'accompagnant d'une hypertonie minime, que la scopolamine a pu faire complètement disparaître, ainsi que l'exagération du réflexe de posture du jambier antérieur. Quand la rigidité parkinsonienne est très accentuée et que le tremblement ou mouvement de pédale du pied, dont nous avons parlé, ne peuvent être mis en cause, indépendamment de toute lésion pyramidale, une dose élevée de scopolamine peut, en diminuant la rigidité, placer le malade dans la situation des premiers, et rendre alors apparent un clonus que la rigidité accentuée empêchait de se manifester. Il existe, enfin, incontestablement, chez certains sujets, des lésions associées du système extrapyramidal et du système pyramidal, dont le clonus du pied est un important symptôme.

4° **Le clonus d'origine périphérique.** — Il a été surtout étudié pendant la guerre. La première observation est celle de M. Souques (16). Il a été retrouvé, presque au même moment par Alquier et Hagelstein (16). Enfin, M. Sollier (7) en a lui-même rapporté des observations. Ce clonus s'observe dans le cas de lésions traumatiques des muscles de la loge postérieure de la jambe, amenant leur raccourcissement important, par rétraction cicatricielle. Il est nécessaire, comme le fait remarquer M. Souques, pour qu'il se produise, que l'équilibre statique et dynamique du pied soit modifié de la sorte. Exceptionnellement, le clonus d'origine périphérique peut, dit M. Souques, revêtir tous les caractères du clonus pyramidal. C'est-à-dire qu'il est régulier, inépuisable ou prolongé. M. Souques ne dit pas s'il est dû, dans ce cas, à la seule contraction du muscle soléaire, ni s'il persiste dans la position décrite par MM. Guillain et Barré. Il est logique de supposer que les oscillations du pied ne sont pas inhibées par le réflexe cutané de défense qui, *a priori*, ne doit pas exister chez les malades ne présentant aucune perturbation pyramidale.

Le plus souvent, ce clonus d'origine périphérique se rapproche du faux clonus ou clonus psychonévrosique plus que du clonus pyramidal typique. Il est ébauché, irrégulier, inconstant, et provoqué par la contraction globale du triceps sural. Nous le connaissons personnellement très mal, notre attention n'ayant pas été attirée pendant la guerre, sur son étude. D'autre part, les observations qui en ont été publiées sont peu nombreuses et n'ont pas toutes été très minutieusement étudiées. Il nous semble cependant logique de supposer qu'ici comme ailleurs, quand une lésion cicatricielle amène le raccourcissement plus ou moins accentué des extenseurs du pied, on peut, selon les cas, observer un clonus ébauché, analogue au faux clonus psychonévrosique, ou, plus rarement, un vrai clonus offrant tous les caractères du clonus pyramidal. Comme le dit M. Pereira (17) « les différences rencontrées entre les divers types de clonus ne sont que des différences quantitatives, dues aux conditions de réflectivité actuelle de la moelle, aux manœuvres employées par production des réflexes, à l'état de nutrition des muscles, etc., plutôt qu'à des différences incontestablement qualitatives. »

Le clonus du pied n'a pas, à notre connaissance, été signalé par MM. Babinski et Froment, dans leur étude des contractures réflexes ou physiopathiques intéressant le membre inférieur. Mais il l'a été par M. Sollier (7). Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas chez des malades présentant des contractures de cette origine, avec hyperexcitabilité idiomusculaire, diminution de l'indice oscillométrique, hypoesthésie à tous les modes au niveau du pied. Ce clonus ressemblait plus à un clonus d'origine fonctionnelle ou psychonévrosique qu'au clonus pyramidal typique.

5° **Les formes de passage ou formes atypiques.** — Tels sont les caractères des principaux types cliniques de clonus du pied. Il est incontestable qu'entre le clonus pyramidal typique, ou vrai clonus, d'une part, et le clonus non pyramidal ou faux, il existe des différences extrêmement nettes. Entre ces types opposés, il y a cependant, des formes intermédiaires. Nous en avons déjà dit un mot à propos des divers clonus d'origine extrapyramidale qu'on peut observer chez des parkinsoniens, ou du clonus d'origine périphérique.

A. Le clonus psychonévrosique peut, dans certains cas, se rapprocher du clonus pyramidal. On peut, chez certains sujets névropathes, quand il est très net, observer quelques oscillations dans la position décrite par MM. Guillain et Barré. Elles sont alors déterminées par la contraction globale des muscles du mollet, mais on a l'impression que les jumeaux y participent moins que le soléaire. Il faut, pour que le clonus se manifeste dans cette position ou le sujet est placé dans le décubitus dorsal, ébranler fortement le pied porté avec force en flexion dorsale, surtout si le sujet essaye de résister au mouvement.

B. Il en est de même chez les malades dont la lésion organique ne saurait être mise en doute, mais chez lesquels elle est minime ou à la période initiale. Les oscillations peuvent être petites, irrégu-

lières; il faut insister pour les obtenir. Les jumeaux peuvent, dans une certaine mesure intervenir dans leur production. Il ne s'agit plus d'un clonus pyramidal typique, et l'on a cependant affaire à un clonus organique, chez un pyramidal. Ces caractères de transition s'observent de préférence chez des malades qui présentent une grosse spasmodicité; on peut les rencontrer chez des sujets n'offrant à l'examen que les signes légers, inconstants, de perturbation pyramidale minime, sans modification importante du tonus musculaire (11).

C. Ce que nous venons de dire peut encore s'appliquer au clonus organique d'origine extrapyramidale, bien que, encore une fois, il soit beaucoup plus rare que le clonus pyramidal. Exceptionnellement, ce clonus peut, avons-nous dit, être aussi accentué que le clonus pyramidal typique. Le plus souvent, il revêt les caractères du faux clonus, bien qu'il ne se rencontre pas chez des sujets dont le système nerveux ne présente aucune lésion. Ici encore, on peut observer toutes les formes de passage entre le clonus accentué très voisin de la trépidation pyramidale typique, trépidation dont nous avons plus haut étudié les caractères, et un clonus tout à fait voisin de celui qu'on qualifiait autrefois de psychonévrosique.

III. **Conclusions.** — De la longue étude qui précède, nous voudrions dégager tout d'abord cette importante notion que le clonus du pied ne peut être considéré comme un signe pathognomonique d'une lésion pyramidale, ainsi qu'on a parfois tendance à le faire. Le clonus n'est pas absolument constant chez les pyramidaux. Mais, d'autre part, il se rencontre chez de nombreux sujets qui ne présentent absolument aucune lésion pyramidale. Entre les divers types, il n'y a pas en réalité des différences aussi tranchées qu'on a pu le croire, puisqu'il existe de nombreuses formes intermédiaires ou de passage, reliant l'un à l'autre, le clonus physiologique, et le clonus organique, conditionné par une perturbation pyramidale, extrapyramidale ou une lésion périphérique. Il existe cependant des types extrêmes caractéristiques, dans le cas de clonus dont l'origine peut être pyramidale ou extrapyramidale. Ces types extrêmes, quand ils sont nets, et lorsqu'ils s'associent aux autres symptômes pathognomoniques d'une lésion des divers appareils moteurs, offrent, pour le clinicien, une incontestable valeur séméiologique. Il n'en reste pas moins qu'il serait imprudent de se fier à la seule constatation de la trépidation épileptoïde du pied pour affirmer la réalité d'une lésion pyramidale, ou pallido-nigérienne. Tout est relatif, et c'est sur un ensemble de symptômes et de signes objectifs que doit être basé le diagnostic d'une lésion organique réelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. ERB. *Arch. f. Psychol.*, 1875, p. 792.
2. WESTPHAL. *Arch. f. Psych.*, 1875, p. 803.
3. BABINSKI. *Revue neurol.*, 1903, p. 111; — *Revue neurol.*, 1906, p. 287; — De l'épilepsie spinale fruste, *Revue neurol.*, 1910, p. 44; — Réflexes tendineux et osseux, *Exposé des titres scientifiques*, p. 32.
4. WEIR-MITCHELL. Cité par NOÏCA. *Revue neurol.*, 1919, p. 196.
5. GUILLAIN et BARRÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 avril 1916.
6. SOUQUES. *Revue neurol.*, 1915, t. XXVIII, p. 487; — *Revue neurol.*, 7 juin 1923.
7. SOLLIER. *Revue neurol.*, 1917, p. 407.
8. Pierre MARIE et FOIX. *Revue neurol.*, 1912, p. 657.
9. ROUQUIER et COURETAS. *Soc. de neurol.*, 4 mars 1926, in *Revue neurol.*, 1926, p. 356.
10. ROUQUIER et COURETAS. *Revue neurol.*, janv. 1926, p. 17.
11. ROUQUIER et COURETAS. *Soc. de neurol.*, 1er juillet 1926, in *Revue neurol.*, 1926, p. 69.
12. FOIX et THÉVENARD. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1925, n° 2, p. 237.
13. SOUQUES. Réunion annuelle de la Soc. de neurol., in *Revue neurol.*, 1921, p. 554.
14. FROMENT et DELORE. *Revue neurol.*, 1923, p. 424.
15. DELMAS-MARSALET. *Soc. de biol. de Bordeaux*, 20 avril 1926, in *C. R. de la Soc. de biol.*, p. 1153.
16. ALQUIER et HAGELSTEIN. *Soc. de neurol. de Paris*, 6 avril 1915.
17. JAYME R. PEREIRA. *Revue neurol.*, 1925, p. 475.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES [1]

(21-25 avril 1928.)

Les Flandres, berceau de l'une des trois plus brillantes Écoles de peinture qui aient jamais existé, l'École flamande, sont, nul ne l'ignore, la patrie des « fleurs merveilleuses », Michel Zamacois, poète charmant et dramaturge avisé, nous a conté, d'exquise manière, l'aventure dont l'une de ces fleurs merveilleuses fut l'enjeu.

Tous les cinq ans, toutes les plus splendides productions florales que la nature, secondée par l'art, peut enfanter, se trouvent rassemblées dans une exposition grandiose qui se tient à Gand. Elle est universellement connue sous le nom, joliment évocateur, de Floralies, qui lui fut donné par l'un de ses fondateurs, Cornelissen, en souvenir des « réunions périodiques du peuple en liesse de la Rome antique ».

Les Floralies attirent, à chacune de leurs manifestations quinquennales, des foules compactes de visiteurs venus tant de Belgique même que de l'étranger.

Les organisateurs des Journées médicales de Bruxelles qui sont, elles aussi, de luxuriantes fleurs écloses sur les sols conjugués de la Science et de l'Amitié, ont eu l'excellente idée d'en offrir le régal aux habitués, chaque année plus nombreux, de celles-ci, et voilà pourquoi leur date ordinaire a été avancée de deux mois.

L'on eût pu craindre, peut-être, que, la saison étant moins favorable en avril qu'en juin, les adhésions subissent un certain fléchissement. C'eût été méconnaître l'attrait qu'elles offrent, de par la manière unique et inimitable dont elles sont organisées. Et j'ai ouï dire que près de 1.800 inscriptions ont été recueillies.

Toutes ces pensées me hantaient l'esprit à la séance inaugurale du dimanche 22, dans le cadre admirable du Palais des Académies, tandis que, durant que les orateurs inscrits au programme prononçaient leurs discours, je contemplais, hiératique et en quelque sorte stylisée, cette autre fleur merveilleuse des Flandres, S. M. la reine Elisabeth.

Dès la veille, l'après-midi avait été très animé, et déjà des conférences avaient été données par M. le docteur C. Serono, professeur à l'Université de Rome, sur *le métabolisme des*

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

hydrates de carbone et ses rapports avec la pathologie clinique; par M. le docteur Van der Hœve, professeur à la clinique ophtalmologique de Leyden, sur *les affections de l'œil dans la maladie de Bourneville*; par M. le docteur Possemiers (d'Anvers) sur *le soignage à domicile des débiles congénitaux*; par M. le docteur Damas Mora, de l'Angola (Portugal), sur *l'assistance médicale indigène*. Dans le même temps, se tenaient l'assemblée générale de la Ligue belge contre le rhumatisme, et la séance publique de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

Mais le soir avait lieu la première grande manifestation officielle des Journées médicales, le banquet en l'honneur des délégués des gouvernements étrangers, servi dans la somptueuse salle des fêtes du *Résidence Palace*, inaugurée à cette occasion.

Ce banquet, qui groupait environ 400 convives autour de la table d'honneur, était présidé par M. Carnoy, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, entouré de M. Vauthier, ministre des Sciences et Arts, de MM. les ambassadeurs d'Espagne et d'Italie, de MM. les ministres de Suède, de Pologne, du Mexique, du Vénézuéla, de Perse, d'Egypte, du Japon, de Grèce, du Luxembourg, de M. le baron de Beco, gouverneur de la province du Brabant, de M. l'attaché militaire français, de M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée, de M. le professeur Egas Monis, de Lisbonne, ancien ministre, de MM. les professeurs Loeper, Gley, etc.

M. le ministre Carnoy ouvrit la série des toasts, en portant la santé de Leurs Majestés, tandis que retentissait la *Brabançonne*, écoutée debout par toute l'assistance. Il rendit hommage au corps médical, qui doit poursuivre ses destinées dans la confraternité et la dignité. Il évoqua avec humour le vêtement du médecin du siècle dernier, en redingote austère, cravate blanche et chapeau haut de forme, pour rappeler la vieille coutume de Louvain, où au grand soir de la conquête de son diplôme, l'étudiant se coiffe du tuyau de poêle pour aller se réjouir dans les lieux où l'on cultive la gaîté. C'est la marque de bonne humeur, d'optimisme, de foi dans la médecine, laquelle doit tendre à assurer la victoire de la vie sur la mort.

M. le professeur Slosse de l'Université de Bruxelles, où il enseigne la physiologie, président du Comité de la VIIIe session des Journées médicales, adresse ses remerciements à toutes les éminentes personnalités qui apportent leur appui et leur sympathie à cette entreprise de si grande valeur, où viennent se confronter les doctrines proposées par les savants et les chercheurs de tout l'univers. Sa gratitude va notamment aux personnalités étrangères qui augmentent si grandement l'attrait de cette réunion. Proclamant l'unité de la médecine, depuis les temps les plus reculés, avec Hippocrate, jusqu'à nos jours, en passant par Alexandrie, par Rome, et par les Gaules, il formule le vœu que toutes ces personnalités emportent de leur séjour à Bruxelles un souvenir aussi durable que celui qu'elles y laisseront.

M. le professeur Egas Monis, parlant au nom des délégués étrangers, salue les ministres et tous ses honorés confrères auprès de qui le gouvernement portugais envoie pour la première fois un représentant; il remercie le Comité des Journées médicales de toutes les captivantes attentions dont il est entouré. Il glorifie la Belgique, pays modèle où les grandes nations peuvent apprendre beaucoup, grande patrie qui a lutté, souffert et triomphé sous l'égide d'un grand roi.

M. le professeur Loeper, parlant au nom de la Fédération de la Presse médicale latine, sait trouver des accents émouvants pour exprimer l'honneur qu'il ressent en même temps que la joie qu'il éprouve à se retrouver dans ce milieu des Journées médicales, où tant de souvenirs communs lient les hommes les uns aux autres, où une affection réciproque a grandi à travers les âges. « Nous vous aimons, confrères belges, s'est-il écrié avec éloquence, d'une sincère amitié, nous vous aimons parce que vous nous donnez de salutaires exemples, parce que vous savez travailler... » Faisant allusion à Van Helmont, dont il avait retrouvé le nom sur une enseigne de la rue du Cloître, il en rappela l'esprit novateur, et en tira une habile transition pour admirer une fois de plus la novation que représentent les Journées médicales, encore qu'elles soient un heureux exemple de conservatisme, en ce qu'elles se renouvellent tous les ans, sous des aspects chaque fois différents. Il salue *Bruxelles médical*, modèle du genre, par sa clarté et sa beauté, qui sont essentiellement des qualités propres à l'idée latine, et boit aux créateurs des Journées médicales et de *Bruxelles médical*.

Le professeur Gley, du Collège de France, sollicité par d'unanimes acclamations de l'assistance, avec tout le charme de sa parole, débuta en ces termes : « Molière a dit que c'était une difficile entreprise que de faire rire les honnêtes gens. Quand, dans un banquet médical, au début des Journées médicales, on s'est trouvé par une fortune heureuse à côté de convives agréables et séduisantes, c'est une entreprise non moins difficile que de prétendre les intéresser... » Et plus loin : « Ce qu'il y a de très beau dans les Journées médicales, c'est qu'elles rapprochent ceux qui font la science de ceux qni la pratiquent... » Et il boit finalement « à l'union féconde de la science et de la pratique médicale ».

Je n'ai pas besoin de souligner de quels applaudissements chaleureux tous ces toasts furent salués.

*
* *

Revenons à la séance inaugurale, retardée d'une demi-journée afin qu'elle pût être honorée par la présence de S.M. la Reine. Dès que la souveraine, tout charme et toute grâce, a pris place dans sa loge, aux accents de l'hymne national, le ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, M. Carnoy, prend la parole le premier pour saluer tout d'abord la reine. Il assure ensuite le Comité des Journées médicales de toute la sollicitude du gouvernement. Il met en relief, à côté des impressionnants progrès de la chirurgie, les progrès non moins grands de la médecine, surtout dans la lutte contre les maladies épidémiques, aussi bien que contre les maladies sociales : tuberculose et cancer. Il montre la nécessité de procéder à l'éducation populaire et reconnaît que la collaboration des praticiens est indispensable pour y réussir. Il déplore l'encombrement qui menace le corps médical belge, et indique les moyens envisagés par le pouvoir pour y parer : renforcement de la préparation par sept années d'études, création de débouchés aux colonies. Mais il faut surtout renforcer la dignité médicale, en créant des conseils de discipline, un Ordre des médecins dont il laisse le soin à M. le premier ministre Jaspar de justifier la nécessité.

M. le professeur Gley, au nom des délégués étrangers s'exprima ensuite, dans cette langue chatiée, avec cette élocution magistrale, qui lui sont familières et qui captivent si fort l'attention de ceux qui l'écoutent.

« Madame, dit-il en s'adressant à Sa Majesté, la mission m'a été confiée de prier la Reine d'agréer le très respectueux hommage des médecins qui représentent ici leurs gouvernements respectifs. C'est en même temps un insigne honneur pour le délégué de la République française. Et ce sentiment que j'exprime, je suis assuré que tous ceux au nom de qui je parle, l'éprouvent pareillement. » Il loue respectueusement la reine fidèle, doublée d'une femme au grand cœur, et la salue comme une princesse de légende, mais d'une légende vécue, dans les tranchées et les boues des Flandres, au cours de la guerre, et lui rend un hommage d'une poésie émouvante.

Ce qui distingue la profession médicale de toutes les autres, dit-il ensuite, c'est que ceux qui l'exercent doivent toujours étudier. C'est pourquoi les Journées médicales et leurs protagonistes ont à tâche de renseigner, de critiquer, de faire voir, et c'est ce qui explique leur succès.

M. Gley expose d'une façon puissamment lumineuse com-

ment la physiologie est à la base de la médecine pratique et se rassied cependant qu'un tonnerre d'applaudissements se prolonge durant quelques minutes.

Le docteur René Beckers, parlant comme secrétaire général des Journées, remercie la Reine d'avoir consenti à honorer cette séance inaugurale de sa présence. Il montre comment celles-ci représentent une idéale école de perfectionnement, en même temps qu'elles sont une fête de l'amitié et une sauvegarde de la paix du monde.

M. le professeur Slosse parle d'heureuse façon de la beauté tour à tour tragique et rayonnante du médecin. Il insiste sur la nécessité toujours plus grande d'une collaboration étroite entre la clinique et le laboratoire. Il exalte le sens clinique, cette sorte de prémonition, de perspicacité particulière, faite d'éléments complexes, d'impondérables, de riens qui se dérobent à l'analyse. Le laboratoire du clinicien, c'est son cabinet de consultation, c'est la chambre de son malade. Ses sens ont acquis des prolongements qui leur viennent puissamment en aide : toutes les scopies, les analyses chimiques, microscopiques, bactériologiques, le contrôle électrique. Il convient donc de renverser les cloisons étanches qui divisent encore parfois les médecins pratiquants, à qui doivent être subordonnées toutes les disciplines, et ceux qui font de la science pure. Les découvertes de si haute portée concernant la tyroïde et son fonctionnement, d'une part, le diabète et son traitement insulinique, de l'autre, n'ont pu être réalisées qu'à cause de cette collaboration, qui doit demeurer un idéal pour faire avancer la science.

M. Jaspar, premier ministre, en même temps qu'éminent jurisconsulte, s'attaqua alors au morceau de résistance, au clou, oserai-je dire, de la séance inaugurale : l'*Ordre des médecins*. Enjoué, spirituel, ému, ironique, toujours maître d'un verbe admirable, l'orateur s'excusa tout d'abord de prendre la parole devant un tel auditoire, encore qu'il s'en trouvât fort impressionné, en raison de sa timidité naturelle... Rappelant qu'aussitôt après la guerre, on sembla se préoccuper surtout de la reconstitution des finances, n'avoir d'autre objectif que l'argent, ne supputer que profits et pertes, il félicite le corps médical belge d'avoir compris qu'il existe d'autres valeurs que les matérielles, et de s'être soucié de la reconstitution de l'intellectualité ; c'est ainsi qu'il a bien mérité du pays et de la pensée humaine.

Entrant ensuite dans le vif de son sujet, il s'exprime en substance, en ces termes :

« L'idée de l'Ordre des médecins m'est chère, depuis plusieurs années. J'appartiens à un Ordre depuis trente-cinq ans. Le peu que je vaux, c'est à lui que je le dois. Pourquoi les médecins ne s'organisent-ils pas ? Dès 1834, on y songeait déjà ; on travailla longtemps à l'organisation d'un conseil de discipline auquel d'Académie était alors opposée.

« En 1924, l'Académie de médecine fut saisie d'un projet d'organisation rédigée par M. le docteur Van Langendonck. L'idée n'était pas neuve, elle rencontre de précieuses adhésions, traduisant un mouvement de réaction contre des abus qui paraissent certains. Un rapport présenté à l'Académie sur le projet Van Langendonck stigmatisait ces abus en termes dont, pour ma part, je me refuse à accepter la sévérité. Sans doute y a-t-il des erreurs, des fautes et des négligences, mais elles sont exceptionnelles dans une profession digne entre toutes. Il faut y remédier, et cela n'est possible qu'en créant un Ordre légal des médecins. La question n'a pas encore été posée avec toute l'ampleur qu'elle mérite. On a discuté sous l'angle des intérêts matériels et de la discipline professionnelle. L'idée doit en être plus haute. L'ordre aura une influence déterminante sur le prestige de la profession en lui donnant une cohésion, un esprit de corps qui lui manquent et qui seront générateurs de solidarité et de confraternité. Aux professions qui réclament une valeur morale particulière, il faut un statut particulier.

« Escompter la mise en œuvre d'une discipline répressive, d'une surveillance, est une erreur : semblable organisation manque en effet d'âme collective, indépendante de toute préoccupation matérielle... »

L'orateur fait un parallèle avec l'Ordre des avocats qu'il connaît bien pour en faire partie et en avoir été le bâtonnier. Il montre qu'on y use d'admonestations paternelles, tout d'abord, puis des sanctions prévues, la censure, le blâme, exceptionnellement la suspension temporaire et la radiation.

Pour que l'Ordre des médecins acquière cette âme collective indispensable il lui faut un chef dont le prestige et l'autorité soit considérable. Son conseil de discipline devra prendre la défense des prérogatives de la profession et aussi veiller à la conservation de son honneur et de sa dignité. Le Conseil de l'Ordre doit être élu librement par ses membres, afin que son autorité soit librement acceptée par eux. La discipline doit être aussi paternelle et organisée, c'est-à-dire que les droits de la défense seront scrupuleusement respectés, et que les décisions prononcées par le Conseil de l'Ordre seront susceptibles d'appel devant la magistrature de droit commun.

Craindre de la part d'un ordre des médecins un accaparement, une tyrannie, ce sont là phrases et mots. A la vérité, les membres d'un Ordre professionnel se disciplinent et ils disciplinent leurs chefs.

Le jour où l'Ordre sera créé, la plupart des difficultés matérielles dont se plaignent les médecins perdront de leur acuité.

Les médecins ont de la vie, mais ce n'est pas la vie légale, celle qui établit la cohésion et entraîne une indispensable union.

— A l'issue de la séance inaugurale, S. M. la Reine a daigné recevoir les délégués étrangers avec lesquels elle a échangé d'aimables paroles. Sa sortie fut saluée d'ovations chaleureuses.

— Le dimanche après-midi comprenait huit conférences. J'en ai écouté trois, ne possédant pas le don d'ubiquité.

La première, de M. Soderbergh, médecin en chef des hôpitaux de Göteborg (Suède), sur la *neurologie de la paroi abdominale*. L'étude clinique de malades atteints de tumeurs médullaires a permis à l'auteur de définir avec exactitude les réflexes des muscles de la paroi abdominale. Ces réflexes étant désormais connus, le diagnostic de la localisation de ces tumeurs médullaires peut découler de leur examen. Il a décrit en particulier un signe qu'il appelle *signe de la rotation de l'ombilic* qui serait une source de précieux renseignements.

M. le professeur Nolf, savant physiologiste de l'Université de Liége, traita ensuite du *système nerveux entérique*. Ce qu'on désigne sous le nom de système nerveux autonome comprend deux groupes opposés : le sympathique et le parasympathique. Tandis que le sympathique envoie des nerfs dans tout l'organisme, le parasympathique se limite à une région déterminée. Le propre des nerfs autonomes, contrairement aux nerfs de la vie de relation, c'est de n'être pas homogènes, mais de se composer de segments reliés les uns aux autres par des synapses, agissant comme des sortes de valves, laissant passer le courant nerveux dans un sens et non dans l'autre.

Si l'on s'en tient exclusivement au système nerveux entérique, l'étude des réactions qu'offre une anse intestinale isolée, soumise à l'action du courant électrique, dans une atmosphère appropriée, d'abord intacte, puis traitée, soit par l'atropine, soit par la nicotine, montre que ce système ne comporte pas de fibres afférentes, que c'est vraisemblablement le neurone connecteur lui-même qui est sensible, et qu'il est en rapport avec le système nerveux central par l'intermédiaire de fibres postganglionnaires d'origine sympathique.

M. le professeur Gley, du Collège de France, consacre sa conférence aux *relations entre les diverses activités des glandes plurifonctionnelles*. Ce que nous connaissons des glandes endocrines concerne leur rôle, mais il y a un travail à faire sur

leur fonctionnement au sujet duquel nous ne possédons pas d'information, sauf pour le foie. Quelles sont les conditions de la sécrétion de ces glandes? A quels excitants répondent-elles? Nous l'ignorons, sauf pour la sécrétion intestinale. Les excitants de la fonction exocrine sont-ils les mêmes que ceux de l'endocrine? Le professeur Gley, limitant son exposé au pancréas et au foie, fait état des recherches expérimentales effectuées dans son laboratoire sous sa haute direction, pour montrer comment l'excitation de la sécrétion externe du pancréas, sous l'influence de l'acide chlorhydrique, se manifeste parallèlement sur la sécrétion interne, mesurée à l'aide des variations de la glycémie, le contrôle étant fait sur des animaux dont le pancréas externe avait été préalablement sclérosé, donc anéanti, par des injections de graisses.

Du côté du foie, mêmes résultats, le rôle du pancréas ayant été réduit à néant pour éviter les causes d'erreur.

Ce sont là des phénomènes qui mettent sur la piste du fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

— Autres conférences de la journée :

Le problème de l'immunité locale, par M. le professeur RENAUX (de Bruxelles). *L'apicolyse*, par M. le docteur LAUWERS. *Méthodes et résultats de chirurgie plastique de la face*, par M. le docteur SANVERENO-ROSELLI (de Gênes). *Les atrophies musculaires particulièrement d'origine articulaire*, par M. le professeur GUNZBURG (de Bruxelles). *La chirurgie réparatrice des grands estropiés*, par M. le professeur BASTOS Y ANSART (de Madrid).

Le soir, une représentation de gala était offerte aux congressistes au théâtre de la Monnaie, de la comédie musicale de Strauss : *Le Chevalier à la rose*. Salle somptueuse, remplie du haut en bas, attentive et enthousiaste, jusqu'à réclamer cinq et six fois de suite les artistes, à la fin de chaque acte. Artistes de tout premier ordre, chanteurs et chanteuses, doublés d'excellents comédiens. Mise en scène luxueuse, plus luxueuse peut-être que celle de notre Opéra... En bref, très belle soirée.

*
* *

Lundi matin. — Démonstrations, opérations, leçons dans tous les hôpitaux et instituts de Bruxelles.

A la policlinique du parc Léopold, j'ai entendu M. le docteur TANT exposer talentueusement les *conceptions modernes du traitement de la blennorragie*, qui n'est pas une maladie locale, comme on l'a cru longtemps, mais une infection générale de tout l'organisme, à preuve les anticorps qu'on découvre dans le sang des gonococciques, peu de temps après la pénétration du germe.

Le traitement abortif doit donc être mis en œuvre, mais opportunément, et dans les toutes premières heures, en utilisant des solutions faibles, non irritantes d'argyrol, et d'argyrol américain, le seul qui offre de réelles propriétés curatives.

Plus tard, il est trop tard, et l'on s'en tiendra aux injections et aux lavages avec de faibles doses de permanganate.

Mon ami BECKERS nous entretint ensuite du *diagnostic*, de la *pathogénie* et de la *fréquence des grossesses extra-utérines*. A retenir de son intéressante causerie que, à son sens, l'une des causes de la nidation tubaire est la présence dans les trompes malades de nodules nacrés, plus sensibles au toucher qu'à la vue et qui lui paraissent jouer un rôle indiscutable.

Lundi après-midi. — Entre dix conférenciers annoncés au programme, j'en dû en choisir trois. Et tout d'abord, le jeune et aimable professeur agrégé DOUMER (de Lille) qui nous fit une très remarquable leçon sur l'*hypertension, ses formes cliniques et leur pronostic*, que je pris un plaisir extrême à écouter, entre MM. les professeurs Gley et Bardier, en ce qu'elle fut de nature à rassurer les hypertendus. On admet que l'hypertension artérielle est dangereuse en ce qu'elle menace les reins, les artères, le cerveau, le cœur. Et pourtant, que d'hypertendus à chiffres élevés qui ont duré sans qu'aucune des complications redoutées se soit jamais manifestée!

Comment donc poser un pronostic? On distinguera d'abord les hypertensions complètes des hypertensions seulement systoliques. Des sujets jeunes, avec un cœur normal, ont des palpitations dues à une hyperexcitabilité de leur système accélérateur. Leur maxima est au-dessus de la normale sans que leur minima, qui mesure la pression diastolique, soit affectée. Cela est sans importance, de même que chez des sujets âgés, artérioscléreux, à aorte large, sautante, des insuffisants aortiques.

Quand il s'agit, par contre, d'hypertensions complètes, chez de jeunes sujets, le pronostic s'assombrit parce que le *substratum* en est habituellement une grave lésion rénale. La syphilis peut aussi être invoquée, soit acquise, soit héréditaire.

Les hypertensions de la cinquantaine sont souvent bien tolérées. A remarquer que les petits signes ne peuvent servir à asseoir un pronostic, les formes graves allant parfois avec des troubles fonctionnels à peine marqués.

Jusqu'à 18, 19 de maxima, l'hypertension est légère; elle est moyenne jusqu'à 25, et forte au-dessus.

Les fortes hypertensions sont graves parce qu'elles se compliquent facilement de lésions rénales, de ruptures vasculaires et de défaillance cardiaque. Les ruptures vasculaires encéphaliques sont le plus souvent mortelles. Les ictus dont le malade sort sont dus à des foyers de ramolissement : à cet égard, le dosage de la cholestérine sanguine servira à déterminer le pronostic.

Enfin, l'hypertension de la ménopause est fréquemment à prédominance systolique, donc incomplète, mais s'accompagne de petits signes fréquents. Elle est variable : son pronostic, prise en elle-même, est rassurant.

Grand succès pour M. Doumer, qui captiva littéralement son auditoire.

M. le docteur Mathieu-Pierre WEILL, médecin des hôpitaux de Paris, traita du *rhumatisme de la ménopause*. Les statistiques démontrent que les femmes paient, comparativement aux hommes, un tribut très élevé au rhumatisme, et aux algies rhumatismales. Le rhumatisme correspond volontiers à tous les incidents de leur vie génitale. C'est Dalché qui, le premier, établit les rapports entre le dysfonctionnement utéro-ovarien et le rhumatisme articulaire. C'est un rhumatisme algique, symétrique, faiblement évolutif, sans gravité.

Les femmes prématurément châtrées, soit chirurgicalement, soit au moyen des rayons X, font volontiers du rhumatisme à formes sévères : hydarthroses, ankyloses. Le rhumatisme de la ménopause, de même famille, est lié au dysfonctionnement ovarien. Il apparaît parfois longtemps avant l'arrêt complet des règles. Ailleurs, par contre, la suppression des règles n'est suivie que tardivement de manifestations rhumatismales. C'est que la ménopause peut être envisagée comme une longue période qui s'écoule entre l'âge adulte et la vieillesse. Ces femmes font souvent une fièvre dysovarienne, elles ont une fragilité angio-vasculaire, avec une tension artérielle élevée, de la mélanodermie. A l'exploration radiologique de leurs articulations, on ne note rien qu'une décalcification des extrémités osseuses. Ce sont, en effet les troubles du métabolisme du calcium et du phosphore, qui se trouvent à la base de ces lésions articulaires.

La thérapeutique utilisera le soufre, pain quotidien des cartilages, et les produits opothérapiques, extrait d'ovaire à doses élevée associé au corps thyroïde et aux parathyroïdes; le calcium, fixé à l'aide des rayons ultraviolets; le gardénal à petites doses et certaines eaux minérales : Plombières, Aix-les-Bains, Spa, Dax...

M. le professeur agrégé Noel FIESSINGER avait choisi pour sujet de sa conférence : *la fonction chromagogue du foie*. Il fut suivi avec beaucoup d'attention par un auditoire très sympathique.

On parle volontiers de l'insuffisance du foie. Mais comment la définir et surtout la mesurer? Le foie possède de multiples fonctions et la tâche en est très difficile. C'est une glande antitoxique; c'est un émonctoire. Il élimine aussi les substances colorantes, et c'est en utilisant cette propriété qu'on peut calculer l'insuffisance de l'organe. Les substances colorantes sont douées d'un véritable tropisme qui les oriente vers un organe déterminé. L'auteur s'est adressé au rose bengale, dont la toxicité est minime, et qui peut être employé sans risque. L'étude de cette fonction éliminatrice de ce colorant, si heureusement appelé fonction chromagogue, a permis à M. Fiessinger d'acquérir certaines précisions sur le foie, qui seront très utilement employées en clinique.

Autres conférences : *Considérations sur l'hémolysothérapie*, par M. le docteur DESCARPENTRIES, de Roubaix. *Le traitement chirurgical et marin des tuberculoses osseuses*, par M. le docteur MAFFEI. *Les vaccinations antitoxiques (diphtérie, tétanos) envisagées au point de vue biologique, médical et social*, par M. le médecin-major ZOELLER, professeur agrégé au Val-de-Grâce. *Technique et résultats de l'exérèse iléo-cæcocolique dans certaines affections du côlon droit*, par M. le professeur MARIOT DONATI, de Turin. *Thyroxine synthétique naturelle et substances apparentes*, par M. le docteur DEMOLE, de Genève. *L'assurance-maladie : à quelles conditions le corps médical peut-il collaborer*, par M. le docteur DESROUSSEAUX, de Roubaix.

Le soir, concert offert au Résident Palace, par la musique du 1er régiment des Guides (musique particulière du roi) l'analogue de notre Garde républicaine, dirigée merveilleusement par le lieutenant Prévost. Programme éclectique avec une fugue de Bach, une ouverture classique : *Freischutz*, une rapsodie de Litz, une autre rapsodie wallonne, etc., admirablement exécutées... Le corps de ballet de la Monnaie nous régala d'un délicieux intermède de danses wallonnes sur des motifs musicaux tirés du folk-lore, ingénieusement orchestrés.

Ensuite, une sauterie retint les amateurs de danses modernes jusqu'à une heure assez avancée de la nuit.

La matinée du troisième jour a été, comme la veille occupée par des leçons, des démonstrations, des opérations à l'hôpital Brugmenn, et dans les policliniques, les hôpitaux et les fondations de Bruxelles même.

L'après-midi nous retrouvait au Palais du Cinquantenaire, où nous avions le choix entre huit conférences faites par MM. Derscheid et Toussaint, sur l'*état actuel du traitement chirurgical du cancer*; Valette, sur le *traitement crénothérapique arsenical des adénopathies trachéobronchiques infantiles*; Duesberg, sur l'*hérédité mendélienne : facteurs léthals et pathologie humaine*: Egas Moniz, sur l'*encéphalographie artérielle*; d'Hollander, sur les *fonctions des couches optiques*; Watru, sur les *malformations dento-maxillo-faciales chez les enfants débiles*; *résultats d'une enquête au Préventorium de Clemskerke*.

M. le professeur BARDIER nous entretint, pour sa part, des *syncopes cardiaques et de la reviviscence du cœur par l'adrénaline*. On sait que, sous l'influence de cette substance introduite dans l'organisme, le cœur et les vaisseaux réagissent immédiatement. Réaction immédiate et intense, qui se traduit par une vaso-constriction et une élévation de la pression sanguine. Celle-ci décroît ensuite progressivement et retombe au niveau ou elle était avant l'expérience. Cette propriété de l'adrénaline justifie son emploi clinique dans les insuffisances du cœur telles que les contractions tombent et cessent. Elle permet d'obtenir la reviviscence, la réanimation du cœur. En opposition avec ce qui précède, des travaux, venus surtout d'Amérique, démontrent que, dans certaines conditions, l'adrénaline peut provoquer la mort, Bardier rappelle, en quelques mots très clairs, et en s'appuyant sur la classification de Gallavardin, les différents types de syncopes cardiaques : les légères, les fugaces, et les graves, subdivisées elles-mêmes en passagères et définitives.

Il n'y a pas une, mais des syncopes cardiaques : celles qui accompagnent les affections du cœur et de l'aorte; les anémies, la chlorose, les convalescences; les syncopes réflexes, par inhibition; les syncopes des maladies infectieuses; les syncopes toxiques...

Il faut, en outre, faire une place aux syncopes par association toxique, les syncopes adrénalino-chloroformiques, qui ont pour analogues les syncopes nicotino-chloroformiques, et les syncopes lobélino-chloroformiques. Des expériences entreprises sur certains animaux sensibles à l'association adrénalino-chloroformique, le chien et le chat, montrent que l'hypertension n'est pas la cause première de la syncope. Le cœur chloroformisé devient plus sensible à l'action de l'adrénaline, et présente le phénomène de la trémulation, de la fibrillation.

Chez l'homme, on possède plusieurs observations de sujets morts à la suite d'instillations nasales d'adrénaline, alors qu'ils étaient sous l'influence du chloroforme. On sait que le cœur peut se contracter plus ou moins longtemps, alors qu'il est séparé de l'organisme. On sait aussi que le massage du cœur peut entretenir et réveiller les battements cardiaques, et c'est une méthode qui a été employée à différentes reprises. Les injections intracardiaques d'adrénaline n'ont pas d'effets constants et se montrent plutôt inefficaces.

Ce qu'il faut retenir pratiquement de cet exposé, infiniment intéressant, c'est qu'on doit se montrer infiniment réservé dans l'emploi des injections intracardiaques d'adrénaline dans les syncopes chloroformiques, tandis qu'on pourra y avoir recours dans toutes les autres syncopes anesthésiques.

M. le professeur PAUTRIER (de Strasbourg) traita de *quelques aspects de la question du cancer épithélial, envisagé du point de vue dermatologique*, dans le triple sens clinique, histologique et thérapeutique. Il rappela les deux types fondamentaux de tumeurs épithéliales, le spino-cellulaire et le baso-cellulaire, entre lesquels il faut faire une place aux tumeurs mixtes, intermédiaires à ces deux formes histologiques. La forme spino-cellulaire affectionne la peau et les muqueuses; elle envahit précocement les ganglions; c'est le type malin du cancer épithélial. La forme baso-cellulaire s'ulcère rapidement mais demeure très longtemps locale, sans envahissement des ganglions, même quand elle aboutit à des mutilations effroyables. Les formes mixtes se comportent cliniquement comme les baso-cellulaires.

Par des projections lumineuses, le conférencier illustre remarquablement son exposé. Il montre des formes anormales de types cliniques différents du processus histologique.

Il cite l'observation d'une femme qu'il a étudiée au Canada et qui portait sur tout le tégument plus de 250 tumeurs épithéliales d'aspects différents. Elle avait vingt-trois ans quand l'affection débuta. M. Pautrier la vit plus tard, dans un excellent état de santé.

Les affections dites précancéreuses, telles que la maladie de Paget, considérées comme des dyskératoses, doivent être rangées, d'après l'auteur, parmi les épithéliomatoses cancéreuses. L'examen histologique permet, en effet, d'y reconnaître des éléments cellulaires anarchiques qui ne laissent aucun doute sur leur véritable nature.

Tous ces faits sont d'un intérêt pratique indiscutable, puisque, selon la forme histologique de la tumeur, celle-ci est justiciable ou non de la thérapeutique par les radiations.

* * *

La quatrième journée s'écoula à Gand, où un train spécial avait conduit les congressistes dès le matin. A leur arrivée, ils furent appelés à choisir dans un vaste programme scientifique qui s'exécuta dans les Instituts cliniques, l'hôpital civil, l'Institut d'hygiène et de bactériologie, où les professeurs gantois et leurs assistants rivalisèrent pour montrer à leurs

hôtes à quel haut degré de perfectionnement est parvenu leur enseignement.

A midi, plus de sept cents personnes étaient réunies au Palais de l'Azalée, où leur fut servi un déjeuner présidé par M. le bourgmestre de Gand qui ouvrit la série des toasts, en portant la santé de Leurs Majestés, si favorables à toutes les œuvres scientifiques. M. le Recteur de l'Université de Gand remercia les congressistes d'avoir choisi sa ville pour y terminer leurs travaux, par la visite des Floralies, apothéose de la science biologique.

M. le professeur SLOSSE, président de la VIIIe Session des Journées médicales, eut des mots heureux pour remercier les confrères gantois de leur réception, en un jour particulièrement favorisé par le soleil, qui daigne envoyer son sourire à la Flandre qui sort de son sommeil hivernal...

M. le professeur SODERBERGH parla au nom des délégués étrangers, et exprima toute leur gratitude pour les attentions multiples dont ils avaient été comblés.

La visite des célèbres Floralies commença ensuite et dura deux heures, sans que l'enchantement des yeux fût un seul instant en défaut, devant ces massifs somptueux où les Azalées, les Hortensias, les Rhododendrons, les Roses, les Lilas, les Arums, les Orchidées, les Tulipes se groupent dans un ensemble d'une richesse et d'une harmonie inouïes de couleurs et de formes.

Certes, c'est à bon droit que la foule se presse dans cet immense vaisseau où, par chance, l'on peut gravir des degrés qui permettent d'avoir une vision d'ensemble impressionnante de cette admirable exposition florale. Et les congressistes en emportèrent, si j'en juge par moi-même, un impérissable souvenir.

Cette visite terminée, le collège des bourgmestres et échevins et le conseil communal de Gand les reçurent à l'Hôtel de Ville, monument grandiose qui remonte à l'époque gothique, après quoi nous visitâmes la cathédrale Saint-Bavon, célèbre tant par elle-même que par toutes les richesses picturales, sculpturales et architecturales qu'elle renferme, parmi lesquelles je citerai le fameux triptyque des Van Eyck, dont les panneaux latéraux représentent Adam et Eve, et dont le centre est consacré à l'Adoration de l'Agneau mystique.

D'autres monuments furent encore admirés, tel le château des Comtes de Flandre, datant du XIIe siècle et rappelant les Croisades.

Et les Journées médicales se terminèrent sur un hosannah en l'honneur de leurs organisateurs BECKERS, BERNARD et MAYER qui, une fois de plus, ont montré qu'ils sont passés maîtres, inimitablement, dans l'art d'exalter au maximum cet heureux mélange d'utile et d'agréable par quoi se marquent l'originalité et le triomphe de leur formule, à jamais célèbre...

G. DUCHESNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MAI 1928)

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Guignard.

A propos de la communication de M. Lignières sur la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. chez les enfants en milieu sain. — M. CALMETTE. M. Lignières n'a

apporté aucune preuve expérimentale ou clinique lui permettant de dire que l'emploi du B. C. G. pourrait peut-être présenter quelque danger pour les enfants nés en milieu indemne. Tous les travaux publiés récemment en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis et en Italie ainsi que dans beaucoup d'autres pays, attestent au contraire l'innocuité parfaite du B. C. G. ainsi que son efficacité. L'hypothèse de M. Lignières est d'ailleurs manifestement controuvée par la diminution de la mortalité générale de l'ensemble des enfants vaccinés, comparativement à celle des enfants non vaccinés de même âge (3,1 jusqu'à un an pour les vaccinés contre 8,5 p. 100 nés vivants et non vaccinés). Et actuellement, en France, 81.600 enfants ont été vaccinés du 1er juillet 1924 au 1er mai 1928 avec le B. C. G., dont plus de 75.000 en milieu *apparemment sain*.

A l'étranger, dans beaucoup de pays, la vaccination par le B. C. G. est largement pratiquée et les résultats actuellement connus sont partout très favorables. Ainsi, dans plusieurs villes, les services publics d'hygiène ont-il réussi, depuis plus d'un an, à faire accepter la vaccination de leurs nouveau-nés à 80 et même 89 p. 100 des familles. On doit souhaiter que l'immense effort ainsi réalisé se poursuive et que les considérations purement hypothétiques de M. Lignières n'en arrêtent pas l'élan.

M. Lignières ne se dissimule pas la responsabilité qui lui incombe. Les nombreuses recherches qu'il a faites sur les moyens de combattre le bacille de Koch, les nombreuses expériences auxquelles il s'est livré lui permettent de reconnaître l'efficacité du B. C. G. dans la lutte contre la tuberculose, mais il ne partage pas l'optimisme de M. Calmette relatif à son innocuité absolue. Il a pu constater, dans ses recherches, que le vaccin B. C. G. reste longtemps dans l'organisme au point de son inoculation. M. Lignières va plus loin et il le croit capable de déterminer de petites lésions organiques. Cette évolution, chez certains sujets, se manifeste par une légère hyperthermie.

On ne saurait donc affirmer que le B. C. G. soit absolument anodin. Dès lors avons-nous le droit de l'inoculer à des enfants qui sont nés dans un milieu non tuberculeux. L'argument invoqué par M. Calmette, savoir que ces enfants peuvent être contaminés ultérieurement, cette contamination peut avoir lieu à une époque assez éloignée pour que la période de prémunition soit passive.

En résumé, le B. C. G. n'est pas sûrement anodin. Toutefois M. Lignières le reconnaît utile et efficace chez les enfants nés en milieu tuberculeux. Mais il lui semble inutile et même peut-être un peu dangereux de l'appliquer aux enfants nés en milieu non tuberculeux. M. Lignières se déclare absolument convaincu et ne doute pas d'être dans la vérité.

M. Calmette croit avoir déjà répondu aux objections de M. Lignières qui n'apporte pas un seul fait expérimental ou clinique à l'appui de sa thèse, tandis que M. Calmette appuie la sienne sur 81.000 vaccinés. L'expérience a été faite dans toutes les villes d'Europe et M. Calmette n'a pas encore reçu une seule observation d'accident quelconque attribuable au B. C. G.

M. Lignières maintient ses conclusions. L'avenir jugera.

L'intradermo-réaction. — M. Pierre Bazy dans une note brève et par un exemple concret, montre que l'intradermo-réaction, introduite en chirurgie par le docteur Louis Bazy permet de préciser le moment où des lésions inflammatoires — appendicite, salpingite, etc... — de l'abdomen sont suffisamment refroidies pour être opérées sans danger.

Notice sur Tarnier. — M. le Président rappelle que l'on vient de célébrer, à la clinique de la Maternité, le centenaire de la naissance de Tarnier. A ce propos, M. Bar y a prononcé un éloquent discours. Il convient que l'Académie de médecine prenne part à cette célébration, et M. le Président donne la parole à M. Pinard.

M. Pinard, ancien élève de Tarnier, rappelle la belle vie de son maître qui s'est trouvé diriger la Maternité à une époque lamentable où la fièvre puerpérale décimait les malheureuses accouchées.

M. Pinard retrace, en termes émouvants, la carrière de ce maître dont l'enseignement a été si brillant.

La tuberculose des jeunes soldats. — M. Lesage fait un rapport sur les vœux présentés par M. Brouardel. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1928, p. 505.)

Sur la plédea du Paraguay. — MM. Delamare et Gatti.

LIVRES NOUVEAUX

L'année médicale pratique (1), publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — Préface du professeur E. Sergent.

La vie est devenue trépidante. Le médecin ne peut lire en conduisant sa 10 CV. C'est seulement le soir que, fourbu par une journée fatigante, mais tenaillé par la nécessité de se tenir au courant, il parcourt d'un coup d'œil rapide les journaux en retard entassés sur son bureau.

Mais dans ces conditions, il n'arrive pas à fixer dans sa mémoire les données nouvelles, et le jour où il lui faut cependant connaître la dose ou les indications d'un nouveau médicament, la technique de recherche ou la valeur séméiologique d'un nouveau signe, il en est réduit à fouiller hâtivement et inutilement parmi ses journaux ou ses coupures en désordre.

Par contre, ces difficultés n'existent pas pour les médecins chaque année plus nombreux, qui ont toujours sur leur bureau le dernier volume de l'*Année Médicale Pratique*.

En effet, 300 petits articles d'une ou deux pages, classés par ordre alphabétique, rédigés par des spécialistes compétents, y exposent toutes les notions médicales à la fois nouvelles et pratiques (médecine, chirurgie, spécialités, questions professionnelles). Chaque mise au point donne tous les renseignements utiles, sans qu'il soit nécessaire de se reporter aux sources. Cependant, pour ceux qui sont avides de détails, les indications bibliographiques les plus importants sont mentionnées à la fin de chaque article.

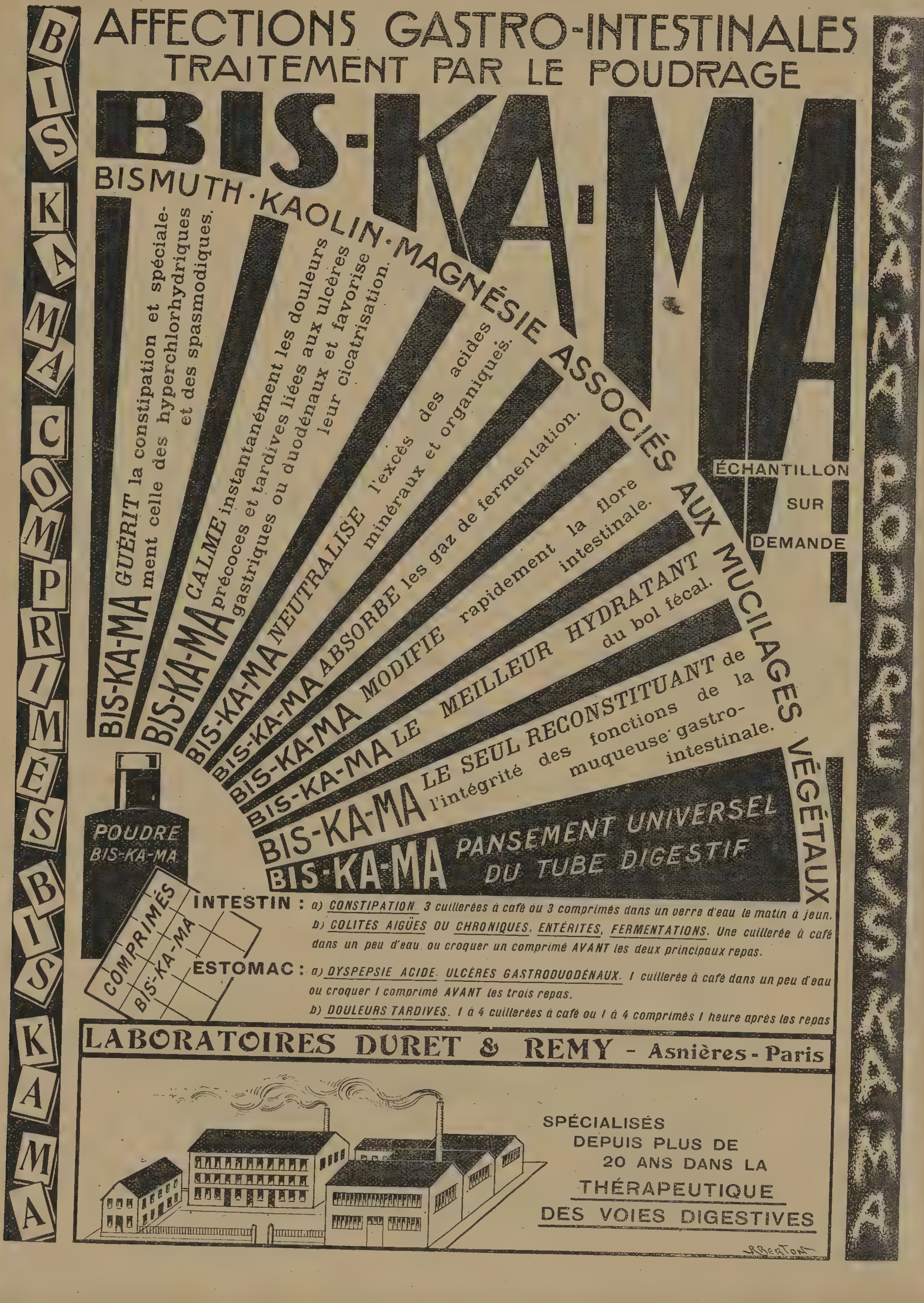
Enfin ce petit volume se termine par la liste de toutes les nouveautés de l'année en spécialités pharmaceutiques, appareils et livres médicaux — et le volume de 1928 est enrichi d'un index alphabétique des articles des six premières années.

Pour ne pas s'enliser dans les vieilles notions médicales il est facile, nécessaire et suffisant de lire tous les ans l'*Année Médicale Pratique*.

(1) In-16 de 652 p. et 7 fig. — Prix : 24 fr. — Paris, R. Lépine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
TRAITEMENT PAR LE POUDRAGE
BIS-KA-MA
BISMUTH·KAOLIN·MAGNÉSIE ASSOCIÉS AUX MUCILAGES VÉGÉTAUX
BIS-KA-MA GUÉRIT la constipation et spécialement celle des hyperchlorhydriques et des spasmodiques.
BIS-KA-MA CALME instantanément les douleurs précoces et tardives liées aux ulcères gastriques ou duodénaux et favorise leur cicatrisation.
BIS-KA-MA NEUTRALISE l'excès des acides minéraux et organiques.
BIS-KA-MA ABSORBE les gaz de fermentation.
BIS-KA-MA MODIFIE rapidement la flore intestinale.
BIS-KA-MA LE MEILLEUR HYDRATANT du bol fécal.
BIS-KA-MA LE SEUL RECONSTITUANT de l'intégrité des fonctions de la muqueuse gastro-intestinale.
BIS-KA-MA PANSEMENT UNIVERSEL DU TUBE DIGESTIF
ÉCHANTILLON SUR DEMANDE
POUDRE BIS-KA-MA
COMPRIMÉS BIS-KA-MA
INTESTIN : a) CONSTIPATION. 3 cuillerées à café ou 3 comprimés dans un verre d'eau le matin à jeun.
b) COLITES AIGÜES OU CHRONIQUES, ENTÉRITES, FERMENTATIONS. Une cuillerée à café dans un peu d'eau ou croquer un comprimé AVANT les deux principaux repas.
ESTOMAC : a) DYSPEPSIE ACIDE. ULCÈRES GASTRODUODÉNAUX. 1 cuillerée à café dans un peu d'eau ou croquer 1 comprimé AVANT les trois repas.
b) DOULEURS TARDIVES. 1 à 4 cuillerées à café ou 1 à 4 comprimés 1 heure après les repas
LABORATOIRES DURET & REMY - Asnières - Paris
SPÉCIALISÉS DEPUIS PLUS DE 20 ANS DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES VOIES DIGESTIVES
BIS KA MA COMPRIMÉS BIS KA MA
BIS KA MA POUDRE BIS KA MA

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — **1 an : 45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Remise de la croix d'officier de la Légion d'honneur a M. Delherm. — Au cours d'une cérémonie intime qui a eu lieu samedi à la Pitié, M. Babinski a remis la croix d'officier de la Légion d'honneur à M. le docteur Louis Delherm, chef du service d'électro-radiologie de la Pitié, gravement atteint aux yeux au cours de ses travaux.

Que notre cher collaborateur et vieil ami nous permette de lui redire notre admiration pour son stoïcisme et tous nos vœux très profondément affectueux. LA RÉDACTION.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Thalheimer, 15; Aurousseau, 19; Welti, 13.

— Concours de stomatologiste. — Le jury est définitivement composé de MM. L'Hirondel, Pitsch, Lemerle, Rodier, Chompret, Fiessinger, Bréchot.

LE CENTENAIRE DE TARNIER. — A la clinique Tarnier a eu lieu mardi sous la présidence de M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, et en présence de M. Chenevrier, secrétaire général de l'Assistance publique; du professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine; de M. Beclère, président de l'Académie de médecine, et des professeurs Bar Teissier, Brindeau, etc., une cérémonie commémorative à l'occasion du centenaire de la naissance du grand accoucheur que fut le docteur Tarnier.

Cette cérémonie fut occupée par des discours du professeur Roger, et du professeur Bar, qui rappelèrent la belle carrière scientifique du maître disparu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire d'hygiène et de médecine préventive : en première ligne, M. Tanon; en deuxième ligne, M. Debré.

— Montpellier. — Un décret autorise la Faculté de Montpellier à accepter un legs fait par M. Blouquier de Claret et destiné à subvenir aux dépenses des laboratoires de la Faculté dont les travaux et recherches tendent à la guérison du diabète, de la syphilis et de la tuberculose.

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a procédé à la présentation des candidats à la chaire de clinique d'accouchement : M. Andrérodias a été présenté en première ligne, et M. Pery en seconde ligne.

— Toulouse. — La chaire de chimie et de toxicologie est déclarée vacante. (*J. O.*, 13 mai 1928.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. Brugère, médecin général de 2e classe de la marine.

Au grade d'officier. — M. Cazeneuve, médecin en chef de 2e classe de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Gervais, Ginabat, médecins de 1re classe de la marine.

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Léon Basset (de Paris).

HOMMAGE A HARVEY. — L'Académie de médecine doit consacrer sa séance du 22 mai courant à une cérémonie spéciale au cours de laquelle sera célébré le tricentenaire de la découverte de la circulation du sang par Guillaume Harvey.

Deux savants anglais, sir John Rose Bradfort, président du

Royal College of Physicians, et le professeur Barcroft (de Cambridge), prendront la parole, ainsi que MM. Chauffard et Gley, anciens présidents de l'Académie.

L'Académie de médecine serait particulièrement heureuse que les représentants du Corps médical assistassent en grand nombre à cette cérémonie.

La séance commencera à 3 h. précises, et il suffira aux visiteurs de décliner leurs titres pour être placés dans les tribunes.

COLONIES. — Le *Journal officiel* du 10 mai publie un décret réglementant au Togo la pharmacie et le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses.

LES ÉTRANGERS DANS LE CORPS MÉDICAL. — Sur les 29 docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme à la Préfecture de police pendant le mois d'avril, 10 sont de nationalité étrangère. (*Vie médicale.*)

CHRONIQUE

LE JUBILÉ DU DOCTEUR CHARLES NICOLLE

DIRECTEUR DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Sous le haut patronage de S. A. le Bey et de M. Lucien Saint, ministre plénipotentiaire, résident général, un Comité composé des savants les plus illustres de France et de l'étranger vient de célébrer à Tunis le 25e anniversaire de la direction de M. Charles Nicolle à l'Institut Pasteur de Tunis.

On sait que cet Institut a été fondé il y a plus de trente ans par un neveu de Pasteur, le docteur Loir, qui réussit, malgré les inévitables difficultés du début, à lui donner le premier essor. Sous la direction de M. Charles Nicolle, l'Institut a pris un développement considérable. Par son travail acharné, par ses découvertes successives, par le choix heureux de ses collaborateurs, M. Nicolle a fait de son Institut un centre scientifique dont le rayonnement s'étend bien au delà de la mer latine attirant à lui les savants les plus réputés du monde entier.

En rendant hommage à Charles Nicolle, on ne peut le séparer de son frère Maurice Nicolle. Fils d'Eugène Nicolle, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, les deux frères Nicolle ont consacré leur existence à répandre et à développer les doctrines de Pasteur. L'aîné, Maurice Nicolle, soit à l'Institut Pasteur de Constantinople, soit à celui de Paris, a multiplié les travaux de microbiologie. Le cadet, Charles Nicolle, après avoir été comme son frère interne des hôpitaux de Paris et élève de l'Institut Pasteur, débuta à Rouen où, comme médecin des hôpitaux et professeur à l'Ecole, il créa un centre d'études microbiologiques.

En 1903, appelé à Tunis par M. Pichon, il poursuivit d'abord la réorganisation matérielle, la réorganisation financière et l'organisation scientifique de l'Institut Pasteur.

Associant à ses travaux le corps médical tunisien, M. Charles Nicolle reprend avec Triole et Hayat l'étude de la fièvre ondulante; avec Cassuto et Cortesi, E. Levy, Calamida, Ortona, Conor et Conseil, celle du Kala Azar; avec Conseil, son précieux et fidèle collaborateur et avec Broc, celle du typhus; avec Benoît et Coignerai celle du Bouton d'Orient; avec Gobert celle de la bilharziose et de l'ankylostomiase.

Il faudrait encore citer ses travaux sur le trachome avec Cuénod et U. Lumbroso, ses belles recherches sur les infections inapparentes, sur les sérums de convalescents, sur les vaccins microbiens, sur toutes les maladies microbiennes...

Une œuvre comme celle de Charles Nicolle est immense autant par ses résultats que par le travail qu'elle représente.

Autour de lui à l'Institut Pasteur se sont groupés Charles Comte, Albert Husson, Alfred Conor, Ludovic Blaizot, Georges Blanc, Charles Lebailly, Edouard Chatton enfin et surtout Charles Anderson et Etienne Burnet.

C'est avec eux que Charles Nicolle a pu créer les précieuses *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis.*

Il y a quelques mois, M. Charles Nicolle, titulaire du prix Osiris, était reçu solennellement à l'Hôtel de Ville de Rouen où le fêtaient ses concitoyens.

La cérémonie qui vient d'avoir lieu à Tunis et au cours de laquelle une médaille d'or lui a été remise au nom de 500 souscripteurs a été un nouvel et très émouvant hommage d'admiration et de gratitude.

Remplaçant M. Lucien Saint appelé à Paris par les devoirs de sa charge, M. Ristelhueber, consul général de France, s'est fait l'interprète de la reconnaissance que l'administration et la population tunisienne ont contractée depuis vingt-cinq ans envers M. Nicolle. Puis M. Conseil, au nom du Comité, M. Borrel au nom de l'Institut Pasteur de Paris et du professeur Emile Roux, M. le professeur Halipré, au nom de l'Ecole de médecine de Rouen, prirent successivement la parole.

En les remerciant, M. Charles Nicolle, avec son habituelle modestie, reporta sur ses collaborateurs, sur nos chers confrères tunisiens, en particulier, tout le mérite de ses travaux et son grand cœur n'eut garde d'oublier les préparateurs morts à la peine comme Alfred Jannot et Habib qui furent les plus dévoués de ses auxiliaires. F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivie, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le docteur Fernand Briault vient d'organiser 11, rue Violet, Paris (XVe), une maison de santé de chirurgie qui accepte à forfait les malades de condition modeste.

Pour tous renseignements, s'adresser sur place ou téléphoner : Ségur 77-41.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

A. APPAREIL RESPIRATOIRE

Diagnostic des suppurations pulmonaires chroniques. (D. OLMER et R. POINSO. *Marseille méd.*, 5 fév. 1928.) — Le diagnostic positif a pour éléments principaux les caractères de l'expectoration, de la température, les signes physiques et radiologiques, les antécédents et l'évolution.

Avant la vomique, premier signe révélateur, on méconnaît habituellement la suppuration; il faut craindre de persévérer dans l'erreur du fait d'une vomique fractionnée.

La courbe de l'expectoration, le parallélisme avec les poussées thermiques des poussées de fétidité sont des signes importants qui devront orienter l'examen bactériologique et cytologique.

La température n'est pas toujours de type suppuratif; en tous cas, à l'opposé de ce qu'on observe dans les suppurations pleurales, la fièvre coïncide avec la vomique et persiste malgré l'évacuation du pus.

Il faut peu se fier à l'auscultation qui donne des signes trop variables. L'examen à l'écran doit être obligatoirement complété par une radiographie qui montrera une ombre soit diffuse, soit circulaire et régulière rappelant celle d'un kyste hydatique, ou encore un aspect cavitaire, unique ou multiple, hydroaérique ou sans liquide, interlobaire parfois. Le lipiodol donne un aspect particulier mais que l'on ne peut toujours réaliser.

La bronchoscopie, l'examen de sang ne sont pas moins importants.

On tiendra enfin le plus grand compte de l'évolution par poussées successives après un premier stade de congestion pulmonaire traînante.

Le diagnostic différentiel se fera surtout avec la bacillose pulmonaire, la pleurésie interlobaire, la bronchiectasie et se complétera de l'identification du germe causal.

Ne pas perdre de vue l'importance nouvellement mise en évidence des infections focales, bucco-dentaires en particulier.

Dans l'actinomycose l'examen bactériologique ne donne pas toujours les résultats positifs qu'on en attend mais l'absence de fibres élastiques dans les crachats aurait pour certains auteurs une valeur particulière. R. LEVENT.

Introduction à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses. (D. OLMER et R. POINSO. *Marseille méd.*, 5 fév. 1928.) — Dans l'impossibilité d'adopter une classification étiologique, pathogénique, anatomique ni bactériologique les auteurs s'orientent à la lumière de la seule clinique.

Ils distinguent les abcès au cours de septicémies, médicales, chirurgicales ou obstétricales où l'ensemble des signes d'infection voile la localisation pulmonaire; les abcès migrateurs d'un diagnostic plus aisé par extension d'une suppuration de voisinage; des suppurations par corps étranger dont la latence rend la reconnaissance difficile, surtout hors de l'examen radiologique.

Non moins délicate est l'identification des suppurations secondaires à un infarctus, à un kyste hydatique infecté, à un cancer; dans ce dernier cas si la suppuration est intra-cancéreuse les signes de tumeur peuvent être masqués, si elle est extracancéreuse ou se fourvoie facilement du côté de la pleurésie purulente ou de la gangrène pulmonaire.

A côté de toutes ces suppurations secondaires du poumon il en est de primitives.

Les unes sont aiguës, par gangrène pulmonaire, abcès pneumoniques ou bronchopneumoniques à germe le plus souvent unique où les signes de phlegmasie pulmonaire sont brusquement modifiés par une vomique après laquelle peuvent apparaître des complications aussi graves que l'affection causale. Chez l'enfant où elles sont fréquentes les lésions n'ont aucun cachet particulier.

D'autres sont des abcès à germes divers, les abcès des gazés, la pneumonie disséquante.

Parmi les suppurations chroniques, place faite aux abcès amibiens, on rencontre des mycoses associées ou non à un autre agent infectieux et qui réalisent le tableau d'une bacillose chronique; c'est surtout le laboratoire qui met sur la bonne voie.

Il en est enfin de fétides, à évolution en phases successives caractéristiques et dont la gravité propre s'augmente de celle des complications, pleurales, hémoptoïques ou bronchiectasiques. R. LEVENT.

Que doit-on attendre des méthodes thérapeutiques dirigées contre les suppurations pulmonaires chroniques en dehors des grandes interventions chirurgicales? (D. OLMER et R. POINSO. *Marseille méd.*, 5 fév. 1928.) — Les suppurations pulmonaires chroniques n'ont guère cette tendance fréquence des suppurations aiguës à une guérison ou à un arrêt spontanés. Il y a tout au plus des pseudo-guérisons, parfois très prolongées, à la vérité mais qui n'en ménagent pas moins de fâcheuses désillusions. On ne peut attribuer cette évolution au terrain ni à la virulence des germes; peut-être doit-on au contraire, tenir compte d'une affinité particulière des microbes pour les vaisseaux dont l'atteinte est fréquente.

Sérothérapie, vaccinothérapie même par autovaccins sont inefficaces et il convient de ne pas confondre avec une guérison la simple disparition de la fétidité. La chimiothérapie, en dépit de la présence de parasites de type spirillaire n'est pas plus efficace.

On a tenté le pneumothorax artificiel. Dans quelques cas il s'est montré dangereux (rupture de l'abcès dans la plèvre, hémoptysies abondantes, septicémies mortelles); d'autres fois l'état de sclérose du poumon le rend inefficace. Mais dans quelques cas il a pu être curateur. Ces cas sont malheureusement trop peu nombreux; il faut que la plèvre soit libre, le poumon compressible; la vomique doit avoir été aisée et copieuse. Encore faut-il toujours demeurer en pression négative, comprimer lentement et intervenir assez tôt pour trouver des lésions souples et susceptibles d'accolement.

Quant à la cure de soif elle semble surtout avoir été efficace dans des cas de diagnostic erroné. Le drainage d'attitude

avec ou sans aspiration bronchoscopique, techniques récentes, demandent plus ample examen.

La thérapeutique médicale est donc bien pauvre et il semble qu'à l'heure actuelle, c'est la chirurgie qui malgré la gravité des interventions, offre le plus de ressources.

R. LEVENT.

B. APPAREIL CIRCULATOIRE

Du taux relatif des globules blancs éosinophiles et basophiles dans le sang. (N. Lœwenthal. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 juin 1927.) — L'auteur communique le résultat de ses recherches sur le sang de deux amphibiens, triton et grenouille, dont il a démontré les éléments éosinophiles et basophiles; ce point particulier d'hématologie est encore mal connu, même chez l'homme et la note présente est un fragment de recherches plus étendues.

Chez des grenouilles de diverses espèces, les résultats obtenus, très variables, ne permettent que des conclusions d'ensemble : les éléments basophiles sont plus abondants que les éosinophiles, ils semblent plus nombreux aussi que chez l'homme, tandis que le taux d'éosinophiles paraît à peu près le même chez l'homme et chez la grenouille.

Chez le triton, il y a plus de basophiles que chez l'homme, et plus de basophiles que d'éosinophiles, les taux d'éosinophiles de l'homme et du triton semblent également comparables.

R. LEVENT.

Recherches expérimentales sur l'action de la lécithine sur la pression artérielle. (F. Thomas. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 juin 1927.) — L'auteur a étudié l'effet de la lécithine sur la pression artérielle du lapin pour se rendre compte de l'action dépressive éventuelle du groupement choline qu'elle contient et comparer son action à celle de la cholestérine.

La lécithine, comme la cholestérine, élève temporairement la tension; à dose égale, l'action de la lécithine est de 1/3 environ moins intense que celle de la cholestérine, peut-être à cause de l'action dépressive propre de la choline.

On connaît mal le mécanisme de cette action, mal aussi son effet sur le rein qui en élimine la plus grande partie.

Ces notions confirment le bien-fondé de certaines prescriptions diététiques classiques chez les rénaux.

R. LEVENT.

Les origines et le traitement de l'hypertension essentielle. Son traitement par le sulfocyanate. (Leslie T. Gager, *Journ. of Amer. méd. Assoc.*, 14 janv. 1928.) — Statistique initiale de 2.000 cas « moyens » pour l'établissement du taux relatif des hypertendus essentiels.

A la suite des travaux de Pauli (1903) et de ceux plus récents de Westphal l'auteur a remplacé l'iodure de potassium par une solution de sulfocyanate de potassium, 2.50 p. 1.000 dans l'eau. Il l'administre après le repas à raison de 4 centimètres cubes par prise. Trois prises par jour pendant une semaine, deux prises, puis une prise pendant les deux semaines suivantes, avec des variations dans ce rythme et des prolongations de traitement selon les nécessités, sans autre traitement.

35 sujets ont été traités dont 25 ont été suivis plus de six mois. Dans 3 cas seulement il y a eu insuccès complet; dans 20 on a constaté une chute de la tension moindre d'ailleurs pour le minima que pour le maxima; en même temps que s'atténuaient les signes fonctionnels. Dans un cas les symptômes ont reparu deux semaines après l'arrêt du traitement. Dans un cas des symptômes angineux frustes ont été améliorés.

Deux fois on a observé une éruption rappelant celle des iodures; une fois de l'asthénie au début du traitement.

Comme contre-indications l'auteur mentionne les affections aiguës, les néphrites, l'insuffisance rénale. R. LEVENT.

Etiologie de la leucémie. (H. M. Woodman. *British med. journ.*, 14 janv. 1928.) — Analyse de 25 cas récents et de leur étiologie.

Sur 11 cas de leucémie myéloïde, 10 présentaient des foyers d'infection chroniques, dentaire le plus souvent ; sur 9 de leucémie lymphoïde 6 étaient dans la même cas.

L'auteur écarte la théorie tumorale des leucémies et se range plutôt à la théorie infectieuse; il cite les expériences d'inoculation positive et de transmission chez l'oiseau (Ellermann), sans se prononcer sur l'élément ultra-parasitaire encore mal connu incriminé par Gye dans la production des tumeurs.

R. LEVENT.

Un cas d'anémie pernicieuse traitée par le foie. (F. A. Phillips. *British med. journ.*, 21 janv. 1928.) — Une observation d'anémie cryptogénétique chez une femme de soixante-huit ans. L'amélioration commence le jour même de la première ingestion de foie. L'auteur ne dissimule pas que son impression est plutôt d'une rémission sur la durée de laquelle l'avenir pourra seul décider. Il n'en reste pas moins notable que le régime de Whipple a été suivi d'une amélioration telle qu'on n'en rencontre guère chez des malades de cet âge.

R. LEVENT.

Traitement de l'anémie pernicieuse par le foie. (H. P. Brewer, A. G. Wells et F. R. Fraser, *British med. journ.*, 4 fév. 1928.) — Neuf observations d'anémie pernicieuse en rechute ou avant leur première rémission; le foie a été la seule thérapeutique. Cliniquement et hématologiquement, les résultats corroborent ceux de Minot et Murphy. Dix autres observations confirment cette impression mais sont trop incomplètes pour figurer dans une statistique.

R. LEVENT.

Les périodes de rémission au cours de l'anémie pernicieuse et la valeur du traitement par le foie. (A. Sonnenfeld. *Deuts. med. Woch.*, 10 fév. 1928.) — Il est nécessaire pour juger en connaissance de cause des résultats réels de la cure de foie, de revoir après un délai les sujets traités.

Il est nécessaire aussi de savoir sur quelles bases a été établi le diagnostic, nécessaire aussi de suivre par des examens en série l'évolution d'une maladie dont on connaît assez les rémissions spontanées et les récidives.

En ce qui concerne les rémissions on peut non seulement les reconnaître cliniquement mais les caractériser hématologiquement. Il existe aussi une formule caractérisant la période de récidive, formule d'augmentation des destructions sanguines. Pour l'auteur à ce moment tous les traitements sont inefficaces, même le foie.

Il faudrait donc pour connaître la valeur de la méthode de Whipple que les observations désormais publiées mentionnent le degré de l'anémie, le nombre des récidives, la présence des mégaloblastes, la proportion relative des mégaloblastes et des normoblastes, l'intensité de l'hémolyse, les signes de régénération de la moelle osseuse, les résultats de l'examen de la moelle sternale, la persistance de la formule de rémission. R. LEVENT.

C. APPAREIL DIGESTIF

L'autohémothérapie dans le traitement de l'ulcère gastrique. (Cerf. *Bruxelles méd.*, 6 nov. 1927.) — L'ulcus a une étiologie complexe, mais dans son évolution et dans la production des poussées aiguës l'infection semble jouer un rôle important; aussi certains auteurs ont-ils, par des procédés divers, pratiqué la protéinothérapie qui a souvent donné des résultats encourageants.

L'auteur l'a pratiquée par réinjection au malade de son propre sang, citraté ou non, 10 à 20 centimètres cubes environ; injections répétées en moyenne tous les deux ou trois

jours; il y a peu de phénomènes de choc; les bons effets du traitement paraissent en général acquis en huit à dix injections. Il y a parfois au début quelques signes de légère réaction, mais le bien-être reparaît très vite; les signes gastriques disparaissent en même temps que s'atténuent les troubles digestifs et que l'appétit reparaît.

Les contre-indications semblent uniquement être : l'existence d'une tuberculose ancienne, la rétraction cicatricielle au niveau de l'ulcus ou la sténose confirmée.

Ce traitement, qu'on ne saurait cependant pas appliquer à toutes les formes d'ulcère, rendrait parfois de précieux services dans les « lendemains douloureux de la gastro-entérostomie » où la thérapeutique est parfois si désarmée.

R. LEVENT.

L'amibiase hépatique et son traitement par le chlorhydrate d'émétine. (U. MONNIER. *Gaz. méd. de Nantes*, 1ᵉʳ janvier 1928,) — Un colonial (Cameroun, Maroc), n'ayant eu ni paludisme, ni dysenterie, est pris subitement d'un violent frisson, avec douleur très aiguë au niveau du foie; il se soigne chez lui pendant une quinzaine de jours, ayant de la fièvre, puis, constatant l'apparition d'une tuméfaction épigastrique, il entre à l'Hôtel-Dieu. C'est alors un malade au facies grippé, avec une température de 38°4, un pouls à 120, une langue sèche et rôtie; il souffre beaucoup au niveau de la région hépatique et on trouve, faisant saillie sous la peau, au lobe gauche du foie, une masse du volume d'une grosse orange, très douloureuse au palper, fluctuante; la rate n'est pas percutable; poumons, cœur normaux; urines normales; diagnostic : abcès du foie. Traitement : deux injections, chaque jour, de chlorhydrate d'émétine à 4 centigrammes chacune. Après cinq jours de traitement, la température est tombée à la normale, les douleurs ont disparu, la tuméfaction a rapidement diminué, et bientôt on la retrouve à peine. Le traitement par l'émétine est continué, si bien que le malade a reçu 1g80 d'émétine, sans la moindre apparence d'un signe quelconque d'intoxication. Il quitte l'hôpital, prévenu qu'il est exposé à des récidives, mais n'est plus revu.

Les abcès du foie, rares en France avant la guerre, y sont devenus plus fréquents et on publie, de plus en plus, des cas autochtones, survenant chez des sujets non seulement indemnes de dysentérie antérieure, mais même n'ayant jamais séjourné aux colonies. C'est l'amibiase hépatique, terme qui ne préjuge ni du volume de l'abcès, ni de son origine coloniale ou autre.

Dans sa forme classique, l'amibiase hépatique a trois périodes : la première avec un syndrome de congestion du foie, la seconde avec des signes physiques (voussure d'un lobe ou d'une partie d'un lobe), le troisième évoluant soit vers la résolution spontanée, d'une rareté exceptionnelle, soit vers l'évacuation de l'abcès par voies diverses, soit vers la mort.

Mais on observe souvent d'autres formes cliniques, en particulier une forme subaiguë ou chronique dont l'évolution se chiffre par mois, même par années (foie bosselé amibien de Ravaut; hépatite chronique amibienne de Achard, Paisseau et Hutinel). Dans beaucoup de ces cas, les symptômes de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite sont au premier plan (forme pulmonaire de l'amibiase hépatique subaiguë ou chronique).

Pour le diagnostic, deux grandes éventualités sont à envisager : ou bien l'amibiase hépatique évolue sans abcès apparent, ou il existe un foyer de suppuration. La première peut donner lieu à diverses erreurs : congestion du foie, hépatite paludéenne, et même hyste hydatique ou cancer du foie, voire tumeurs vésiculaires. En cas de foyer de suppuration, il s'agit de reconnaître si l'abcès est hépatique ou extra-hépatique, et, dans la première hypothèse, quels sont la nature, le nombre et le siège de l'abcès.

En résumé, il fait, plus souvent qu'autrefois, penser à l'amibiase hépatique et bien retenir qu'un amibien n'est pas forcément un colonial; s'il l'est ou l'a été, il peut fort bien n'avoir jamais eu de dysenterie. La recherche des amibes dans les selles ne fournira pas la preuve décisive de la nature de la maladie; des examens répétés restent souvent négatifs, même faits par des parasitologues très compétents.

Et cependant, il importe de faire le diagnostic d'amibiase hépatique, car, avec un traitement par le chlorhydrate d'émétine, on obtient très souvent des succès rapides. Sont sensibles à l'émétine les amibiases congestives à la période pré-suppurative, les types subaigus et chroniqnes, et même certaines hépatites aiguës suppurées; parmi celles-ci, quelques-unes nécessitent une intervention chirurgicale, mais bénéficient également de l'émétine, en ce qui concerne les suites opératoires et aussi les récidives toujours possibles. Les cas douteux d'amibiase doivent subir un traitement d'épreuve au chlorhydrate d'émétine (8 centigramme chaque jour pendant six jours consécutifs).

M. BRELET.

Un cas de polypes multiples de l'estomac. (L. LAMAS. *Arch. des mal. de l'appareil dig. et des mal. de la nutrition*, mars 1928.) — Une exagération des phénomènes douloureux chez un dyspeptique ancien fait malgré des caractères un peu imprécis, porter un diagnostic d'ulcus que semble confirmer à l'examen radioscopique la présence de niches. Au cours de l'intervention, le palper de l'estomac montre dans la cavité gastrique une sorte de corps étranger mou, mobile, adhérent par places à la paroi. L'ouverture de l'estomac laisse voir une masse dont l'aspect villeux rappelle celui des polypes nasaux; elle prend son implantation sur une muqueuse gastrique dont la quasi-totalité semble atteinte d'une altération analogue. On referme donc après biopsie.

L'examen histologique fait porter le diagnostic de polypose gastrique adénomateuse avec réserves en ce qui touche une transformation carcinomateuse en certains points.

La guérison apparente se maintient depuis trois ans.

R. LEVENT.

Trois cas de diarrhée grave à allure de sprue. Etude de cette affection tropicale. (E. ANTOINE. *Arch. des mal. de l'appareil dig. et des mal. de la nutrition*, janv. 1928.) — L'auteur rapporte trois observations de sujets originaire de Cuba ou du Mexique, souffrant depuis plusieurs mois de diarrhée ayant résisté à tous les traitements sinon aggravée par eux, avec ballonnement abdominal, glossite, amaigrissement rapide, anémie grave à type progressif. Dans tous les cas, les selles sont jaunes, très abondantes, extrêmement acides, mousseuses comme du blanc d'œuf. L'examen chimique montre une digestion insuffisante des graisses des sucres et de l'amidon.

Ces divers caractères font porter à l'auteur le diagnostic de sprue en dépit de l'absence dans les selles de monilia psilosis.

L'auteur prescrit le traitement préconisé contre la sprue par Ashford. Dans les 3 cas rapportés l'amélioration se produit avec une rapidité et une netteté qui ont valeur de confirmation clinique; ces améliorations se sont maintenues plusieurs mois ou plusieurs années suivant les sujets, malgré le retour dans les pays tropicaux. A titre adjuvant on a employé des transfusions, le régime de Whipple contre l'anémie qui s'améliorait moins rapidement que les symptômes digestifs.

L'auteur rappelle les caractères cliniques et anatomique de cette affection rarement rencontrée dans les pays tempérés et termine sur les prescriptions diététiques (régime pauvre en hydrates de carbone et riche en vitamines) qui forment la partie principale du traitement de la sprue.

R. LEVENT.

Un cas de péritonite purulente généralisée traitée par un courant continu intrapéritonéal d'oxygène. (Marc ROUSSIEL. *Bruxelles méd.*, 6 nov. 1927.) — L'auteur rapporte une observation de péritonite purulente aiguë généralisée, avec état général précaire, opérée au quatrième jour dans un état quasi-désespéré. Après incision et mise en place du drainage on pratique une injection intrapéritonéale d'oxygène sous

pression; le courant gazeux est maintenu sans interruption pendant quatre-vingt-seize heures. Malgré une broncho-pneumonie à foyers multiples et la production d'une fistule par chute d'une escarre cæcale, au dix-neuvième jour la malade guérit. R. LEVENT.

D. TUMEURS

A propos de la production expérimentale de carcinomes mammaires. FISCHER-WYSELS. *Münch. med. Woch.*, 13 janv. 1928.) — La transmissibilité du sarcome de la poule n'implique pas que la cause du cancer soit un virus, même si l'on assimile malgré leurs différences histologiques le sarcome de la poule et ceux des mammifères.

Les auteurs s'accordent actuellement à admettre pour origine de la tumeur la malformation congénitale ou la transformation d'une cellule normale sous une influence déviatrice extérieure. Certains agents permettent de réaliser expérimentalement cette transformation. Certaines cellules s'y prêtent mieux que d'autres, ce sont les cellules indifférenciées : cellules embryonnaires et cellules de tissus en régénération.

Certains agents agissent peut-être (goudron) après dissolution dans les lipoïdes cellulaires; d'autres (arsenic) en entravant les oxydations intracellulaires.

Il en est sans doute ainsi dans le sarcome des mammifères comme dans celui de la poule mais la substance active s'isole et se transmet sans doute moins aisément quoiqu'on y puisse parvenir.

La quantité de l'agent chimique qui entre en jeu paraît de première importance et l'on y retrouve l'effet des très faibles dilutions.

Ces observations faites dans le cas des cellules embryonnaires paraissent s'appliquer aussi aux cellules des tissus en régénération.

L'auteur a essayé la production expérimentale de tumeurs chez la souris en leur administrant de très petites quantités d'arsenic et en produisant concurremment des irritations locales au moyen d'une solution de scharlachrot dans l'huile. La plupart des essais ont été infructueux. Les cancérisations n'ont pu être obtenues que par des injections intramammaires répétées et après une incubation très prolongée. La tumeur provoquée était un adénocarcinome qui a donné des métastases.

L'alliance des deux substances et la très longue durée de l'irritation semblent nécessaires au succès.

R. LEVENT.

Infections et tumeurs. (Max BORST. *Münch. med. Woch.*, 6 janv. 1928.) — Résumé des critiques que soulève en l'état actuel de nos connaissance la théorie de l'origine parasitaire des tumeurs. Il faut tenir compte non seulement des résultats partiels obtenus dans le sarcome de la poule et les cultures de tissus *in vitro* mais encore de l'ensemble des faits dans la pathologie humaine. On ne peut mettre actuellement en cause ni un agent spécifique, non encore identifié du reste, ni les agents divers d'infections banales. D'autre part, l'irritation locale ne semble ni nécessaire ni pouvoir dans bien des cas être mise en cause. Il faut plus probablement suivant l'auteur mettre en cause un ensemble de facteurs et de conditions qu'il reste d'ailleurs à déterminer et à reproduire.

Le problème se rapporterait vraisemblablement au problème physiologique de la croissance, dont les conditions sont encore des plus mal connues. Une croissance irrégulière, atypique n'est qu'un cas particulier d'un phénomène général; c'est dans cette direction qu'il faudrait rechercher la solution de l'énigme. R. LEVENT.

E. GÉNÉRALITÉS

La vaccination jennérienne est-elle réellement inoffensive? (E. JUILLARD. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 oct. 1927.) — La question eût paru oiseuse voici peu d'années encore et la réponse allait de soi. Des faits récents et de plus en plus nombreux publiés dans divers pays rendent actuellement la réponse moins aisée. On discute toujours, il est vrai sans pouvoir conclure, et l'on ne peut affirmer encore que les accidents observés, dont la ressemblance entre eux est troublante ainsi que leur faible délai d'apparition après une vaccination, sont ou ne sont pas d'origine vaccinale, sont ou ne sont pas dus à un mode de préparation de la lymphe vaccinale, à une inoculation trop généreuse ou à un autre germe inoculé conjointement, ou à une encéphalite d'autre origine concomitante (bien que cette « coïncidence » soit bien fréquente) ou du réveil d'une infection latente par une vaccination intempestive?

Il faut conclure en pratique cependant sans exposer les malades à un danger qu'on pourrait éviter et sans les exposer inutilement à la variole, danger qui n'est pas moindre.

L'auteur en arrive aux conclusions suivantes : n'employer que des vaccins de faible puissance, reconnus comme tels après essai sur l'homme (?). Prévenir les patients, ou leur famille, du risque de la vaccination (ce qui peut, semble-t-il, les engager à s'y soustraire). Ne vacciner les sujets qu'après qu'un examen médical les aura montrés indemnes de toute maladie en évolution ou en incubation. Ne vacciner qu'en temps d'épidémie variolique et s'abstenir s'il y a une épidémie d'encéphalite aiguë. Ne faire que des scarifications très superficielles, de très faibles dimensions, chargées de très peu de lymphe.

En somme, question à éclaircir, mesures d'attente à la fois délicates et d'efficacité douteuse. R. LEVENT.

L'encéphalite postvaccinale. A propos de l'article du docteur Juillard : La vaccination jennérienne est-elle absolument inoffensive? (Prof. G. SOBERNHEIM. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 mars 1928.) — Le nombre des cas d'encéphalite postvaccinale actuellement connu est devenu trop considérable pour qu'on puisse encore parler de coïncidence; il semble qu'on ne puisse plus douter du rapport de cause à effet entre l'une et l'autre.

On ne peut incriminer la qualité du vaccin puisque les accidents ont été observés après l'emploi de lymphes diverses d'origine et qu'une même lymphe employée en divers endroits n'a pas donné régulièrement lieu à des accidents; de même en ce qui concerne le neuro-vaccin. Non plus la virulence du vaccin, car des accidents ont pu apparaître après des éléments de vaccine nullement exagérés; ni le neurotropisme particulier d'un produit vaccinant.

La précaution prise de vacciner légèrement n'a pas non plus suffi pour mettre à l'abri des accidents nerveux, en tenant compte de la nécessité d'obtenir une réaction locale minima compatible avec la production d'une immunité. Il est des techniques diverses toutes employées depuis très longtemps et ayant fait leurs preuves qu'on ne saurait supprimer par simple décret et dont on ne saurait non plus prouver qu'elles sont par elles-mêmes nocives alors surtout que les titrages biologiques des instituts vaccinaux n'ont pas toujours pour correspondantes des réactions cliniques uniformes, élément qui importe surtout. L'âge, la réceptivité du sujet, la primo-vaccination, les revaccinations sont des éléments d'importance au moins égale. Les réactions de l'animal ne sont pas comparables à celles de l'homme qui lui-même est d'autant plus sensible que plus avancé en âge.

Il semble donc pour l'auteur qu'on doit mettre au premier plan des éléments à considérer les particularités individuelles; on aurait une première explication de la rareté statistique des accidents dans la masse immense des sujets vaccinés.

Ce point admis, reste à savoir si l'encéphalite est de nature réellement vaccinale ou s'il s'agit du réveil par la vaccination d'une encéphalite d'autre nature dont les germes sont latents,

C'est à la seconde hypothèse que se range l'auteur, puisqu'on n'a jamais, ou presque, trouvé dans le cerveau le germe vaccinal; qu'un semblable insuccès dans la recherche du germe de l'encéphalite a pour diverses raisons une autre valeur, que l'expérimentation sur l'animal n'a guère fourni de quoi incriminer le virus vaccinal; que dans les cas d'expérience positive rien ne prouve que la vaccine ne vienne pas seulement mobiliser un autre virus jusqu'alors latent et qui semble pour certains avoir besoin pour se manifester de l'action adjuvante d'un autre germe. On ne peut encore tenir compte des différences parfois élevées dans l'aspect des lésions.

En pratique, la conduite à tenir demeure la même pour l'auteur. La coïncidence d'épidémies de variole et d'encéphalite devra provoquer non l'abstention mais la discrimination sévère entre les sujets à vacciner; les enfants, moins sensibles à la vaccination, devront être vaccinés et de préférence au cours de la première année.

Il n'est en tous cas pas question de renoncer aux bienfaits incontestables de l'immunisation antivariolique.

R. LEVENT.

A propos des complications locales de la vaccination antivariolique. (A. Cramer. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 oct. 1927.) — Deux nouvelles observations de violentes réactions locales à l'occasion d'une revaccination. Ulcérations étendues aux points de scarification avec adénopathie; escarres avec adénopathie.

L'auteur ne formule aucune explication pathogénique.

R. LEVENT.

Le problème de l'encéphalite post-vaccinale. (H. Pette. *Münch. med. Woch.*, 3 fév. 1928.) — On a beaucoup parlé depuis quelque temps de processus aigus ou subaigus frappant le système nerveux au cours d'immunisations, vaccination jennerienne en particulier.

Les caractères cliniques et anatomiques sont incontestablement inflammatoires et infectieux mais on ne sait encore rien de certain sur le germe en cause. Cliniquement ces accidents ressemblent de façon frappante à l'encéphalomyélite disséminée de l'adulte et on y retrouve la même réaction de la névroglie. On a observé les mêmes accidents à la suite de la rougeole.

S'agit-il de l'exaltation par la vaccination de la virulence du germe d'une autre maladie ou n'y a-t-il qu'un seul et même virus causal qui n'est libéré que dans certaines conditions spéciales que réalise l'immunisation?

L'inoculation du vaccin à des animaux a causé la mort d'un certain nombre par un processus infectieux relevant du bacillus bipolaris, dans un délai variant de quatre à quinze jours après l'injection.

On a obtenu les mêmes accidents par réinjection d'émulsions de cerveau ou d'autres viscères, et par injection d'un extrait de culture de bacille bipolaris sans réaliser jamais d'encéphalite vaccinale. Le bacille bipolaris qui est un saprophyte habituel des fosses nasales se disséminerait dans l'organisme en causant une infection mortelle.

On peut vacciner contre lui des animaux déjà immunisés contre la variole.

On peut donc penser que l'immunisation contre une maladie peut à un moment créer de la sensibilité à une autre infection.

En opposition avec les conceptions de Lucksch, Deunne et d'autres nient le neurotropisme du vaccin jennérien et se refusent à trouver dans la présence du virus vaccinal dans les centres nerveux la preuve de son rôle déterminant. L'encéphalite dite vaccinale aurait donc un autre germe que celui de la vaccine elle-même.

Il ne semble pas non plus qu'il s'agisse de l'agent de l'encéphalite épidémique en raison des différences des localisations et des lésions; c'est avec l'encéphalomyélite aiguë disséminée, au contraire, due à un ultravirus qu'on trouve des analogies; il y aurait seulement différence d'intensité et de résistance du terrain.

Ce fléchissement de l'immunité serait un phénomène d'ordre général et ce seraient seulement les circonstances de temps et de localisation qui feraient d'un germe quelconque un agent pathogène.

R. LEVENT.

Les bases physiologiques de la protéinothérapie. (Prof. D. Nonnenbruch. *Münch. med. Woch.*, 27 janv. 1928.) — Quel que soit le produit employé, l'injection de protéines paraît déterminer une série de phénomènes qu'on peut, avec Freund, comparer à une infection en raccourci : premier stade ou phase négative de R. Schmidt; deuxième stade ou phase positive marquant la rétrocession des phénomènes anormaux. On observe en même temps des modifications sanguines et hépatiques qui peuvent exister même avec des doses très faibles et sans modifications cliniques; on les retrouve même après action d'agents thérapeutiques sans rapports avec la protéinothérapie. Sans doute les processus pathologiques donnent-ils des phénomènes comparables.

Sans doute l'élément actif réside-t-il dans les produits de la protéolyse qui s'effectue localement et qui se soustrairont peut-être toujours à une posologie précise.

Il se fait certainement des modifications sanguines dont nous ne connaissons pas la totalité; elles ne suffisent pas en tous cas à expliquer tous les effets de la protéinothérapie; mais il se produit surtout une réaction de foyer que nous ne savons que produire mais non pas diriger et les phénomènes de choc provoqués aboutissent, tantôt à une amélioration, tantôt à une aggravation.

Tout se passe au sein des tissus et les réactions humorales ne sont que des résultantes et des témoins. C'est une thérapie cellulaire et non une thérapie humorale. C'est ainsi qu'on a observé une réaction du système réticulo-endothélial dont on ignore encore la signification.

On sait que du sang extrait des vaisseaux devient pharmacologiquement actif par destruction des plus fragiles de ses éléments; il en résulte des poisons divers, « précoces » et « tardifs », d'action différente et susceptibles de s'inhiber les uns les autres.

Freund a montré l'existence dans le sang frais de substances analogues après injection de protéines. Ces substances agissent sur le système nerveux végétatif, sur les centres régulateurs de la thermogenèse, et par leur intermédiaire ou non, sur le métabolisme azoté et sur la nutrition générale.

Meyer et Reinhold, après injection de protéines, ont observé une disparition prématurée de la raie spectroscopique de l'oxyhémoglobine, signe d'augmentation de la respiration tissulaire. D'autres points sont mal connus : modifications du métabolisme de l'eau, de celui des éléments minéraux; influence sur le système sympathique, et ne permettent encore aucune conclusion.

On peut seulement penser que les protéines ont des effets des plus complexes et que le mécanisme de leur action n'est pas uniforme dans toutes les circonstances. R. LEVENT.

Un cas d'éléphantiasis tropicale récente traité par la protéinothérapie. (W. E. Cooke. *The Lancet*, 25 janv. 1924.) — Dirigé par l'influence qu'il attribue à l'infection secondaire sur l'éléphantiasis à filaire de Bancroft si rebelle à tous les traitements, l'auteur a traité une éléphantiasis tropicale récente par 4 injections intraveineuses de T. A. B. Les phénomènes de choc se sont produits, surtout intenses aux premières injections et ont été suivies d'une disparition complète de tous les symptômes fonctionnels et physiques. La tonsillectomie faite entre temps est insuffisante à son avis à expliquer une guérison qui se maintient depuis huit mois.

R. LEVENT.

Un cas de syndrome de Landry polynévritique. (Ch. Mirallié. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 oct. 1927, n° 20.) — Un homme de soixante-quatre ans entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes parce que, depuis quinze jours, il ne peut plus marcher; les phénomènes paralytiques, qui ont débuté aux membres inférieurs, ont gagné les membres supérieurs; à l'examen du malade, on constate aussi une paralysie faciale droite à type périphérique; les réflexes tendineux sont abolis aux membres inférieurs, très diminués aux membres supérieurs; pas de troubles des sphincters; pas de troubles de la sensibilité; la pression des troncs nerveux aux mollets provoque une vive douleur; les nerfs des bras ne semblent pas douloureux à la pression; pas de fièvre. Très rapidement, une amélioration nette se fait sentir à la face, puis aux membres.

A propos de cette observation, M. Mirallié rappelle l'historique de la paralysie ascendante aiguë de Landry et montre que la maladie de Landry doit plutôt être considérée aujourd'hui comme un syndrome relevant de lésions diverses, cantonnées dans le neurone moteur périphérique; tantôt les lésions sont localisées aux cellules des cornes antérieures de la moelle avec intégrité des nerfs (forme poliomyélitique), tantôt au contraire la névrite périphérique est manifeste, intense, alors qu'aucune lésion n'est décelable dans les cornes antérieures (forme polynévritique); parfois enfin l'infection frappe à la fois les cellules des cornes antérieures et les nerfs périphériques (neuronite motrice inférieure de Raymond).

Dans tous ces cas, la paralysie ascendante de Landry est le résultat de quelque toxi-infection.

Certains auteurs considèrent le pronostic du syndrome de Landry comme toujours grave, la terminaison en étant presque fatale. M. Mirallié n'a pas cette impression ayant vu, dans les cas qu'il a observés, au moins autant de guérisons que de décès. La forme polynévritique est certainement la moins grave; elle guérit le plus souvent et même sans laisser de traces; la forme poliomyélitique donne un pourcentage de mortalité plus élevé, et, si le malade survit, il conserve des séquelles, en particulier des amyotrophies plus ou moins étendues.

La forme polynévritique sera reconnue à l'intensité des douleurs, à la douleur provoquée par la pression des nerfs, à l'intégrité des sphincters, à l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Mais aucun signe n'a une valeur absolue; c'est l'ensemble clinique qui seul donne la solution du problème.

M. BRELET.

Le traitement prolongé du goitre exophtalmique par l'iode à dose croissante. (L. Dautrebande et A. Lemort. *Bruxelles méd.*, 16 oct. 1927.) — En 1923 Plummer a montré qu'une quantité suffisante d'iode amène très rapidement chez les basedowiens une sédation de tous les symptômes et un abaissement du métabolisme basal. Les auteurs ont repris ses essais, en s'adressant uniquement aux goitres exophtalmiques vrais et en s'abstenant complètement dans les goitres avec nodules adénomateux.

A l'opposé de Plummer, ils ont pu obtenir des résultats durables à la condition absolue de n'interrompre en aucune façon ni si peu que ce soit le traitement; il faut de plus augmenter graduellement les doses et suivre l'effet du traitement par la mesure du métabolisme basal.

Pour les auteurs la solution de lugol aurait sur la thyroïde une action non seulement stimulante mais régularisante.

Il ne s'agit pas d'une rémission spontanée comme on en voit; mais l'action de l'iode pour être réelle ne saurait cependant, même très longtemps prolongée être curatrice.

Pour les auteurs, comme pour Plummer, il intervient dans la pathogénie du goitre exophtalmique un élément général, à la fois effet et cause du trouble thyroïdien. C'est en agissant par l'iode sur cet élément général qu'on peut en associant l'iodothérapie au traitement chirurgical, espérer améliorer les résultats.

R. LEVENT.

Le changement des conditions biologiques générales considéré comme agent thérapeutique. (A. Sezary. *Progrès méd.*, 30 nov. 1927.) — Pour quelle raison certains agents thérapeutiques ou bien restent-ils inactifs dans certains cas d'une affection où leur emploi est, de façon certaine, habituellement efficaces? Pourquoi dans certains cas leur action n'est-elle que temporaire et pourquoi leur emploi même ininterrompu ne suffit-il pas à empêcher la récidive des symptômes ou l'aggravation des lésions?

Quelle que soit la classification que l'on adopte pour les agents thérapeutiques, il est des cas où la spécificité de ces agents est certainement le facteur qui entre en jeu. Il est cependant des cas où l'on ne saurait en aucune façon faire appel à cette spécificité.

L'auteur considère donc que l'action est due à une réaction de l'organisme vis-à-vis du médicament ou de l'agent thérapeutique. Le résultat dépend donc beaucoup plus de l'état de l'organisme au moment du traitement que de la forme même du traitement. L'activité de la médication est habituellement plus grande à la période d'état qu'à celle du début; cette activité peut disparaître par accoutumance et reparaître après une période de repos.

Le seul mode d'action à invoquer est donc le plus général : le changement des conditions biologiques de l'organisme à l'exclusion de toute action spécifique. Les agents thérapeutiques les plus différents pourront avoir un effet favorable dans une même affection s'ils interviennent en temps utile.

R. LEVENT.

CONGRÈS

LES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY

(PREMIÈRE JOURNÉE : 6 MAI 1928)

Le succès des trois Réunions de 1927 a engagé la Faculté de médecine de Nancy à renouveler cette année encore ces manifestations, en leur conservant l'originale formule des « journées séparées » qui s'est révélée si féconde.

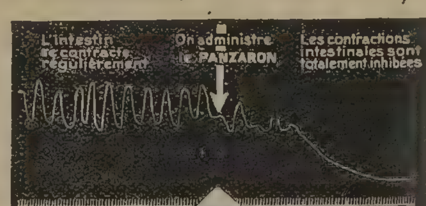
La première journée a eu lieu le 6 mai 1928 et, comme pour ses devancières, le corps médical lorrain a répondu avec empressement à l'appel de la Faculté.

C'est devant deux cents médecins que M. le Doyen Spillmann ouvrit la séance à 9 h. 30 au Grand amphithéâtre de l'Institut anatomique; après avoir remercié l'auditoire d'être venu aussi nombreux, il donna la parole à M. le professeur agrégé Job. Celui-ci avait choisi pour sujet de sa conférence les *anesthésiques et médicaments ocytociques en obstétrique*; ce fut d'abord un examen critique fort documenté des diverses méthodes qui visent à réaliser l' « accouchement sans douleur », et le savant conférencier sut définir avec netteté la place à réserver à chacune des méthodes anciennes et nouvelles; puis M. Job termina par une revue rapide des médicaments ocytociques.

M. le professeur Hamant vint ensuite entretenir ses auditeurs du *diagnostic et traitement de la stérilité féminine*; des multiples causes de stérilité qui se peuvent rencontrer au niveau de chacun des organes de l'appareil génital, M. Hamant fit une classification très claire, et il indiqua avec précision la conduite à adopter dans chaque cas.

Conférenciers et auditeurs se retrouvèrent à midi 30 à l'Hôtel Thiers, en un déjeuner tout amical où suivant la tradition il n'y eut pas de discours; rien qu'un salut cordial de M. le Doyen Spillmann a ses confrères, quelques mots de M. le professeur Castaigne et de M. le docteur Pierson, enfin quelques indications de M. le professeur Perrin relativement aux prochaines journées thermales de Luxeuil.

La séance de l'après-midi s'ouvrit par une présentation de


L'intestin se contracte régulièrement
On administre le PANZARON
Les contractions intestinales sont totalement inhibées

malade : M. le Doyen Spillmann montra aux assistants un cas de lèpre tuberculeuse, et ce fut pour lui l'occasion d'intéressantes considérations sur les mesures prophylactiques et thérapeutiques à adopter.

M. Louis Merklen, chargé du cours d'éducation physique, vint ensuite entretenir l'auditoire des raisons qui amènent le corps médical à s'occuper de plus en plus des questions d'éducation physique et de sport. Il présenta plusieurs films relatifs à la nouvelle méthode française d'éducation physique et indiqua rapidement le fonctionnement et le rôle du nouveau Centre d'études d'éducation physique de la Faculté.

Enfin, M. le professeur Castaigne, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, avait bien voulu accepter de venir exposer à Nancy les *formes de lithiase biliaire que le praticien doit faire opérer*. Ce fut une conférence brillante et documentée où M. Castaigne insista notamment sur les nouveaux procédés de laboratoire à mettre en œuvre pour un diagnostic exact, et sur la nécessité d'avoir recours à eux pour établir l'indication ou la non-indication de l'intervention chirurgicale.

La journée se termina par une visite de l'Institut d'hygiène de la Faculté, complètement réorganisé sous l'active direction de M. le professeur Jacques Parisot. Après un intéressant exposé de M. le professeur Parisot et de M. Zuber, chef de travaux, le personnel de l'Institut fit les honneurs des locaux complètement remis à neuf, et dont d'importantes subventions vont encore permettre un agrandissement prochain.

Ainsi se déroula la première journée médicale nancéienne de 1928, qui a connu en tous points le même succès que ses devancières. Le mérite de son organisation impeccable revient à M. le Doyen Spillmann aux membres du Comité et notamment à M. le professeur Perrin, enfin à M. Pacaud, l'aimable secrétaire de la Faculté; et nous nous faisons bien volontiers l'interprète de tous les assistants pour leur adresser les remerciements et les félicitations qu'ils méritent. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1928)

Application de la méthode à l'acétone à l'étude de la répartition des anticorps dans les sérums agglutinants au cours de l'immunisation. — M. Maurice Piettre et André Chrétien.

Lésions des parois de la bouche et de la langue chez les chiens enragés. — MM. Y. Manouélian et J. Viala. Chez les chiens enragés, alors qu'on ne constate aucune altération à l'œil nu, l'examen microscopique révèle cependant, au niveau des muqueuses de la bouche, des lésions pouvant renforcer la virulence de la bave.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MAI 1928)

Recherches sur les spirochétoses putrides broncho-pulmonaires. — MM. Léon-Kindberg, Cattan et Adida. Dans l'ensemble, et provisoirement, les auteurs concluent que dans la gangrène à rechutes ou abcès putride les spirochètes jouent un rôle considérable, premier dans le temps et l'enchaînement des causes. Mais très vite se surajoute une pullulation des germes anaérobies qui peut ou non commander l'évolution, le pronostic, la résistance aux thérapeutiques arsénicales.

Aspect achondroplasique. Arriération mentale. Troubles trophiques cutanés. — MM. P. Léchelle, D. Douady et Joseph présentent une femme de soixante-trois ans atteinte des techniques diverses, ni les inoculations de fragments de de nanisme d'aspect achondroplasique survenu à l'âge de six ans et accompagné d'arriération mentale considérable. Prenant en considération certains troubles trophiques conférant à la peau une finesse spéciale, les auteurs estiment que des altérations dues au déficit génital et thyroïdien sont développées chez leur malade, en même temps que l'aspect achondroplasique.

Abcès gangréneux du poumon. Spirochètes. — MM. E. Bernard et Desbucquois présentent la pièce anatomique et les coupes d'un cas d'abcès gangréneux du poumon. L'évolution rapide en deux mois, la localisation unique, la limitation nette de la caverne, se traduisant microscopiquement par une ligne de séparation grisâtre et histologiquement par un épaississement de la zone dite « de propagation » font penser que le terme d'abcès est le mieux approprié. L'évolution en deux mois fait la transition entre le cas suraigu de Mutermilch et Séguin et les cas chroniques étudiés par MM. Bezançon et Lemierre. La notion d'abcès gangréneux, enfin, n'est pas sans utilité pratique, car c'est probablement dans ces lésions uniques et nettement circonscrites que l'on pourra peut-être espérer le succès d'une intervention chirurgicale.

Gangrène pulmonaire aiguë avec spirochétose intense des tissus (faux aspect radiologique de pleurésie interlobaire). — MM. Bezançon, Etchegoin, Cayla et Mlle Scherrer rapportent une nouvelle observation de gangrène pulmonaire à évolution aiguë, à spirochètes et à anaérobies type Veillon, Rist et Guillemot.

L'intérêt de ce cas est double; d'abord, du point de vue clinique, l'examen radiologique révélait une bande transversale opaque, simulant l'aspect radiologique de la pleurésie interlobaire. Il s'agissait cependant d'un énorme bloc de gangrène pulmonaire occupant exactement tout le lobe supérieur et délimité exactement par la scissure interlobaire.

L'observation est intéressante du point de vue bactériologique. On trouva dans ces trois cas à la fois des anaérobies du type Veillon et de nombreux spirochètes.

Des photomicrographies, dues à M. Jeantet, de l'Institut Pasteur, montrent le spirochète dans le liquide et dans les coupes, spirochète qui présente la même morphologie que le spirochète trouvé précédemment dans les formes à évolution lente.

Un cas de granulomatose maligne à déterminations ganglionnaire, cutanée, pulmonaire. — MM. G. Caussade et J. Surmont dégagent de leur observation les particularités suivantes :

1° L'évolution clinique n'a pas dépassé six mois.

2° Dans l'ordre chronologique, l'affection a frappé successivement les ganglions des deux aisselles, la peau, la plèvre et le poumon gauches.

3° La sclérose des ganglions est intense malgré la brièveté de l'évolution.

4° L'affection cutanée a été caractérisée par des poussées érythémateuses à répétition, dont chacune était suivie de granulations qui en imposèrent au début pour des vésicules.

5° L'affection pleuro-pulmonaire ne fut qu'une complication, étant consécutive aux lésions des ganglions médiastinaux.

6° Eosinophilie sanguine abondante (40 p. 100) seulement dans les derniers jours.

7° Chaque organe, contenant tous des éosinophiles en proportion plus ou moins grande, a réagi néanmoins suivant sa structure propre.

8° Cette formation gigantesque est précédée d'une inflammation banale (peau et poumon).

9° Ni les examens directs de l'épanchement pleural et des crachats, ni leur culture dans des milieux variés à des températures à 37 et à 20 degrés, ni les colorations des coupes par

ganglions à des cobayes et à un pigeon n'ont pu déceler ni tuberculose, ni saprophyte, ni spirochètes, ni mycélium.

Nodosités sous-cutanées et troubles mentaux au cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. Costedoat et Travail rapportent le cas d'un malade dont l'affection évolua en deux poussées d'une durée de deux mois chacune : la première caractérisée par des arthralgies multiples, des sueurs, de la chorée et des troubles mentaux de type confusionnel; la deuxième séparée de la précédente par plus de neuf mois, se traduisit par de très légères douleurs articulaires, avec endocardite valvulaire, une pleurésie droite des symptômes cutanés (érythème polymorphe avec urticaire) et nodules sous-cutanés (nodosités).

Les auteurs attirent l'attention sur le polymorphisme des manifestations rencontrées. Ce polymorphisme montre une fois de plus que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie débordant infiniment les territoires articulaires, susceptible même de les intéresser si faiblement que le diagnostic est parfois délicat.

Les troubles mentaux furent caractérisés par une phase de dépression mélancolique, puis de confusion mentale délirante et agitée, suivie de guérison complète. Ces troubles surgirent pendant la phase choréique, témoignant ainsi de la diffusion du virus sur l'encéphale.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 28 mars 1928)

M. Laignel-Lavastine, président, annonce la mort du professeur Pitres (de Bordeaux), dont il rappelle la belle carrière scientifique.

Cheiromégalie du gros orteil, mal perforant plantaire, troubles vaso-moteurs au cours d'un tabes fruste chez un adulte hérédo-syphilitique. — MM. Alajouanine, Bascourret et Ducas présentent un malade de quarante-cinq ans atteint depuis son enfance d'une kératite interstitielle bilatérale qui permet d'affirmer l'hérédo-syphilis. Depuis cinq ans, cet homme accuse des douleurs fulgurantes, et il a vu apparaître un mal perforant plantaire au niveau du premier métatarsien, puis une hypertrophie progressive du gros orteil, et enfin des troubles sphinctériens et génitaux.

Les autres signes habituels de la série tabétique font défaut : les sensibilités profondes, les réflexes, le liquide céphalo-rachidien sont normaux.

L'aspect du pied est très particulier. Il y a une énorme cheiromégalie du gros orteil, avec hypertrophie également très nette du pied et de la jambe, élévation de la température locale, exagération de la sudation, de la pulsatilité artérielle, de l'indice oscillométrique, et dilatation des veines. La radiographie décèle une arthropathie métatarso-phalangienne. L'importance des troubles trophiques et sympathiques réalise un aspect pseudo-syringomyélique.

Syndrome choréique chronique à topographie brachio-cervico-faciale avec dysarthrie du type wilsonien, précédé il y a trente ans d'une crampe des écrivains, et, il y a vingt ans, d'un torticolis spasmodique. — MM. Alajouanine, Thurel et Gopcevitch présentent un malade de soixante-deux ans atteint d'une dysarthrie intense de type strié, et de mouvements involontaires des membres supérieurs, du cou et de la face, dont la brusquerie et l'irrégularité donnent, du premier abord, l'impression d'une chorée chronique. Cependant, malgré leur brusquerie et leur irrégularité, ces mouvements se distinguent des mouvements choréiques par les influences auxquelles ils obéissent : le décubitus, certains gestes intentionnels les arrêtent. D'autres gestes volontaires, au contraire, les exagèrent. Tel est le cas, en particulier, pour l'écriture.

Ces troubles ne datent que de huit mois. Mais ce même malade a souffert, il y a trente ans, d'une crampe des écrivains, il y a vingt ans d'un torticolis spasmodique. Ce fait impose l'idée d'une parenté entre les spasmes d'apparence essentielle et les affections organiques qui semblent localisées dans la région des noyaux gris centraux.

Tumeurs du IVe ventricule et syndrome cérébelleux de la ligne médiane. — MM. Ludo van Bogaert et P. Martin rapportent treize observations de ce type de tumeur, qui permettent d'en décrire les symptômes; la céphalée violente du début, avec attitude particulière de la tête, réactions générales provoquées par les mouvements brusques de la nuque, troubles génito-urinaires, algies — puis un syndrome d'hypertension cranienne très marquée et un syndrome vermien constitué par de l'hypotonie musculaire, de l'hyporéflexie ou de l'aréflexie tendineuse, des attaques toniques, des algies, enfin une période terminale d'accidents bulbaires et de syncopes.

Ces tumeurs sont de types anatomiques variés. Elles se voient souvent chez des sujets jeunes. L'évolution fatale est rapide.

L'extirpation a été tentée sept fois; dans quatre cas le résultat a été favorable, mais la récidive est possible. Dans une observation, l'opération date déjà de deux ans.

M. Guillain, dans un cas de ce genre, a eu un résultat encourageant par la radiothérapie, qui n'a pas la même gravité que l'intervention.

M. Cl. Vincent rappelle qu'il a présenté, en juillet dernier, une malade que de Martel avait opérée pour une tumeur de ce genre. Bien que l'intervention fût restée très incomplète, le résultat immédiat fut bon et fut encore amélioré par un traitement radiothérapique ultérieur. L'opérée se porte bien à l'heure actuelle. Dans ce cas, les accidents bulbaires menaçants exigeaient une intervention immédiate, et les rayons X ne constituaient pas un traitement assez rapide.

Chirurgie des tumeurs hypophysaires. — M. Bourguet précise la technique opératoire qui permet l'extirpation des tumeurs hypophysaires par voie endonasale. C'est une opération sanglante, qu'on peut faire sous anesthésie locale, et qui ne comporte qu'une mortalité faible : 1 décès sur 16 cas opérés. L'amélioration des champs visuels s'explique par le mécanisme de l'hémianopsie, qui est due au refoulement du chiasma contre la corde inextensible de la communicante antérieure.

Deux cas de tremblement d'attitude du membre supérieur. — M. André Thomas et Mme Long-Landry présentent deux trembleurs, chez lesquels le tremblement n'apparaît que dans certaines attitudes du membre supérieur droit ou dans les mouvements exécutés très lentement dans le sens de ces attitudes. Les épreuves de passivité mettent en valeur, chez ces malades, du côté atteint, une résistance exagérée des antagonistes.

Spondylolisthésis; rétrospondylolisthésis; syndrome radiographique de l'érection apophyso-épineuse lombaire. — MM. Sicard, Haguenau et Wallich présentent un malade atteint de spondylolisthésis de la Ve lombaire : la vertèbre a glissé en avant du sacrum. Le syndrome est congénital et se caractérise par la douleur, la démarche dandinante, le tassement du thorax et l'aspect radiologique particulier : l'érection des apophyses épineuses lombaires.

Ce malade a été opéré par M. Ombrédanne : l'opération pratiquée est analogue à l'opération d'Albee dans le mal de Pott. Le succès a été remarquable.

Il existe un syndrome inverse de rétrospondylolisthésis, par glissement de la vertèbre en arrière. Les auteurs en décrivent les signes cliniques et radiologiques.

Dystrophie ostéo-sclérotico-porotique : les yeux ardoisés. — MM. Sicard, Paraf et Bize présentent deux malades

atteints d'ostéopsathyrose (maladie de Lobstein). Outre les fractures multiples, on note la transparence anormale de la sclérotique, qui permet d'apercevoir la pigmentation ardoisée de la choroïde sous-jacente

Syndrome paralytique unilatéral partiel des nerfs craniens. — MM. Lortat-Jacob et Poumeau-Delille présentent un malade atteint d'un syndrome bacillaire complexe : la paralysie porte sur les nerfs de la VIIe, de la VIIIe, de la IXe, de la Xe, de la XIe et de la XIIe paire du côté droit. Il s'agit vraisemblablement, soit d'une tumeur de la base, soit d'une méningite localisée.

Maladie familiale cérébello-spasmodique. — MM. Laignel-Lavastine et Desoille ont examiné 4 malades d'une même famille, tous atteints d'un syndrome analogue, constitué par des troubles cérébelleux, associés ou non à une paraplégie spasmodique. Sur 54 membres de la famille, qui représentent cinq générations, 16 auraient été atteints de ce même type d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Dans la région dont cette malade est originaire, il existe d'autres cas analogues, assez nombreux, dont la parenté avec la famille étudiée n'a pu être établie.

Action de la radiothérapie sur une tumeur de la calotte pédonculaire. — MM. G. Guillain, A. Thévenard et R. Thurel présentent un malade atteint d'un grand syndrome d'hypertension cranienne, avec troubles mentaux et amaurose totale. Une craniectomie n'avait amené aucune amélioration. La localisation pédonculaire était décelée par une paralysie verticale du regard et par un signe d'Argyll-Robertson. La radiothérapie a atténué la céphalée, a fait disparaître la paralysie verticale du regard, et a permis un certain retour de l'acuité visuelle.

Du rôle préparant de la syphilis dans le zona. — MM. Lhermitte et Kyriaco ont établi une statistique des 33 cas de zona typique qu'ils ont observés depuis quelques années. Dans 24 cas, soit 72,7 p. 100, on retrouvait la syphilis, soit par des signes cliniques, soit par la réaction de Wassermann. Pour ces auteurs, la syphilis fait le lit de l'infection zostérienne.

M. Lortat-Jacob n'admet pas de relations entre la syphilis et le zona, du moins chez les sujets jeunes.

Syndrome frontal, signe de la préhension et symptôme de Mayer et Reisch. — MM. J. Lhermitte, J. de Massary et Huguier ont constaté, chez une femme de cinquante-neuf ans, un syndrome constitué par une monoplégie crurale droite, sans troubles de la sensibilité, par des crises d'épilepsie jacksonienne du même côté, par un syndrome de Korsakoff typique, enfin par le signe de la préhension forcée. Ce dernier symptôme est particulièrement fréquent dans les lésions qui atteignent la partie postérieure de F_1. Lorsqu'on place dans la main droite du malade un objet quelconque, les fléchisseurs des doigts se contractent involontairement, et la main se crispe d'autant plus sur l'objet qu'on fait plus d'efforts pour l'en arracher. D'autre part, lorsqu'on excite doucement la face palmaire des doigts, on détermine également la contraction involontaire des fléchisseurs.

Des tumeurs suprasellaires à symptomatologie cérébelleuse. — MM. Ludo van Bogaert et Martin rapportent deux observations de cette variété rare de tumeur. Le siège de la tumeur peut se reconnaître par la présence de troubles de la série infundibulo-hypophysaire (syndrome adiposo-génital, polyurie, cachexie, avec atrophie utérine, aménorrhée) et par la ventriculographie (écartement anormal des ventricules frontaux ou oblitération d'un trou de Monro avec non remplissage d'une corne frontale). Deux autres signes importants, en faveur de cette localisation, sont l'apraxie de la marche et l'atonie statique. Il n'est pas rare de voir s'y joindre des éléments du syndrome cérébelleux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SITUATION DENTAIRE

Les accidents de la pratique dentaire ne consistent pas seulement en diverses complications des affections de ces organes : d'autres, non moins graves, sont le fait de cette pratique elle-même.

Entre autres, l'usage des anesthésiques n'est pas toujours sans danger : des syncopes peuvent se produire et se produisent effectivement, dont certaines peuvent mettre en danger la vie du patient si des soins appropriés ne sont pas immédiatement institués.

Cependant, que peut faire, en présence de ces accidents, le chirurgien dentiste? Rien, sinon aller chercher un médecin. Et ainsi se trouve perdu un temps toujours précieux.

Cela met en évidence les conditions vraiment paradoxales de l'exercice de cette spécialité.

Une administration imprévoyante n'a pas craint de permettre aux odontologistes l'usage des anesthésiques, c'est-à-dire de produits susceptibles de provoquer, rarement peut-être, mais il y en a eu tout de même des exemples, la mort du malade. Et cela alors que les conditions qu'elle fixait pour cet exercice l'obligeaient, étant donnée l'insuffisance de ces conditions, à leur interdire, par ailleurs, toute manœuvre susceptible de le sauver.

On dira que ces praticiens ne sont nullement préparés à donner judicieusement les soins nécessaires : mais encore le plus simple bon sens aurait-il exigé que fut interdit également tout ce qui pouvait amener ces accidents.

Il y a là évidemment une situation tellement invraisemblable que tout ce qu'on peut en dire c'est qu'elle n'a que trop duré et qu'il est largement temps d'y mettre un terme.

Aussi ne peut-on qu'applaudir à l'initiative qu'a prise le ministre de l'Instruction publique pour essayer de régler la question le plus rapidement possible et de la seule façon logique, par l'obligation pour l'exercice de cette spécialité, comme de celui des autres, du doctorat en médecine.

Pour ce faire, il a mis en présence des personnalités stomatologistes et odontologistes dans une réunion officieuse qu'il a tenu à présider lui-même et qui a abouti à l'élaboration et à l'adoption du protocole publié dans la *Gazette* du 18 avril.

A vrai dire, la rédaction de ce protocole se ressent de l'ardeur de la discussion et du désir de donner satisfaction le plus possible aux chirurgiens-dentistes, bien qu'en somme ils soient les plus intéressés à la réalisation de la réforme.

Cependant, si l'intérêt général exige la suppression de leur diplôme insuffisant, on ne voit point pourquoi ce seraient justement eux qui poseraient des conditions; logiquement, ils pourraient tout au plus solliciter des mesures de transition aussi larges que possible. C'est au reste là simplement une question de forme.

En effet, il faut bien considérer que, dans l'ensemble, ils ne sont pas responsables de la prolongation anormale de la période de transition prévue par la loi de 1892. Dans ces conditions il convient d'atténuer autant qu'on le pourra, les conséquences néfastes qu'a eues pour eux la politique désastreuse de leurs dirigeants. Le Corps médical ne s'opposera certainement pas à ce que des facilités particulières leur soient octroyées.

Ce qui importe c'est que la réforme ne se fasse pas aux dépens de Doctorat en médecine, par la création d'un titre, même provisoire, pouvant prêter à confusion et favoriser encore l'exercice illégal.

Si l'on rapproche ces faits du dépôt au Sénat du projet de loi Milar et Rio, on peut considérer que la question dentaire a fait un grand pas et que le temps est proche où cette spécialité sera, comme les autres, exclusivement médicale.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie (1), par P. LEREBOULLET et G. BOULANGER-PILET.

La recrudescence des cas de diphtérie de l'hiver a remis en vedette une infection, qui sans s'être jamais laissé oublier, avait pourtant cessé d'attirer l'attention du grand public médical. Ce nouveau manuel vient donc à son heure, montrant les étapes encourageantes parcourues depuis trente ans, et celles plus encourageantes encore qui sont les plus récentes.

Le chapitre historique est en quelque sorte un résumé de l'ouvrage lui-même qui met successivement sous nos yeux l'étiologie générale, la bactériologie des infections à bacille de Loeffler. Aux notions déjà classiques viennent se joindre les résultats acquis par le laboratoire, tant dans le domaine bactériologique proprement dit que dans celui de l'épidémiologie et de l'immunologie qui se voit de ce fait étendu et plus facile à connaître. La partie clinique rassemble des notions déjà classiques sur les diverses affections de nature diphtérique dans un exposé auquel ne font aucun tort les souvenirs d'exposés anciens, toujours et justement célèbres; les complications diverses des diphtéries de diverses localisations sont décrites avec un soin particulier, unissant en quelques pages substantielles à l'érudition des auteurs l'acquit de leur expérience si riche; sans négliger l'étude du problème théorique de la diphtérie maligne pure et des associations microbiennes dans les diphtéries graves, les auteurs ont avec raison choisi pour guide la pratique clinique.

(1) Paris, 1928, J.-B. Baillière.

A l'exposé étiologique du début où les recherches les plus récentes ont trouvé leur place répond un chapitre d'indications thérapeutiques et de clinique thérapeutique où trouvent à la fois leur application et leur vérification les travaux récents. L'étudiant et le praticien trouveront condensés en quelques pages les principes de la sérothérapie telle qu'on doit actuellement la pratiquer, tant par les sérums ordinaires que par le sérum purifié, de la prophylaxie par l'anatoxine guidée par la réaction de Schick et l'anatoxiréaction. Les derniers chapitres sont un compendium précieux de thérapeutique et de prophylaxie.

Les accidents de la sérothérapie sont étudiés avec un soin particulier; ces « accidents de la guérison » sont remis à leur place et mieux connus perdent de leur aspect inquiétant, étant mieux prévus, mieux prévenus, mieux traités.

De nombreux schémas et plusieurs tableaux illumineraient encore, s'il en était besoin, des descriptions cliniques dont on envie la clarté et l'aisance.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR

GÉNÉRALITÉS

On désigne sous ce nom des fractures qui siègent sur le fémur au-dessous d'une ligne passant à trois travers de doigt au-dessus des condyles fémoraux.

Il y en a trois variétés principales :

Les fractures supracondyliennes;

Les fractures unicondyliennes;
Les fractures sus et intercondyliennes.

Ce sont des fractures très souvent *graves* compromettant la fonction du membre inférieur mais dont le pronostic a été amélioré depuis que l'on pratique l'ostéosynthèse.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Elles s'observent surtout chez l'adulte et nécessitent un violent traumatisme. Chez l'enfant on voit plutôt le décollement épiphysaire, sauf chez les enfants longtemps plâtrés où un traumatisme minime suffit à produire la fracture.

Elles peuvent reconnaître comme cause :

a. Soit un *choc direct* qui brise l'os au point d'application de la force;

b. Soit un *choc indirect*, c'est plus fréquent : chute sur les pieds ou sur le genou.

L'hyperflexion ou l'hyperextension déterminent le plus souvent une supracondylienne.

Un choc vertical détermine les unicondyliennes si le pied est en valgus ou en varus.

La sus et intercondylienne est due le plus souvent au tassement vertical, le cylindre compact diaphysaire pénétrant dans le bloc spongieux de l'épiphyse.

Plus rarement, mécanisme de torsion ou d'inflexion latérale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Fractures supracondyliennes**. — Il s'agit presque toujours de fractures complètes avec déplacement.

a. **Le trait de fracture**. — *Siège*. — A la jonction de la diaphyse et de l'épiphyse (fractures hautes) ou plus rarement juste au-dessus des condyles (fracture basse).

Direction. — Oblique en bas et en avant, souvent aussi en dehors. Avec un fragment supérieur, qui saille en pointe aux dépens de la face antérieure.

Parfois l'obliquité du trait est inverse.

Le trait nettement transversal et le trait spiroïde sont plus rares.

b. **Les fragments**. — Ils ont un déplacement considérable. Les fractures transversales peuvent toutefois ne pas s'accompagner de déplacement, un léger engrènement les maintient.

1° Le fragment supérieur pointu se déplace en avant. C'est la cause de complications :

a. Il peut, en effet, *embrocher le quadriceps*, d'où interposition musculaire, cause d'irréductibilité primitive ou de pseudarthrose lointaine. Parfois il soulève la rotule.

b. Il peut *ouvrir la synoviale*, d'où fracture articulaire avec hémarthrose immédiate et plus tard raideurs ou ankylose.

c. Il peut *perforer la peau*, d'où fracture ouverte avec ses complications.

2° Le fragment inférieur. — Il se déplace en arrière et en haut, la bascule en arrière due à l'action des jumeaux peut atteindre 90 degrés. Le fragment peut alors comprimer ou déchirer les vaisseaux poplités.

Tel est le déplacement habituel. Le déplacement inverse est rare. Parfois un déplacement latéral se surajoute.

2. **Fractures unicondyliennes**. — Elles sont beaucoup plus rares. Leur *trait est toujours articulaire*. Ce peuvent être :

Soit des fractures incomplètes : fissure ou simple tassement.

Soit des fractures complètes : le *trait* part de l'échancrure intercondylienne et remonte obliquement vers le bord de la diaphyse. Le condyle se déplace, il remonte en haut et en dehors ou en dedans suivant le cas, entraînant un *genu valgum ou varum*. Ce déplacement peut ne pas être très marqué. Il est cependant très important pour le pronostic.

Plus rarement, fracture parcellaire des condyles, surtout de leur partie postérieure.

3. **Fractures sus et intercondyliennes**. — Ce sont des fractures *articulaires graves*.

a. **Trait**. — En Y le plus souvent. Le fragment diaphysaire pointu sépare les deux condyles.

En T parfois avec un trait transversal supracondylien et un trait vertical intercondylien.

Parfois un quatrième fragment se détache de la diaphyse. Enfin les fractures communitives ne sont pas exceptionnelles.

b. **Les fragments**. — Dans la fracture en Y le fragment supérieur se déplace comme dans une supracondylienne. Très souvent il écarte les deux fragments condyliens. La rupture des ligaments croisés et des ligaments latéraux peut s'y surajouter réalisant une énorme dislocation du genou.

ÉTUDE CLINIQUE

I. **Fracture supracondylienne avec déplacement**. — Après un traumatisme violent un blessé est amené à l'hôpital.

Signes fonctionnels. — Douleur très vive.
Impotence fonctionnelle absolue.

Signes physiques. — Inspection :

a. Gonflement très rapide, énorme, dû aussi bien au déplacement et à l'épanchement sanguin péri-articulaire qu'à l'hémarthrose.

b. Les ecchymoses apparaissent très vite, diffusées et surtout marquées au creux poplité, parfois aussi localisées en avant. Dues au fragment supérieur menaçant la peau, elles sont alors linéaires.

c. On peut cependant apprécier la déformation : de profil, véritable déformation en baïonnette, aspect de luxation du tibia mais qui serait haut placée de face; parfois déviation en valgus ou varus et rotation externe.

Palpation. — Avec douceur et prudence on apprécie :
La pointe du fragment supérieur en avant,
Le creux poplité en arrière est comblé.

En soulevant le pied on verra la *mobilité anormale* au-dessus du genou aussi bien dans le sens antéro-postérieur que latéralement. *La crépitation* accompagne cette recherche quand il n'y a pas d'interposition musculaire.

Il faudra toujours être sobre de ces recherches.

Le *raccourcissement* est toujours marqué et atteint souvent 5 à 7 centimètres.

L'examen n'est pas complet tant qu'on n'a pas recherché les signes de trois complications très fréquentes ;

a. *L'hémarthrose* qu'il faut parfois ponctionner pour mieux palper. S'il n'y a pas d'hémarthrose, on verra toujours une *hydarthrose* apparaître les jours suivants;

b. *L'embrochement musculaire* : l'absence de crépitation, la diminution de la mobilité transversale de la rotule le font présager;

c. *La compression des vaisseaux poplités*. Il est capital d'apprécier la chaleur et la coloration du pied et de prendre le pouls à la pédieuse.

La radio est nécessaire pour préciser le siège et la direction du trait et le déplacement des fragments.

ÉVOLUTION

La consolidation demande trois mois et parfois plus et même dans les fractures non compliquées des *séquelles* sont à craindre :

Le raccourcissement du membre,
Les déviations latérales et la rotation externe,
Les raideurs articulaires. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement
en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32 023 Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Labbé, Martin, qui acceptent; Jousset, Bezançon, Lereboullet, Halbron, Monier-Vinard, Sergent, Aubertin, Clerc, de Massary, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 15 mai. — Question donnée : « Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle.— Désarticulation du coude. »

MM. Soupault, 28; Pascalis, 23; Oberlin et Maurer, 25; Huet et Wilmoth, 28; Michon, 29; Aurousseau, 27.

Admissibilité : MM. Michon, 48; Huet et Wilmoth, 47; Soupault et Aurousseau, 46; Oberlin, 42.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve sur titre.* — Séance du 10 mai. — MM. Delapchier, 9; Ordioni, 6; Marchand, 8; Coliez et David de Prades, 10.

Séance du 12 mai. — MM. Fauber, 8; Serrand, 14; Busy, 13; Le Goff, 11; Thoumas, 5; Porché, 9.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Duffour et Jean Chavannaz.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat. — Composition écrite.* — Questions données : Histologie. « Histologie de la glomérule et du tube contourné. »

Physiologie. « Mécanisme de la sécrétion urinaire. »

Pathologie. « Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du rein. »

Première séance le 21 mai, à 12 h. 30.

— *Concours de l'adjuvat. — Composition écrite.* — Questions données : 1. « Artère iliaque externe et ses branches collatérales. »

2. « Etude des phénomènes mécaniques de la circulation pulmonaire (ou petite circulation sanguine). »

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a proposé comme directeur de l'Institut d'éducation physique : en première ligne, M. le professeur Sigalas; en deuxième ligne, M. le professeur R. Cruchet.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour une place d'électro-radiologiste adjoint des hôpitaux de Marseille s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 2 juillet.

Inscription au secrétariat des hospices de Marseille, à l'Hôtel-Dieu avant le 18 juin.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours de médecins des asiles d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes : MM. les docteurs Chatagnon, Briau.

Ex-æquo : Mlle le docteur Morel, M. le docteur Menuau.

MM. les docteurs Requet, Mouchette.

Ex-æquo : MM. les docteurs Gardes et Noyer.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 11 mai publie un décret portant fixation des traitements du personnel du service sanitaire maritime.

Les traitements des médecins de la santé sont fixés de 6.000 à 10.000 fr. suivant la classe.

COMMISSION DU CODEX. — Par arrêté en date du 1er mai 1928, M. Loeper, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé membre de la Commission du Codex.

IIe CONGRÈS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE. — Ce Congrès se réunira à Marseille les 25, 26 et 27 mai 1928, sous la présidence de M. le professeur H. Roger et la vice-présidence de MM. di Marzio (Rome), Euzière (Montpellier) et Baldenweck (Paris). Le secrétaire général est le docteur Velter (Paris). Le secrétaire général adjoint le docteur Jean Reboul-Lachaux (Marseille).

Le Congrès s'ouvrira le 25 mai, à 14 h. 30, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Rapports : « Les spasmes vasculaires en otologie », par M. Portmann (Bordeaux).

II. « Les spasmes vasculaires en ophtalmologie », par MM. Aubaret et Sédan (Marseille).

III. « Les spasmes vasculaires en neurologie », par M. Bremer (Bruxelles).

De nombreuses communications sont annoncées. Le samedi 26 mai aura lieu le banquet final, et le dimanche 27 une excursion sera organisée en Provence, à Saint-Rémy et aux Baux.

Réduction, 50 p. 100 sur les chemins de fer.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Velter, 38, avenue du Président Wilson, Paris (XVIe).

XIXe CONGRÈS ITALIEN D'HYDROLOGIE, CLIMATOLOGIE, THÉRAPIE PHYSIQUE ET DIÉTÉTIQUE. (CAMPI FLEGREI, 10-15 juin 1928.) — Ce Congrès sera présidé par le professeur Francesco Paulo Sgorbo (de Naples). Le secrétaire général est le docteur Alberto Botti, via S. Maria la Nova, 27, Napoli. — Le Congrès s'ouvrira à Pouzzoles le 10 juin. Il comportera de très nombreuses et très belles excursions.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 12e décade (21-30 avril 1928), 1.254 décès, au lieu de 1.133 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.241, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 42 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 32). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 363, au lieu de 676 pendant la décade précédente (moyenne 361).

La scarlatine n'a causé aucun décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 134; il s'élevait à 147 pendant la décade précédente (moyenne 86).

La coqueluche a causé 11 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 109, au lieu de 94 (moyenne 74).

CHRONIQUE

ÉTATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU CLIMATISME (1)

La deuxième journée des Etats Généraux a été consacrée à l'étude du crédit thermal et de la propagande.

Le crédit thermal. — M. Jules LEFÉBURE, avocat à la cour, directeur des *Annales des stations hydrominérales,* a donné lecture de son rapport sur le *Crédit thermal.*

Ce rapport expose l'importance de nos richesses hydrominérales. Il démontre la nécessité de les mettre en valeur de façon que les Etablissements thermaux secondaires, mais de première qualité par leurs eaux, soient modernisés afin de leur permettre de supporter la concurrence des villes d'eaux étrangères. Il est nécessaire pour arriver à ce résultat de créer le *Crédit thermal* sous la forme d'une banque mutuelle, qui serait dotée par l'Etat. 15 millions par an seraient demandés sur le produit des jeux, il est d'autant plus naturel de faire appel à cette ressource si souvent pillée que ce ne serait qu'une ristourne équitable bien minime au profit des stations.

La propagande. — M. JANOT, rapporteur, expose dans un rapport très documenté, que nous regrettons de n'avoir pas eu entre les mains, ce qui a été fait en France pour la propagande de nos stations et ce qui devrait être fait pour lutter contre la concurrence des stations étrangères. Son rapport fut le point de départ d'une discussion d'une grande ampleur.

La propagande faite à l'étranger par l'Office national du tourisme fut assez vivement critiquée par un certain nombre de médecins de nos stations qui estiment comme MM. Ferreyroles, Schneider, Clerc, que le thermalisme y est négligé au profit du seul tourisme.

M. Regaud, directeur de O. N. T. qui préside la séance, a fort à faire pour défendre son office.

Un très important discours est prononcé par M. Marcel Knecht qui apporte des suggestions précieuses et pratiques sur la propagande à faire en Amérique et sur la manière de faire la publicité.

M. Molinéry fait ressortir l'action bienfaisante de l'A.D.R.M. et de l'U. M. F. I. A. que connaissent bien les médecins, mais que paraissent ignorer beaucoup de congressistes.

M. Paul Lebrun, président de la Chambre nationale de l'hôtellerie, offre le concours gracieux de tous ses adhérents pour répandre parmi les clients étrangers les brochures concernant nos stations.

M. Michaud, président du Syndicat des hôteliers de Paris fait la même offre au nom de son syndicat. C'est là un appui précieux qui doit rendre les plus grands services.

Vœux. — L'Assemblée adopte alors un grand nombre de vœux, citons :

Un vœu du docteur Flurin (de Cauterets) :

« Que l'article 19 de l'ordonnance du 18 juin 1823 soit modifié et précisé, en vue de rendre effective pour les départements, communes ou collectivités propriétaires de sources, l'obligation de consacrer le revenus des établissements qu'elles exploitent ou les redevances qu'elles perçoivent des fermiers des établissements thermaux, aux travaux d'hygiène et d'amélioration des dits établissements ».

Un vœu tendant à la refonte de tous les règlements, ordonnances ou lois et décrets touchant à la création, à la surveillance, à la réfection, à l'inspection, à l'hygiène des stations thermales ou climatiques, ainsi qu'aux captations, réfections des sources thermo-minérales, de même qu'aux créations, réfections, transformations des établissements thermaux et à l'hygiène et salubrité des villes thermales et climatiques.

Enfin, des vœux sur l'affectation intégrale du produit de la taxe de séjour au développement des stations;

Des vœux tendant à exonérer de la taxe de séjour le personnel des théâtres, des casinos et des tournées;

Un vœu tendant à ce qu'un effort financier spécial soit réalisé en faveur de l'amélioration des établissements thermaux de France;

Et un vœu pour que les stations obligées de vivre sous un régime de communauté et d'indécision reçoivent des Pouvoirs publics l'aide nécessaire pour se libérer d'urgence de leurs entraves.

Un banquet de clôture très brillant a clôturé les Etats généraux. M. Bokanowski, ministre du Commerce, en apportant l'assurance de l'intérêt que le gouvernement porte aux Etats généraux a donné aux congressistes le sage conseil de compter un peu sur l'État et beaucoup sur eux-mêmes.

L. G.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 39, p. 690.

REVUE GÉNÉRALE

LES SÉQUELLES BRONCHO-PULMONAIRES
DE L'INTOXICATION PAR LES GAZ DE COMBAT

Par M. BRELET,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Dans les temps très anciens, les assiégeants d'une ville construisaient une grande tour de bois et, de cette hélépole, lançaient sur la ville des matières incendiaires; en avril 1915, près d'Ypres, les Allemands projetèrent une vague de chlore sur nos tranchées de première ligne; ce premier essai de l'emploi des gaz ayant parfaitement réussi, c'est-à-dire ayant produit des effets terribles sur les soldats démunis de tout moyen de protection, on ne fit que développer, pendant trois ans, l'usage de cette nouvelle méthode de guerre; après les gaz suffocants, apparurent les gaz vésicants, irritants et toxiques. Fort heureusement, les combattants furent bientôt pourvus de masques, d'appareils respiratoires spéciaux qui leur donnaient un singulier aspect mais les protégeaient assez efficacement contre l'atteinte des gaz, et l'on ne vit plus, comme en avril 1915, des bataillons entiers mis rapidement hors de combat. Nombreux encore furent cependant les gazés; les uns succombèrent dans les heures ou les jours qui suivirent leur blessure, les autres, après avoir présenté des accidents plus ou moins graves, se rétablirent, mais beaucoup d'entre eux ont conservé des séquelles persistantes, et, en particulier, des séquelles broncho-pulmonaires.

Ces séquelles, il importe de les bien connaître, d'abord pour les améliorer, les guérir même si possible ou tout au moins les empêcher de s'aggraver, et ensuite parce que la loi du 31 mars 1919 accorde une pension aux victimes de la guerre.

Nous avons donc souvent à examiner d'anciens gazés demandant une pension ou une augmentation de la pension qui leur a déjà été accordée, invoquant, en ce dernier cas, une aggravation de leur état, laquelle aggravation doit être certifiée par leur médecin; puis ces anciens gazés se présentent au Centre de réforme devant les médecins experts, devant la Commission de réforme; quelques-uns, non satisfaits de la décision prise à leur égard, vont au Tribunal des pensions. En toutes ces circonstances, le certificat médical doit être rédigé, l'expertise doit être faite en examinant chaque cas avec la plus grande attention; les conclusions seront rédigées en tenant compte des faits cliniques aujourd'hui bien connus et des nombreux travaux publiés sur les séquelles de l'intoxication par les gaz de combat.

J'ai examiné au Centre de réforme de Nantes 150 gazés ; dans tous ces cas, un examen bactériologique des crachats a été fait par M. le médecin principal Grenier, une radioscopie des poumons pratiquée par MM. les médecins-majors Montet et Coïc. Les résultats de mes observations concordent avec ce qu'a enseigné le professeur Sergent, dans plusieurs publications et, en particulier, dans une conférence faite au Val-de-Grâce le 10 janvier 1925.

Tous les gazés vont-ils rester des « blessés du poumon »? Auront-ils tous un certain degré d'invalidité de par l'état de leurs bronches? Fort heureusement, non. D'abord parce que beaucoup d'entre eux n'ont été que très légèrement touchés par les gaz; il n'a pas été jugé utile de les évacuer sur une ambulance ou un hôpital; on les a soignés pendant deux ou trois jours à l'infirmerie régimentaire. Retenons ensuite que des gazés, même sérieusement intoxiqués, même atteints de bronchite intense ou de congestion pulmonaire, peuvent *guérir sans séquelles*, tout comme les grippés, les rougeoleux ayant présenté des complications broncho-pulmonaires. Puisqu'on constate très souvent que des poumons profondément infectés par le pneumocoque, par le streptocoque, arrivent à réparer leurs lésions et reprennent un fonctionnement parfait, pourquoi n'en serait-il pas de même à la suite des trachéo-bronchites, des congestions pulmonaires, des broncho-pneumonies provoquées par les gaz suffocants ou vésicants?

Dans quelle proportion les gazés guérissent-ils sans séquelles broncho-pulmonaires? Il est impossible de le savoir, beaucoup de gazés ainsi guéris ne demandant pas de pension. Mais on peut supposer qu'ils sont très nombreux, car on en observe un certain nombre dans les Centres de réforme parmi ceux qui y viennent se faire expertiser; c'est ainsi que, sur 150 anciens gazés, j'en compte 50 pouvant être considérés comme guéris sans séquelles.

Ils se plaignent bien de troubles respiratoires, disent avoir de la dyspnée d'effort ou des crises de dyspnée nocturne rappelant l'asthme; ils signalent que l'hiver ils s'enrhument facilement. Mais, l'examen clinique et radioscopique de l'appareil respiratoire ne révèle rien d'anormal, et, vraiment, en présence de ces troubles respiratoires purement subjectifs, on conclut que leur taux d'invalidité est minime, inférieur à 10, c'est-à-dire ne donnant pas droit à pension. Notons d'ailleurs que ces anciens combattants conservent toujours le droit de revenir les années suivantes au Centre de réforme pour être réexaminés; il y a une transition, d'évaluation souvent difficile, entre ces gazés guéris et les gazés atteints de tendance à l'emphysème et à la trachéo-bronchite, si bien que l'on voit souvent au Centre de réforme le cas suivant : un gazé a eu, pendant deux ou trois ans, une pension de 10 p. 100; puis son état s'améliore et la pension lui est supprimée; il revient avec un emphysème discret et on lui redonne une pension.

***

L'emphysème pulmonaire, à des degrés divers, voilà ce que l'on observe le plus souvent comme séquelle de l'atteinte des voies respiratoires par les gaz de combat. Dans ma statistique de 150 cas, j'ai 71 emphysémateux.

Sergent a bien montré comment le gazé devenait emphysémateux; le gazé a eu de la bronchite allant des premières aux dernières ramifications, de la broncho-alvéolite chronique avec altérations de la

charpente fibro-élastique du lobule et réactions périlobulaires qui aboutissent à la sclérose pulmonaire; ces altérations anatomiques et les conditions mécaniques qui en résultent pour la respiration conduisent à l'emphysème. Ameuille et Bordet invoquent la même pathogénie; dans la bronchite des gazés, on trouve réunis les deux facteurs de l'emphysème, dyspnée et toux d'une part, exagérant la pression alvéolaire, processus inflammatoire d'autre part, modifiant la charpente conjonctivo-élastique; c'est par ce double mécanisme que l'on peut expliquer le passage à l'état chronique de l'emphysème vésiculaire aigu dû à l'inhalation de gaz irritants, lésant fortement le poumon.

On peut, avec Sergent, distinguer, dans l'emphysème pulmonaire des gazés, une forme bénigne et des formes sévères. La *forme bénigne* est constituée par des signes d'emphysème léger et par une prédisposition à la trachéo-bronchite superficielle à rechutes.

Dans la *forme sévère*, on constate tous les symptômes fonctionnels et les signes physiques de l'emphysème. Le symptôme prédominant, celui qui gêne le plus les gazés, c'est la dyspnée d'effort, l'essoufflement facile; les crises de dyspnée nocturne sont souvent signalées. La toux ne manque guère, parfois coqueluchoïde; c'est, selon les malades, et aussi, chez un même malade, selon la saison, tantôt une toux sèche, tantôt une toux suivie d'expectoration. Quand le malade ne crache pas ou crache peu, c'est le catarrhe sec de Laennec, dénomination très inexacte si l'on s'en tient à l'étymologie, puisque le terme catarrhe indique un écoulement, mais expression qui rend bien compte de cette bronchite sèche, de cette inflammation des bronches sans expectoration ou avec une expectoration très peu abondante.

A l'inspection, il ne faut pas s'attendre à voir le thorax globuleux, le thorax en tonneau, plus souvent noté dans d'autres variétés d'emphysème pulmonaire; la sonorité est normale ou exagérée, les vibrations plutôt diminuées; à l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué, l'inspiration humée, l'expiration très prolongée; des râles ronflants et sibilants s'entendent à droite et à gauche, en haut et en bas, en avant et en arrière; on n'entend des râles muqueux que dans les périodes où le malade greffe sur l'état chronique une poussée bronchitique aiguë.

La radioscopie montre parfois des côtes plus horizontales que normalement, des espaces intercostaux élargis, un diaphragme abaissé et peu mobile; elle montre surtout des arborescences hilaires révélant la sclérose broncho-pulmonaire, et fréquemment de l'adéno-médiastinite. Sergent a insisté sur l'importance de l'*adéno-médiastinite*, sur la présence de masses sombres dans les régions hilaires. La *dilatation des bronches* avait été signalée par Achard, Ségard; Bonnamour et Badolle l'ont recherchée récemment et mise en évidence par l'examen radiographique après injection de lipiodol. Cette méthode d'exploration permet de voir, assez souvent, les bronches augmentées de volume, ayant quelquefois un aspect moniliforme, présentant des ectasies à différents stades; parfois la dilatation bronchique est localisée à une partie du lobe inférieur du poumon, surtout dans le tiers interne. D'après Bonnamour et Badolle, beaucoup de gazés, atteints de bronchite chronique et d'emphysème, évoluent vers l'ectasie bronchique progressive.

Gênés par l'oppression, très certainement diminués dans leur capacité de travail, ces emphysémateux conservent cependant un bon état général; ils ne sont pas atteints de tuberculose. Cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement, rien ne permet de suspecter la bacillose pulmonaire et ceci est intéressant en ce qui concerne les rapports de la tuberculose et de l'emphysème, rapports souvent discutés et très diversement appréciés. Louis, Rokitanski avaient admis l'antagonisme de la tuberculose et de l'emphysème; Laennec avait au contraire signalé que la coïncidence des deux affections n'est pas rare. Qu'il existe souvent de l'emphysème partiel à la limite des foyers tuberculeux, cela n'est pas douteux; c'est l'emphysème réticulé des tuberculeux décrit par Grancher. Mais, pour les relations de l'emphysème généralisé avec la tuberculose, on trouve, dans des livres encore assez récents, des opinions contradictoires. Marfan écrivait en 1901 que la tuberculose se développe très rarement dans un poumon antérieurement atteint d'emphysème, soit que l'insuffisance de l'inspiration constitue une condition défavorable au transport des bacilles, soit que l'état exsangue, atrophique, du poumon emphysémateux ne soit pas favorable à l'évolution de la tuberculose. Au contraire, Landouzy, Hirtz estiment que l'emphysème est presque toujours fonction de tuberculose fibreuse; pour certains auteurs, l'emphysème serait directement lié à la tuberculose et en représenterait souvent une forme larvée (Bergé. *Traité de méd.*, 1909).

Tripier et ses élèves ont bien étudié la tuberculose fibreuse discrète diffuse avec bronchite, emphysème et asthme; on trouve, aux autopsies, des cicatrices, des traînées scléreuses qui prédominent aux sommets des poumons et, dans le stroma fibreux, des granulations tuberculeuses ou de petits foyers caséifiés éteints. Cliniquement, c'est l'emphysème, l'asthme et la bronchite chronique, évoluant le plus souvent vers l'insuffisance cardiaque, mais parfois vers la tuberculose caséeuse ou granulique. Il faut retenir ces faits de tuberculose avec emphysème, si bien que, comme l'écrivent Ameuille et Bordet, en se gardant de conclure à la nature tuberculeuse de tous les cas d'emphysème chronique, on ne doit jamais terminer l'examen d'un cas d'emphysème sans avoir pris soin d'en rechercher l'origine tuberculeuse possible. Mais à la Société de pathologie comparée, en 1922, Bezançon et de Jong ont bien montré que l'emphysème pulmonaire n'est pas toujours consécutif à des lésions tuberculeuses; Wilbert nous apprend que l'emphysème est fréquent chez le cheval et chez le bœuf, et l'on sait que, si les bœufs sont souvent tuberculeux, la tuberculose est au contraire très rare chez le cheval.

Il existe donc certainement de nombreux cas d'emphysème pulmonaire qui n'ont rien à voir avec la tuberculose et l'emphysème des gazés rentre le plus souvent dans ces cas. Il arrivera bien parfois qu'un gazé emphysémateux, ayant des bronchites à

répétition, finisse par devenir un tuberculeux; nous en reparlerons, mais, à l'origine même de l'emphysème pulmonaire des gazés, il y a des lésions de sclérose bronchique qui ne sont pas de nature tuberculeuse.

Du fait que les gazés sont des emphysémateux bronchitiques et non des tuberculeux, il résulte que le *pronostic lointain* de leur affection pulmonaire est celui de l'emphysème pulmonaire. Leur situation est évidemment pénible. Ils ont été gazés alors qu'ils avaient vingt ans, vingt-cinq ans, et les voici déjà atteints d'emphysème tout comme les vieux bronchitiques (Ameuille et Sourdel). Chaque hiver, ils toussent et crachent davantage, doivent interrompre leurs occupations pendant un temps plus ou moins long; un jour, sans doute, le cœur se fatiguera et quelques-uns d'entre eux présentent déjà les signes habituels de la défaillance du myocarde. Ces gazés ont donc droit à une pension, dont le taux sera proportionné à l'intensité de l'emphysème, à la fréquence des poussées bronchitiques; dans l'avenir, s'ils sont de plus en plus essoufflés, si le cœur faiblit, ils demanderont et obtiendront une pension plus élevée.

***

D'autres gazés, beaucoup moins nombreux (18 sur 150 d'après ma statistique), présentent des séquelles pulmonaires d'un type différent. Ce n'est plus la bronchite chronique avec emphysème bilatéral; c'est une sclérose *pulmonaire* ou *pleuro-pulmonaire* bien localisée en une partie d'un poumon. Cette forme tient sans doute à la nature des accidents du début; on sait que des congestions pulmonaires œdémateuses, des pneumonies, des bronchopneumonies ont été souvent observées chez les gazés, que les unes et les autres se compliquaient parfois de pleurésie sèche, séro-fibrineuse, voire purulente. Il n'est donc pas étonnant qu'on en puisse, quelques années plus tard, retrouver des reliquats. Voici par exemple un soldat gazé en 1918, atteint à ce moment de congestion pulmonaire gauche; en 1923, submatité, murmure respiratoire diminué et frottements-râles à la base gauche. J'ai plusieurs observations de ce genre et elles rappellent absolument celles d'anciens grippés de 1918, qui gardent des traces d'une congestion pleuro-pulmonaire datant de la grippe. On voit alors, à la radioscopie, une diminution de la transparence de la base, un sinus plus ou moins obscur et un hémidiaphragme moins mobile.

Dans d'autres cas, c'est tout un poumon qui respire moins profondément, sans qu'on constate à la radioscopie autre chose qu'une légère diminution de la transparence de ce poumon. Quelquefois, c'est à un sommet que le murmure vésiculaire est diminué, sans bruits adventices, que la sonorité est moins bonne. La radio indique : léger voile du sommet dont l'illumination à la toux est un peu diminuée. Mais l'état général du sujet est bon, reste bon au cours des années suivantes; les examens radioscopiques et bactériologiques pratiqués au Centre de réforme tous les ans ou tous les deux ans ne décèlent rien qui puisse faire admettre le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Roubier, Simonin ont décrit en 1920 les **pseudotuberculoses post-gazeuses**. Ils avaient vu des sujets intoxiqués par l'yperite quelques mois auparavant et chez lesquels persistaient des symptômes respiratoires, de la bronchite avec une expectoration abondante et purulente, de petites poussées thermiques; à l'examen thoracique, râles sous-crépitants soit localisés à un hémithorax dans toute sa hauteur, soit uniquement perceptibles à un sommet; dans quelques cas, ces râles extrêmement fins et superficiels indiquaient l'existence d'un foyer de pleurite ou de cortico-pleurite apicale. Dans toutes leurs observations, l'examen bactériologique des crachats, souvent répété et pratiqué au besoin après homogénéisation, était négatif en ce qui concerne le bacille de Koch. Quelques-uns de ces sujets étaient exposés à des rechutes successives avec poussées congestives apicales et, chez eux encore, pas de bacilles de Koch; l'examen radioscopique ne montrait que des altérations minimes ou nulles.

En relisant ces observations, il nous paraît très vraisemblable que les anciens gazés observés par nous depuis 1922 et présentant des signes de sclérose d'un sommet ont dû être atteints en 1917 ou 1918 d'une bronchite traînante ou d'une pleurite du sommet et que nous trouvons chez eux les reliquats d'une pseudo-tuberculose post-gazeuse.

Dans ces cas encore, mais sous une forme différente de l'emphysème, les lésions broncho-pulmonaires ou pleuro-pulmonaires provoquées par les gaz ont abouti à *la sclérose*. Dès 1919, Loeper avait bien vu la sclérose pulmonaire consécutive à l'intoxication par l'ypérite; il avait pu en faire deux fois l'étude anatomo-pathologique et avait décrit les îlots fibreux très denses reliquats de la broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë.

***

Un certain nombre de gazés sont devenus ou deviendront des tuberculeux pulmonaires; cette question de la **phtisie des gazés** a été étudiée par les médecins et aussi par les Associations d'anciens combattants, de mutilés et réformés, ce qui a provoqué des discussions parfois assez vives. Il faut faire remarquer immédiatement que ce n'est pas par nous, médecins, que la question est discutée; nous pouvons sans doute ne pas être absolument d'accord sur la fréquence de cette phtisie, produire des statistiques assez différentes les unes des autres; mais, dans l'ensemble, l'accord est fait sur ce que l'on doit admettre du rôle phtisiogène des gaz. En cherchant à résoudre le même problème, les anciens combattants ne pouvaient avoir les notions scientifiques indispensables; alors ils ont été guidés plutôt par des considérations sentimentales, d'ailleurs très louables, et par le souci d'intérêts matériels, souci parfaitement compréhensible. Laissons donc de côté la loi du 31 mars 1919, pour voir ce que nous apprend l'étude attentive des faits.

Dès 1915, Sergent et Agnel relatent l'observation

d'un gazé ayant craché du sang quelques jours après l'intoxication, ayant continué à avoir des hémoptysies et présentant, quelques semaines plus tard, des signes de tuberculose pulmonaire; ce malade avait été atteint, trois ans avant la guerre, d'une congestion pulmonaire qui avait duré six mois et était sans doute de nature bacillaire. En 1916, Ménétrier et Martinez soignent à l'hôpital Tenon, un gazé d'avril 1915, qui, depuis ce moment, n'a cessé de tousser, de cracher, de s'affaiblir, est entré phtisique à l'hôpital le 14 janvier 1916 et a succombé avec des lésions de tuberculose cavitaire bilatérale. Puis c'est une observation de Tapie : gazé dans les premiers jours d'avril 1915, un soldat a de la fièvre à 40 degrés, de la dyspnée, des hémoptysies le 21 avril avec signes de broncho-pneumonie; il meurt le 1er mai et l'on trouve à l'autopsie une broncho-pneumonie tuberculeuse.

En 1917, on cherche déjà à savoir si l'intoxication par les gaz de combat aboutit souvent à la tuberculisation pulmonaire; Gimbert a vu 3 gazés sur 100 devenir tuberculeux et il s'agissait d une tuberculose pulmonaire à forme grave, apparaissant trois ou quatre mois après l'atteinte des gaz.

Léon Bernard et Mantoux signalent un cas de tuberculose pulmonaire sur 47 gazés. Une statistique de Clerc, Ramond et Guilhaume (1919) donne deux tuberculeux sur 441 ypérités.

Pour Dumarest (1920), la tuberculose est plutôt rare chez les gazés; il relate cependant 8 cas de soldats très sains ayant évolué sans discontinuité après l'atteinte des gaz vers la bacillose pulmonaire et 3 cas dans lesquels les gaz ont réveillé une bacillose latente. Cette même année 1920, la thèse de Simonin donne un exposé très méthodique de la question; d'après Simonin, l'intoxication par les gaz crée surtout des conditions favorables aux poussées évolutives de tuberculoses préexistantes; pour imputer la tuberculose aux gaz, il faut que l'intoxication ait été nettement constatée, que la tuberculose pulmonaire soit apparue peu de temps après. Simonin attire l'attention sur des séquelles banales et prolongées des voies respiratoires, constituant une pseudo-tuberculose; on ne mettra l'étiquette tuberculose que sur les cas bien caractérisés, avec présence de bacilles dans les crachats. Dans ces conditions, Simonin trouve 6 tuberculeux sur 151 gazés, soit 4 p. 100.

La thèse de Simonin avait été inspirée par Roubier qui exposa les résultats de ses constatations personnelles dans une excellente Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*. Il existe, écrivait alors Roubier, des observations peu nombreuses prouvant d'une façon indiscutable que l'intoxication par les gaz de combat peut dans certains cas mettre en évidence une tuberculose antérieurement latente ou aggraver une tuberculose déjà confirmée. Mais, d'une façon générale, son influence sur l'éclosion de la bacillose pulmonaire chez les soldats ne s'accuse que dans des proportions très minimes. Cette conclusion, bien établie sur l'observation minutieuse des faits, l'avenir l'a parfaitement justifiée.

En 1922, Sergent publia une statistique de 54 cas; les emphysémateux y sont au nombre de 26, quelques malades présentent de l'induration des sommets, un seul a une infiltration tuberculeuse évolutive. Dans sa thèse de 1924, René Robert donne 78 observations provenant du Centre de réforme de Nantes et développe les conclusions d'une note que j'avais présentée sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour montrer que la tuberculose liée à l'intoxication par gaz de combat est assez rare.

Reprenant toute la question, discutant les travaux antérieurs, donnant les résultats de sa grande expérience, le professeur Sergent, dans une conférence au Val-de-Grâce (1925), prouve que le rôle phtisiogène des gaz est à peu près nul, que l'intoxication par les gaz ne suffit pas à elle seule pour provoquer la tuberculose pulmonaire; si d'anciens gazés deviennent tuberculeux, c'est par l'intervention de circonstances occasionnelles qui favorisent les réveils de la tuberculose.

Mais voici qu'en 1926, deux thèses de la Faculté de médecine de Paris sembleraient donner une opinion différente. Mlle Veliovitch expose le cas des gazés ayant eu des hémoptysies après l'atteinte des gaz et trouve que ces gazés deviennent tuberculeux deux fois plus souvent que les autres. Delplanque a vu, comme nous tous, la tuberculose apparaître très tardivement, de quatre à sept ans après l'intoxication par les gaz; mais il admet bien facilement que cette tuberculose tardive est une conséquence des gaz. Le professeur Achard reprend la question dans une communication à l'Académie de médecine (1927) et dans une leçon clinique à l'hôpital Beaujon; certes, le pourcentage des gazés tuberculeux observés par M. Achard est élevé, 19 sur 71, soit 26 p. 100, mais il faut noter que c'est une statistique d'hôpital et que ce sont les plus malades parmi les gazés qui entrent dans les hôpitaux; puis le professeur Achard montre bien que seuls doivent être imputés aux gaz les cas dans lesquels il y a une filiation manifeste entre les séquelles prochaines de l'intoxication et la séquelle lointaine qu'est la tuberculose, les cas dans lesquels il n'y a pas, entre les accidents de l'intoxication et l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, un intervalle libre de longue durée.

La tuberculose pulmonaire ne fait donc pas une hécatombe d'anciens gazés; les statistiques de 1917 donnaient un pourcentage très faible de tuberculeux; les plus récentes se sont naturellement alourdies, mais sans arriver à un chiffre bien élevé. J'ai actuellement 150 observations de gazés, avec 11 cas de tuberculose pulmonaire, dont quelques-uns, d'ailleurs, très discutables en ce qui concerne l'origine. En prenant même ces 11 cas globalement, c'est un pourcentage de 7,33. Les anciens gazés deviennent moins souvent tuberculeux que les anciens pleurétiques, puisque, de ceux-ci, j'en compte 15 p. 100 qui sont, quelques années après, des phtisiques. Le rôle phtisiogène des gaz n'est donc pas considérable et les recherches expérimentales de Koontz confirment cette opinion; Koontz a soumis des lapins à l'action de l'ypérite, du phosgène, puis les a inoculés avec des bacilles de Koch: le degré de tuberculose ainsi provoquée fut le même chez les animaux gazés que chez les témoins.

Dans la phtisie des gazés, 3 cas doivent être dis-

tingués. Le premier est celui des soldats qui ont *évolué, sans transition aucune, de l'atteinte des gaz à la tuberculose pulmonaire.* Nous en avons déjà cité quelques observations (Sergent et Agnel, Ménétrier et Martinez, Tapie, Dumarest); on en trouve encore dans la thèse de Simonin, dans la Revue générale de Roubier, celle-ci entre autres : un soldat de vingt-trois ans, d'une famille de bacillaires, mais lui-même en parfaite santé, est gazé, présente des déterminations broncho-pulmonaires longtemps persistantes qui nécessitent une hospitalisation de trois mois; on lui accorde une convalescence pendant laquelle il maigrit, continue à tousser; quand ce soldat revient à l'hôpital, le sommet du poumon droit est ramolli, les crachats renferment des bacilles de Koch. Quelques-unes de ces tuberculoses immédiatement consécutives à l'atteinte des gaz ont évolué très rapidement, les autres sous forme de phtisie chronique, généralement grave. Ces malades étaient-ils déjà des tuberculeux latents, dont les gaz ont réveillé la bacillose? Cela paraît vraisemblable, pour la plupart d'entre eux, à la lecture des observations; mais peu importe en ce qui concerne leur droit à pension, soit pour eux, soit pour leurs veuves. Ils étaient soldats dans le service armé, donc supposés sains; ils sont gazés, deviennent tuberculeux; ce sont, sans aucune discussion possible, des victimes de la guerre.

Dans le second cas, *la tuberculose pulmonaire survient tardivement chez un ancien combattant qui, depuis l'atteinte des gaz, a toujours présenté des troubles respiratoires bien caractérisés.* Un de mes malades avait été gazé en 1918; pendant les années suivantes, il est venu plusieurs fois au Centre de réforme où l'on avait constaté des lésions d'emphysème pulmonaire, mais sans aucun signe clinique ou radioscopique de tuberculose; en 1924, l'état général s'aggrave et, à l'examen de 1925, tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats. Le professeur Achard vient d'étudier cette phtisie tardive des gazés; les anciens gazés, dit-il, ont de l'emphysème, de la péribronchite scléreuse, de la bronchectasie; certains de ces malades ont une bronchite habituelle qui s'exacerbe en hiver; sous l'influence de poussées inflammatoires répétées, l'appareil bronchique devient moins résistant, ses parois perdent leur structure élastique et musculaire; autour des bronches dilatées, le parenchyme pulmonaire se sclérose d'où une fragilité plus grande des bronches et du poumon qui facilite sinon le réveil d'anciens bacilles endogènes, du moins l'agression de nouveaux bacilles exogènes. D'après Achard, cette tuberculose tardive des gazés évolue, dans la majorité des cas, sous une forme lente et fibreuse, ce qui confirme l'opinion d'Harrison Cole que la tuberculose des gazés est souvent moins grave que la forme commune. L'évolution fibreuse tient sans doute aux lésions préalables des bronches et du poumon, qui ont provoqué de la sclérose et l'on sait que le tubercule se développe mal en tissu fibreux. Achard compare la phtisie des gazés à celle des mineurs et, d'une façon générale, à celle qui survient dans les pneumokonioses professionnelles, les poussières de charbon, de silice, de fer ayant également déterminé la sclérose pulmonaire. Pour cette phtisie tardive chez les gazés antérieurement atteints d'emphysème et de sclérose pulmonaire, personne ne songe à nier ses relations, lointaines sans doute mais indiscutables, avec l'atteinte par les gaz de combat.

Il n'en sera pas de même pour un troisième groupe de faits. J'ai examiné en 1923 un homme qui avait été gazé en 1916 et 1917, mais très légèrement; il termine la guerre dans le service armé: c'est seulement en décembre 1919 qu'il commence à tousser et en 1923 qu'il vient pour la première fois se faire examiner au Centre de réforme : c'est alors un phtisique. Un combattant est gazé en 1917; trois années se passent, sans troubles respiratoires; en 1920, il a des hémoptysies; en 1921, il est bacillaire. Sur les 11 cas que j'ai observés de gazés devenus tardivement tuberculeux, il en est 8 dans lesquels *un intervalle de plusieurs années, sans séquelles broncho-pulmonaires, s'est écoulé entre l'intoxication par les gaz et le début de la tuberculose pulmonaire.* Vraiment, en pareil cas, on a le droit de mettre en doute le rôle phtisiogène des gaz, de ne pas admettre, immédiatement et sans étude de chaque cas, la filiation entre cette tuberculose tardive et l'intoxication par les gaz. Voilà ce que nous médecins devons dire et il faut parfois un certain courage pour le dire.

*
* *

En ce qui concerne la loi du 31 mars 1919 et les pensions aux victimes des gaz de combat, certaines expertises sont donc bien difficiles.

Ce n'est pas celle du gazé qui a fait, peu de temps après la fin de la guerre, une demande de pension; à ce moment il a été examiné, puis réexaminé plusieurs fois; on trouve au dossier la série des examens cliniques, radioscopiques et bactériologiques. On peut donc conclure en toute connaissance de cause, et, si ce gazé devient bacillaire après avoir présenté des lésions broncho-pulmonaires, on n'hésite pas à rattacher à l'intoxication par les gaz la tuberculose pulmonaire, aggravation de l'état antérieur. Déjà pensionné à 20 ou 30 p. 100, ce malade obtient, lorsqu'il devient bacillaire, la pension accordée aux tuberculeux pulmonaires. Voici maintenant un gazé de 1916, 1917 ou 1918, qui n'a pas demandé de pension pendant dix ou douze ans et qui vient pour la première fois au Centre spécial de réforme. La loi du 9 janvier 1926 a reporté, pour les anciens mobilisés, le délai de mise en instance jusqu'au 31 décembre 1928. Mais le candidat à pension doit, depuis cette loi, faire la preuve d'une filiation manifeste entre les faits de guerre et son infirmité actuelle. Il faudra donc d'abord être fixé sur la gravité plus ou moins grande des accidents immédiatement consécutifs à l'atteinte des gaz, sur la durée de l'hospitalisation, puis savoir si l'ancien combattant a fini la guerre dans le service armé ou le service auxiliaire, savoir quel a été son état de santé dans les premières années après la fin des hostilités, à quelle date remonte le début apparent de la tuberculose pulmonaire. Etudiant cette loi nouvelle, Contet expose très judicieusement que « l'éloignement croissant dans le passé peut rendre de plus en plus sévère l'appré-

ciation de la filiation entre des constatations minimales faites pendant le service et une grave maladie constatée par la suite, entre un court traitement pour bronchite et une tuberculose pulmonaire constatée quatre ou cinq ans plus tard et alors qu'il n'est établi aucune suite véritable de soins pendant la première partie de la période comprise entre la libération et la demande de pension. » Ces remarques s'appliquent parfaitement bien à la phtisie des gazés. Comme nous l'avons déjà noté, d'après une clinique récente du professeur Achard, il faut tenir le plus grand compte du fait qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu un « intervalle libre » entre l'intoxication par les gaz et le début de la tuberculose pulmonaire.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ACHARD. *Acad. de méd.*, 4 fév. 1919; — *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 nov. 1923; — *Acad. de méd.*, 19 avril 1927; — *Clinique médicale de l'hôpital Beaujon*, 1928, 3e série.
AMEUILLE et BORDET. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. III.
AMEUILLE et SOURDEL. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. III.
BENMUSSA. *Th. de Paris*, 1920.
BERNARD (L.) et MANTOUX. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 mai 1917.
BEZANÇON et DE JONG. *Soc. de pathol. comparée*, 14 mars 1922.
BONNAMOUR et BADOLLE. *Acad. de méd.*, 14 fév. 1918.
BRELET. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 nov. 1923; — *Riforma med.*, 13 febbraio 1928.
CLERC et RAMOND. *Nouveau Traité de médecine*, f. 6.
CLERC, RAMOND et GUILHAUME. *Presse méd.*, 28 août 1919.
COLE. *Amer. Revue of Tub.*, juin 1923.
CONTET. *Gaz. des hôpit.*, 1927, nos 93 et 95.
DELPLANQUE. *Th. de Paris*, 1926.
DUMAREST. *Bull. méd.*, 21 avril 1920.
GALLO. *Riforma med.*, 1917.
GIMBERT. *Presse méd.*, 22 janv. 1917.
HARVIER. *Nouveau Traité de médecine*, f. 6.
KOONTZ. *Arch. of intern. Med.*, 15 juin 1927.
LOEPER. *Progrès méd.*, 8 mars 1919.
MÉNÉTRIER et MARTINEZ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 juillet 1916.
RATHERY et MICHEL. *Paris méd.*, 16 oct. 1915.
ROBERT. *Th. de Toulouse*, 1924.
ROUBIER. *Gaz. des hôpit.*, 21 fév. 1920.
ROUSSELOT. *Th. de Paris*, 1920.
SERGENT. *Bull. méd.*, 1922, n° 47; — *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, 1922; — Conférence au Val-de-Grâce, 10 janv. 1925, *Presse méd.*, 14 fév. 1925; — *Acad. de méd.*, 3 mai 1927.
SERGENT et AGNEL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 nov. 1915.
SERGENT et HAAS. *La Médecine*, mai 1920.
SIMONIN. *Th. de Lyon*, 2 fév. 1920.
TAPIE. *Progrès méd.*, 20 oct. 1917.
VELIOVITCH (Mlle). *Th. de Paris*, 1926.
VOIVENEL et MARTIN. *Progrès méd.*, 15 mars 1919.
WILBERT. *Soc. de pathol. comparée*, 14 mars 1922.

Effet du faisceau solaire et des radiations qui le composent sur les diverses localisations de la tuberculose chirurgicale, par Jean ANDRÉ, médecin-directeur du Sanatorium d'Obourg. Préface du docteur ROLLIER, directeur des Etablissements héliothérapiques de Leysin. In-16, 176 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MAI 1928)

Action des rayons K de l'aluminium sur quelques microbes. — M. A. LACASSAGNE.

Essai d'interprétation énergétique de l'action des rayons K de l'aluminium sur les microbes. — M. F. HOLWECK.

Election. — M. Maurice Caullery est élu membre de la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. F. Henneguy, décédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 MAI 1928)

Vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B. C. G. en Roumanie. Ses effets sur la décroissance de la mortalité infantile. — MM. J. CANTACUZÈNE et Jonesco MIHAIESTI. Depuis deux ans la vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B. C. G. a été introduite en Roumanie. Elle y est très appréciée par les médecins et par le public. Le vaccin est préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur par l'Institut de sérologie de Bucarest qui a reçu, à cet effet, d'importantes subventions du gouvernement roumain, de la ville de Bucarest et de l'administration des Chemins de fer de l'Etat.

A la fin de mars de cette année 1928 on avait déjà vacciné 9.274 enfants dont 6.083 à Bucarest et 3.191 dans la province et, actuellement, à Bucarest 65 p. 100 des enfants qui naissent sont vaccinés. A Galatz, la proportion s'élève à 91 p. 100; à Craiova, à 72 p. 100 des naissances. Les résultats sont aussi parfaits qu'on peut les souhaiter puisque la mortalité générale, par toutes causes de maladies, se trouve réduite à 4 p. 100 dans l'ensemble des enfants vaccinés alors que, de 1925 à 1927, cette mortalité générale était de 21 p. 100 dans l'ensemble des enfants non vaccinés. D'autre part, la mortalité par tuberculose a été seulement de 2 enfants : 1 à Bucarest sur 5.767 vaccinés et 1 à Craiova sur 695 vaccinés. Tous deux appartenaient à des familles de tuberculeux.

Or, à Bucarest, la proportion des enfants issus de familles de tuberculeux et non vaccinés, qui meurent de tuberculose au cours de leur première année, est de 25 p. 100.

L'efficacité de la vaccination antituberculeuse par le B. B. G. apparaît évidente et son innocuité est parfaite.

Nouvelle contribution à l'étude des propriétés pathogènes du vaccin B. C. G. et son application à la prophylaxie de la tuberculose. — M. J. LIGNIÈRES (de Buenos-Aires). « Me basant sur mes expériences et aussi sur celles de M. Calmette et de ses collaborateurs, déclare M. Lignières, j'affirme que *le vaccin B. C. G. pullule à l'endroit où il a été inoculé; qu'il envahit l'organisme par le système lymphatique; qu'il y reste des mois; qu'il produit toujours une hypertrophie ganglionnaire et parfois de petites lésions même dans les organes; que ces manifestations sont assez souvent accompagnées d'hyperthermie.*

En conséquence, je considère que le *B. C. G. n'est pas aussi anodin que M. Calmette l'admet, ni que son application soit aussi banale qu'on semble le croire.*

Comme conclusion logique, *je m'élève de toutes mes forces contre les vaccinations en masse et je dis que le B. C. G. doit être exclusivement réservé pour des sujets nés de parents tuberculeux ou élevés en milieux contaminés, c'est-à-dire où la contagion tuberculeuse est à craindre.*

J'espère qu'on comprendra que je dois continuer à apporter dans cette étude la plus grande discrétion quant aux preuves pouvant toucher directement des enfants vaccinés. A ce propos, je tiens à dire que M. Calmette m'a fait le grief de ne pas me soucier des inquiétudes des familles dont les enfants ont été vaccinés. Or, je ne crois pas mériter ce reproche, car je n'ai pas manqué de les rassurer en affirmant que le B. C. G. ne donnera jamais la tuberculose à leurs chers petits. Les médecins qui ont appliqué le B. C. G. doivent aussi avoir la même conviction : ce que je demande c'est que, dans l'avenir, ils tiennent compte des démonstrations qui vont suivre. »

M. Lignières apporte alors de nombreux faits expérimentaux observés sur des veaux et des cobayes, et il termine ainsi :

« Je ne suis pas un détracteur du B. C. G., parce que j'ai la conviction qu'il représente une grande, une énorme découverte scientifique et que son action peut être d'un vrai secours dans la prophylaxie de la tuberculose; mais, en même temps, je considère toujours qu'on ne doit l'employer que sur des sujets destinés à vivre dans un milieu bacillifère, et cela au moins jusqu'à ce que nous ayons sur son action pathogène, à la clarté des nouvelles acquisitions, une expérience pratique plus certaine. »

Discussion. — M. Calmette répond :

L'infection ganglionnaire et lymphatique, sur laquelle a insisté M. Lignières, est nécessaire pour créer l'immunité. On ne devrait pas vacciner les enfants en milieu indemne, dit M. Lignières, mais qu'est-ce qu'un milieu indemne?

Les expériences de M. Calmette attestent que le B. C. G. est inoffensif et efficace.

MM. Léon Bernard, Bar et Vaillard s'associent aux déclarations de M. Calmette, puis M. Lignières réplique à son tour.

Cette discussion fut difficile à suivre, le public s'étant livré à des manifestations inusitées contre lesquelles s'élève avec force M. le Président.

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division (Médecine et spécialités médicales).

MM. d'Astros (de Marseille) et Merklen (de Strasbourg) sont élus.

Vaccination antidiphtérique. — Le Conseil de l'Académie fait connaître qu'il a reçu de M. le ministre de l'Hygiène une subvention pour la propagation de la vaccination antidiphtérique facultative et qu'il a décidé qu'une séance de vaccination gratuite aurait lieu le jeudi à 15 heures dans la salle des vaccinations de l'Institut supérieur de vaccine.

Un centenaire de la découverte de la circulation du sang par Harvey. — M. le Président annonce que MM. Chauffard et Gley sont à Londres où ils représentent l'Académie à la cérémonie de Commémoration de la découverte de Harvey.

La prochaine séance sera consacrée à cet anniversaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1928)

De la vaccination contre les colites par voie buccale. — M. A.-P. Bersenieff. En se fondant sur les recherches de Besredka relatives à l'immunisation locale, et, en particulier, sur celles ayant trait à la vaccination *per os* contre la dysenterie, l'auteur a entrepris des vaccinations, à titre préventif et même curatif, contre les colites au moyen d'un vaccin mixte (Shiga, Flexner, His, colibacilles, proteus). Ces essais, portant sur plusieurs centaines d'individus, ont donné des résultats très favorables.

Sur la prétendue action du permanganate de potassium dans la vaccine. — M. S. Nicolau et Mlle Mateiesco montrent que le MnO^4K administré dans les veines des lapin infectés avec neurovaccine ou dermovaccine n'a aucune action virulicide in vivo. Les animaux ainsi traités après l'inoculation de virus vaccinal sur la peau ou dans les veines présentent l'éruption caractéristique, en même temps que les lapins témoins non traités. Les résultats des auteurs ne sont donc pas d'accord avec ceux enregistrés par J.-H. Theodore. Le chlorure et le sulfate de manganèse, administrés par la même voie que le permanganate, se comportent de la même manière.

Encéphalite expérimentale du singe. — M. C. Levaditi et Mlle R. Schoen montrent que l'inoculation intracérébrale du virus herpétique de passage, souche N, à un macacus sinicus, a provoqué une encéphalite aiguë évoluant en deux jours et se terminant par la mort de l'animal, dont l'encéphale contenait des germes herpétiques virulents pour le lapin. Ce qui rend cette observation particulièrement intéressante, c'est que la localisation, ainsi que les caractères histo-pathologiques des altérations encéphalitiques sont identiques à ce que l'on rencontre habituellement dans l'encéphalite léthargique humaine. Ainsi, l'inoculation intracérébrale, soit de la souche herpéto-encéphalitique G isolé par Levaditi et Harvier de l'encéphale d'un sujet atteint de la maladie de von Economo, soit du virus herpétique proprement dit (herpès labial), réalise chez certains simiens inférieurs, les divers types d'encéphalite léthargique constatés chez l'homme, et cela non seulement du point de vue des caractères et de l'évolution de la maladie, de la virulence ou de la stérilité du névraxe, ou des particularités des lésions microscopiques, mais encore du point de vue de la topographie de ces lésions.

Réveil de l'infection à S. Duttoni, déterminé chez la souris blanche par inoculation de T. brucei. Infection mixte trypano-spirochétienne. — MM. M. Delorme et T.-E. Anderson. Au cours de leurs recherches sur les récurrentes et les trypanosomes, les auteurs ont observé que chez des souris apparemment guéries d'une infection récurrente à S. duttoni (souche Brazzaville), une inoculation de T. brucei pratiquée deux mois environ après l'inoculation du spirochète peut faire réapparaître celui-ci dans la circulation générale et déterminer l'évolution d'une infection mixte trypano-spirochétienne.

Des expériences réalisées dans le but de déterminer la virulence du spirochète de « sortie », son pouvoir pathogène pour l'homme, les réactions humorales qu'il peut faire apparaître dans l'organisme infecté et ses propriétés dans les immunisations croisées ont permis d'identifier ce germe avec S. duttoni (souche Brazzaville) primitivement inoculé.

Il est intéressant de rapprocher ces constatations des résultats fournis par les expériences de Buschke et Kroo, de Kritschowsky et de Levaditi et Anderson sur le neurotropisme de S. duttoni. Ces dernières expériences ont prouvé, en effet, qu'avec S. duttoni « le névraxe continue à être virulent chez les animaux dont le sang est devenu stérile ».

Ammoniaque et acidité réelle de l'urine. — M. R. Rafflin rapproche les résultats trouvés de ceux qu'on peut calculer par la méthode Hasselbach et par sa formule. La formule d'Hasselbach doit être considérée comme inexacte. Le régime azoté abaisse la constante de Rafflin qui est identique pour un régime hyperazoté et pour la diète hydrique.

Etudes chronaximétriques dans le parkinsonisme postencéphalitique. — MM. G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler étudient vingt-huit cas de parkinsonisme postencéphalitique au point de vue de la chronaxie neuro-musculaire et arrivent aux résultats suivants. Il y a dans cette maladie trois ordres de troubles de l'excitabilité : 1° une égalisation de la chronaxie à la racine du membre; 2° une modification du rapport normal entre les chronaxies des antagonistes et celle des agonistes à l'avant-bras et à la jambe; 3° un hétérochronisme entre la chronaxie du nerf et celle du muscle. L'injec-

tion de scopolamine diminue les chronaxies augmentées et rétablit le rapport normal entre les chronaxies des différents groupes musculaires. Les auteurs pensent que ces modifications de l'excitabilité sont liées aux troubles végétatifs importants qui existent dans le parkinsonisme postencéphalitique et qui engendrent une modification du rapport normal des ions de K et de Ca au niveau de la phase fibrille-sarcoplasme et par la suite une altération de la perméabilité et de l'excitabilité suivant une loi établie par Lapicque.

Chronaxie du point moteur sans clignement sous l'influence des alternatives d'obscurité et d'éclairage. — M. Rizzolo. Après obscuration légère, suivie d'éclairage modéré, il y a diminution de la chronaxie qui est augmentée dans les conditions inverses.

Mécanisme de la scopolamine. — MM. Marinesco, Sager et Kreindler. La scopolamine ramène les chronaxies à un état voisin de la normale.

Sérum anticolibacillaire préparé avec des corps microbiens formolés. — MM. M. Weinberg et A.-R. Prévot avaient préparé déjà un sérum anticolibacillaire actif par la méthode des autolysats microbiens. Ils ont voulu voir, étant donné que l'élément actif des colibacilloses est la bactérie elle même plus que ses toxines, si les corps microbiens formolés étaient aussi bon antigène que l'autolysat. Ils ont hyperimmunisé un cheval avec ce nouvel antigène, et ont obtenu un sérum aussi bon que le précédent, c'est-à-dire anti-infectieux, préventif (au 1/10), curatif (au 1/20) et agglutinant (1/10.000).

Grâce à ce sérum, on peut identifier le B. coli par les tests sérologiques.

Le sérum anticolibacillaire préparé avec une seule souche n'agglutine pas toutes les souches de colibacilles. Sur 28 souches étudiées, 18 seulement (64 p. 100 des cas) étaient agglutinées par le sérum, et ce, à des taux variables. Il existe donc des types sérologiques différents de B. coli; quand une souche est agglutinée, son pouvoir infectieux est neutralisé également par ce sérum; réciproquement, les souches non agglutinées ne sont pas neutralisées ou le sont incomplètement.

Dans l'infection par le colibacille, le facteur microbe joue donc un rôle plus important que le facteur toxine, et il est nécessaire, pour lutter efficacement contre les maladies causées par cette espèce, de préparer un sérum polyvalent, actif vis-à-vis de principaux types sérologiques. C'est vers ce but que tendent leurs recherches actuelles.

Les propriétés cholagoques du lacto sérum. — MM. Maurice Renaud, Müller et Miget, étudiant par tubage duodénal l'influence du lacto-sérum et l'évacuation de la bile, ont constaté que parmi toutes les substances cholagogues étudiées dans ces dernières années le lacto-sérum est sans doute celle qui provoque le plus sûrement et le plus rapidement une importante évacuation de bile. Le flux qui presque immédiatement à l'arrivée du lacto-sérum dans le duodénum est d'abord jaune d'or, puis devient vert sombre. Il prend tous les caractères de la bile vésiculaire, puis de la bile hépatique claire. Cette dernière sécrétion est particulièrement abondante.

Il semble que le lacto-sérum agisse comme excitant direct à la fois de la muqueuse duodénale et des centres sécrétoires ou du parenchyme par des hormones qui passent par voie sanguine.

Comme cette excitation du foie et de voies biliaires se produit presque aussi vite quand le lacto-sérum est ingéré dans

un estomac vide que lorsqu'il est porté directement dans le duodénum, le lacto-sérum paraît être un des meilleurs cholagogues que puisse utiliser la thérapeutique.

Sur l'action laxative et purgative du lacto-sérum. Son mécanisme. Les purgations hépato-duodénales. — M. Maurice RENAUD analyse le mécanisme par lequel se produit, en raison du flux biliaire provoqué par l'ingestion du lacto-sérum, l'évacuation et la désinfection de l'intestin.

La répétition convenablement réglée des excitations duodénales par le lacto-sérum, additionné ou non de très minimes quantités de sels de soude, permet d'obtenir des flux diarrhéiques dont on règle à volonté l'importance, selon les indications et les susceptibilités individuelles.

On peut déterminer ainsi de grandes purgations par un procédé tout différent de celui par lequel agissent les purgatifs salins et drastiques.

Un résultat extrêmement important est obtenu ici par de tout petits moyens, grâce à la juste adaptation et la répétition convenablement rythmée d'une excitation duodénale très douce en elle-même qui déclanche, sur un mode presque normal mais en exagérant ses effets, un mécanisme physiologique.

— Société de biologie de Lyon (séance du 24 avril 1928) :

Contribution à l'étude de la réaction de Henry (ferro et mélano-floculation). Sa valeur dans le diagnostic du paludisme. — MM. B. LE BOURDELLES et R. LIÉGEOIS ont pratiqué chez 112 sujets la réaction de floculation du paludisme. La réaction apparaît en général positive dans l'intervalle des accès fébriles chez les paludéens en activité avec présence de l'hématozoaire dans le sang au moment de l'accès, et dans le paludisme chronique de l'infection avec lésions viscérales. Elle est en général négative chez les sujets suspects de paludisme chronique (indigènes nord-africains et malgaches) mais non porteurs de lésions viscérales; chez les paludéens rapatriés depuis plusieurs années et chez les non-paludéens.

Les résultats obtenus avec la ferro-floculation sont en faveur de la spécificité de la réaction, en ce qui concerne tout au moins l'élément endogénique de l'infection palustre qui peut lui être commun avec d'autres affections. Quelques mélano-floculations positives ont été notées chez les non-paludéens, ce qui montre la nécessité de perfectionner et de définir le mode de préparation de l'antigène mélanique utilisé.

La notion d'endogène. Sa portée biologique générale. — M. B. LE BOURDELLES souligne l'importance, au point de vue de la biologie générale, de la notion d'endogène sur laquelle repose la réaction de floculation du paludisme. Elle rend plus compréhensible certains aspects cliniques de l'affection palustre. La notion d'endogènes doit être généralisée. Dans la plupart des affections infectieuses on peut présumer que des endogènes prennent naissance au dépend de nos éléments cellulaires adultérés, et deviennent la source de floculations nocives par combinaison de l'endogène avec l'endo-anticorps. On peut rattacher sans doute à l'endogénie bien des manifestations cliniques surtout tardives des maladies infectieuses : arthropathies rhumatismales ou pseudo-rhumatismales, exanthèmes ou complications évolutives des fièvres éruptives, scléroses évolutives des maladies infectieuses chroniques. Il existe sans doute un effet utile et immunisant de ces corps; la supériorité des vaccins vivants dans certaines affections peut s'expliquer par la capacité qu'ils ont conservée de produire des endogènes. La théorie des endogènes qui prolongent et multiplient l'action des exo-antigènes montre l'importance de la notion de terrain et de l'étude de la lésion envisagée comme un facteur actif et non plus comme le témoin passif de l'évolution morbide.

LIVRES NOUVEAUX

La syphilis médullaire (1), par LORTAT-JACOB, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et POUMEAU-DELILLE, interne des hôpitaux de Paris.

La syphilis médullaire a donné lieu à un nombre considérable de travaux tant en France qu'à l'Etranger depuis les cinquante dernières années. Si le diagnostic de cette affection peut être posé beaucoup plus fréquemment qu'autrefois, la thérapeutique donne trop souvent encore des résultats décevants malgré l'emploi de médications modernes arsénicales bismuthiques.

On trouvera réunis dans ce petit livre en chapitres concis les acquisitions récentes touchant la symptomatologie, les formes cliniques, le diagnostic clinique et de laboratoire de la syphilis médullaire. On y trouvera enfin les bases d'une thérapeutique rationnelle.

C'est au prix d'une intervention thérapeutique précoce et intensive que la prophylaxie d'accidents graves pourra être instituée et que l'échéance paraplégique pourra être évitée.

Ce petit livre orientera les médecins vers la recherche de ces formes curables; il leur évitera bien des tâtonnements et les traitements timides qui donnent de fâcheux mécomptes.

Une longue bibliographie française et étrangère termine l'ouvrage.

L. G.

Chimiothérapie par voie buccale avec l'arsenic (2), par le docteur KURT HEYMANN. Préface de M. LEVADITI, de l'Institut Pasteur.

M. Levaditi a démontré en 1922, avec Navarro y Martin l'efficacité préventive et curative de l'acide acétyloxyaminophénylarsinique, administré par voie buccale dans la syphilis, L. Fournier et ses élèves, expérimentant sur une grande échelle le stovarsol dans la syphilis, confirmèrent, en les élargissant, les premières conclusions de Levaditi. Marchoux vint ensuite dire que le stovarsol était efficace dans la dysenterie amibienne et les autres parasitoses intestinales. Tour à tour s'ajoutèrent le pian, la récurrente, le paludisme, certaines trypanosomiases, en sorte que, à l'heure actuelle, longue est la liste des affections à spirilles, à spirochètes et à protozoaires, passibles de la thérapeutique par les acides arsiniques administrés *per os*.

M. Heymann qui présente une étude d'ensemble sur les documents expérimentaux et cliniques concernant le stovarsol est plus autorisé que quiconque à en parler. Il fut un des premiers à saisir l'intérêt théorique et pratique des découvertes faites par les chercheurs de l'Institut Pasteur et s'y consacra dès la première heure. Il apporta des contributions personnelles et soutint une lutte acharnée contre ceux qui, à l'étranger, avant d'adopter nos idées, leur opposaient une critique aussi passionnée que peu fondée. Le stovarsol est, en effet, utilisé partout en France, aux colonies et dans les pays étrangers, avec des résultats que le lecteur connaîtra en détail, s'il se donne la peine de parcourir le remarquable ouvrage de M. Kurt Heymann.

L. G.

Cliniques dermatologiques (2e série), par M. le docteur L. BROCQ. Un volume de 660 pages. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

---

(1) Un volume de 152 pages. « Collection médecine et chirurgie pratiques ». — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume gr. in-8 de 132 pages. — Paris, 1928, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 16 JUIN 1928

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant pendant le deuxième semestre 1928.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 5 juin 1928.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Bases physiques de la radiothérapie, par Jean Dubost, moniteur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 (20-13) de 99 pages avec 50 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

N° 42. — MERCREDI 23 MAI 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 23 MAI 1928. — N° 42.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Aubertin, Bezançon, Clerc, Halbron, Jousset, Labbé, Lereboullet, Martin, de Massary, Monier-Vinard, Sergent.

— Troisième concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 mai. — MM. Soupault, 19; Huet, 18; Wilmoth, 15; Michon, 20; Aurousseau, 15.

Séance du 18 mai. — MM. Huet, 19; Soupault, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Michon et Soupault.

— Concours de stomatologiste. — Séance du 16 mai. — Question donnée : « Traitement des accidents liés à l'éruption de la dent de sagesse inférieure. »

MM. Lattes, 17; Vilenski, 15; Boissier, 19; Croquefer, 17.

Séance du 17 mai. — Question donnée : « Prise de l'articulation en vue de la construction d'un dentier complet. »

MM. Lattes, 16; Boissier, 19; Croquefer, 18; Vilenski, 15.

Consultation écrite. — Séance du 18 mai. — MM. Croquefer, Lattes et Boissier, 30; Vilenski, 29.

Total des points : MM. Boissier, 68; Croquefer, 65; Lattes, 63; Vilenski, 59.

Sont nommés : MM. Boissier, 68; Croquefer, 65.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve écrite anonyme.* — Séance du 19 mai. — Questions données : 1° Electrologie. « Les signes électriques de la dégénérescence wallérienne, leur signification physiologique, leur valeur au point de vue diagnostic et leurs indications au point de vue électrothérapique. »

2° Radiodiagnostic. « Radiodiagnostic des arthrites chroniques de la hanche. »

3° Radiothérapie. « Indications et technique de la rœntgenthérapie des splénomégalies chroniques. »

MM. Busy, 25; Coliez, 30; David, 12; Delapchier, 14; Toubert, 19; Le Goff, 30; Marchand et Ordioni, 21; Porcher, 26; Serrand, 35.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination d'un médecin suppléant des hôpitaux de Rouen, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, s'ouvrira le jeudi 25 octobre 1928, à l'hôpital Lariboisière, à Paris.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général) où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé; la liste sera close le samedi 29 septembre 1928, à 18 h., et passé cette date aucune inscription ne sera admise.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Olivier, agrégé pérennisé des facultés de médecine des départements (Lille, section d'anatomie), est nommé agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (emploi vacant) et pérennisé dans lesdites fonctions.

— *Concours de l'adjuvat.* — Première séance. — MM. Leydet, 27; Patel, 26; Lecœur et Theillier, 25; Mouchet, 24.

Deuxième séance. — MM. Funck-Brentano, 27; Dessaint et Lapeyre, 26; Sicard, 24.

— Sont nommés pour une période de neuf ans, à compter du 3 mai 1928, agrégés près les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des Universités de Paris et des départements ci-après désignés (emplois vacants).

Paris. — Histologie : M. Giroud; anatomie pathologique : M. Oberling.

Alger. — Chirurgie : M. Ferrari.

Bordeaux. — Médecine : M. Péchaud; ophtalmologie : M. Beauvieux; dermatologie et syphiligraphie : M. Joulia.

Lyon. — Médecine : M. Gaté.
Montpellier. — Médecine : MM. Pagès, Puech. (*J. O.*, 19 mai).

— Lille. — M. Cordier, agrégé d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 3 mai 1928, agrégé d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. le docteur Kühn, chargé de cours, a été nommé professeur titulaire d'anatomie pathologique.

— Reims. — Un concours s'ouvrira le lundi 26 novembre 1928, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de Reims.

— Tours. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de chimie à l'Ecole de Tours s'ouvrira le lundi 10 décembre 1928 devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Paris. — Sont nommés pour une période de neuf ans, à compter du 1er octobre 1928, agrégés près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris (emplois vacants) :

Pharmacie chimique : M. Fleury.
Pharmacie galénique : M. Bach.

VIIe CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — L'Université de Toulouse, qui fut fondée en 1229, célébrera en juin 1929 son VIIe centenaire.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Truc, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Salomon (de Lesvellec).

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale, pour 1928, a été attribué à M. le médecin principal Marcandier.

Des mentions très honorables ont été accordées à : M. le médecin en chef de 2e classe Lancelin; MM. les médecins principaux Charpentier et Hederer; MM. les médecins de 1re classe Guermeur et Pirot.

LE DRAPEAU DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Georges Leygues, ministre de la Marine, a remis solennellement, à Bordeaux, samedi dernier, le drapeau de l'Ecole principale du Service de santé de la marine. Au drapeau a été épinglée la Croix de guerre avec palme qui fut décernée à l'Ecole avec la citation suivante :

« A élevé dans le culte de la science et du devoir toutes les générations d'officiers des corps de santé de la marine et des troupes coloniales qui, au cours de la Grande Guerre, ont magnifiquement affirmé sur mer et sur terre, avec les plus solides qualités de leur profession, les plus hautes vertus militaires. »

GUERRE. — Sont promus au grade de médecin général M. le médecin colonel Grail en remplacement du médecin général Saltet, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Lévy en remplacement du médecin général Job, placé dans la section de réserve.

— Tableaux d'avancement pour 1928 (réserve) :

Pour le grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Leniez, Petges, de Lauwereyns de Roosendaële, Gross, Vandenbossche, Patay, Conte.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Verdeau, Piquet, Tellier, Rist, Lemaire, Robineau, Destouches, Lajoanio, Musin, Armbruster, Ermenge, Aubaret, Parisot, Gougerot, Cosse, Potron, Fulconis, Schwartz, Gassin, Chifoliau, Lancien.

Pour le grade de médecin commandant. — MM. Lefavre, Ledoux, Tinel, Sézary, Richard, Cazal, de Brisson de Laroche, Stépinski-Vessière, Legros, Judet de La Combe, Saint-Hilaire, Lalande, Wapler, Meinard, Sourdin, Treille, Champy, Aton, Aubriot, Audouard, Schmitt, Martin dit Sisteron, Lamare, Bernard, Dumora, Loubat, Welsch, Garès, Lejeune, Giroux, Lombart, Dupont, Vincent, Lacronique, Massip, Pestel, Duhem, Couronnet, Verhaeghe, Gardiol, Ertzbischoff, Halphen, Lloubes, Richet, Lecaplain, Hautefort, Labernadie, Potherat, Boisson, Niewengloski, Heuyer, Lapeyre, Testard, Paoli, Vogelin, Daure, Stodel, Nattan-Larrier, Martin.

ASILE DE MARÉVILLE. — Trois postes d'internes sont actuellement vacants à l'asile de Maréville.

Un concours s'ouvrira devant la Faculté de Nancy le 9 juillet prochain pour la désignation de trois internes titulaires. Ceux-ci reçoivent un traitement de 3.200 à 4.000 fr., plus le logement et la nourriture.

Ils trouvent à l'asile d'abondantes ressources cliniques, un enseignement théorique et pratique, un laboratoire de biologie, chimie et microbiologie, une bibliothèque médicale très largement pourvue d'ouvrages modernes et de publications de médecine générale et de psychiatrie.

Nota. — Un des postes libres peut convenir à un interne marié.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'asile de Maréville, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE D'AUXERRE. — La place de directeur du bureau est déclarée vacante. (*J. O.*, 16 mai 1928.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Evariste Gras, ancien maire de la Ciotat; Renaudet (de Saint-Maxime, Var); Joseph Merckx (de Bruxelles); le professeur Pavel Kucera, directeur de l'Institut d'hygiène de Prague; le colonel médecin Carl Bohny (de Bâle), médecin en chef de la Croix-Rouge.

(*Voir la suite, p. 755.*)

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal..

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

LE SYNDROME DU GANGLION HYPOGASTRIQUE[1]

(SÉMÉIOLOGIE FONCTIONNELLE DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS)

Par F. BERTRAND,
Ex interne des hôpitaux de Toulouse.

(Travail de la Clinique chirurgicale du professeur MÉRIEL.)

I. Rappel anatomique. — Il faut remonter à Lee (2) et surtout à la très belle monographie de Frankenhaüser (3) pour trouver les premières descriptions vraiment intéressantes des formations nerveuses du sympathique pelvien. Mais si ces auteurs ont vu et décrit les deux ganglions hypogastriques, Il semble qu'ils se soient légèrement trompés sur leur situation topographique et l'aient placé sur un plan trop antérieur. Les belles recherches de Blaisdell (4) et de Latarjet et Rochet (5) ont rectifié cette erreur.

Les ganglions hypogastriques, véritables lames ganglionnaires, représentent les carrefours nerveux les plus importants du petit bassin. Situés symétriquement en arrière de l'isthme utérin, ils se trouvent placés immédiatement au-dessous du péritoine sur la face externe de l'ampoule rectale; la partie toute antérieure de chacun des ganglions répond à la face externe du ligament utéro-sacré correspondant. Ce rapport est tout à fait intime : les éléments nerveux qui forment un véritable feutrage constituent même à proprement parler la base et la partie inférieure des replis de Douglas dont ils sont le véritable substratum anatomique. C'est là un fait dont l'importance considérable semble avoir passé inaperçue jusqu'à ces dernières années. Grégoire (6) et Condamin (7) cependant ne manquent pas de le mentionner. *Nous n'hésitons pas à mettre en pleine lumière les rapports du Douglas avec ces deux nappes ganglionnaires dont dépend toute l'innervation viscérale du petit bassin (nerfs rectaux, nerfs génito-vésicaux, nerfs de l'utérus proprement dits). Au moment où se dessine toute une pathologie du sympathique, la pathologie pelvienne va s'éclairer ainsi pour nous d'un jour vraiment nouveau.*

II. Le syndrome du ganglion hypogastrique. — *A.* **Séméiologie fonctionnelle du Douglas normal.** — A l'état normal, la région du Douglas, l'arrière-fond en particulier, est absolument indolore. Si l'on en croit même Condamin, une pression assez vive, exercée au niveau de l'arrière-fond et plus particulièrement au niveau des ligaments utéro-sacrés, détermine chez la femme saine une sensation plutôt agréable.

La sensibilité bien connue de la région rétro-cervicale de l'utérus est assez variable suivant les sujets. On peut parfois vérifier au cours d'une anesthésie générale la richesse d'innervation de cette région en étudiant les réflexes dont elle devient dans certains cas le point de départ. Ces réflexes se manifestent électivement au niveau de l'appareil respiratoire comme Richelot l'avait déjà constaté il y a plus de trente ans en pratiquant des hystérectomies vaginales. Au moment où on irrite la face postérieure du col utérin et la région des ligaments utéro-sacrés, l'opérée pousse parfois un gémissement caractéristique, sorte de grognement aspiratif auquel Richelot avait donné le nom de réflexe de l'Esplanade (1).

Récemment, Albertin (2) a montré qu'on pouvait déterminer un réflexe exactement du même ordre « le cri de Douglas » en irritant la région au cours d'une hystérectomie abdominale. Comme le fait remarquer Tixier, c'est en tirant brusquement en haut et en avant sur les ligaments utéro-sacrés par l'intermédiaire de l'utérus que l'on obtient un cri de Douglas particulièrement énergique. F. Jayle voit dans ce réflexe pelvien l'origine et l'explication des inspirations et des expirations rauques émises par certaines femmes hyperexcitables au cours du coït profond; peut-être même, dit-il, les invertis connaissent-ils ce réflexe.

B. **Séméiologie fonctionnelle du Douglas pathologique.** — Si l'on met à part les troubles de compression que l'on peut observer dans les collections ou les tumeurs de la cavité pelvienne, les troubles fonctionnels caractéristiques d'une lésion du Douglas dépendent presque tous d'une irritation des plexus hypogastriques.

La question dépasse de beaucoup le cadre qui lui avait été assigné par Condamin à propos de la Douglassite.

Il ne fait aucun doute pour nous, en effet, qu'il existe et qu'on doit décrire un véritable syndrome du ganglion hypogastrique. La Douglassite en est peut-être le facteur principal, mais ce facteur n'est pas unique comme nous allons le montrer.

On rencontre, en effet, à peu près les mêmes signes dans d'autres affections, en particulier dans l'histoire clinique des adénomyomes de l'espace recto-vaginal. On y retrouve les mêmes signes génitaux (dysparéunie, dysménorrhée); on y voit signalée une rectalgie menstruelle caractéristique à laquelle se joint souvent un certain degré de tenesme vésical. Sans se concerter, les auteurs différents qui ont étudié deux affections différentes sont arrivés à la même séméiologie fonctionnelle. Sordina a de même récemment signalé la dyspareunie dans une observation de fibromyome de la paroi postérieure du vagin (3). Tout cela devient très clair si on veut bien admettre l'existence séméiologique du syndrome hypogastrique. Quand il s'agit, en effet, d'un tissu

---

(1) F. BERTRAND. Le cul-de-sac de Douglas. Essai de synthèse anatomo-clinique, *Th. de Toulouse*, nov. 1927.

(2) LEE. *Philosophical transaction*, 1842.

(3) FRANKENHAÜSER. *Die Nerven der Gebarmutter*, Soria 1867.

(4) BLAISDELL. The Anatomy of the sacro-uterin ligaments, *Anat. Record*, 1917, t. XII, n° 1, p. 1 à 42.

(5) A. LATARJET et P.-H. ROCHET. Le plexus hypogastrique chez la femme, *Gynécologie et obstétrique*, 1922, p. 225.

(6) GRÉGOIRE. *La Région lombaire et le petit bassin*, Baillière, 1925.

(7) CONDAMIN. *Soc. de chir. de Lyon*, 31 mars 1927.

(1) F. JAYLE. Le réflexe de l'Esplanade ou réflexe pelvien, *Presse méd.*, 22 août 1923, p. 725.

(2) ALBERTIN. *Soc. de chir. de Lyon*, 26 janv. et 2 fév. 1923, in *Presse méd.*, 1923.

(3) T. SORDINA. *Journ. des prat.*, 24 sept. 1927.

aussi différencié que le système nerveux, c'est beaucoup moins la nature de la cause que sa localisation sur un étage donné qui régit le tableau clinique. Cette notion se trouve ici parfaitement confirmée.

Avant de décrire en détail ce syndrome, nous pouvons dire tout de suite que les lésions en apparence minimes peuvent dans certains cas donner des réactions cliniques extrêmement accusées. Cela n'a rien qui doive nous surprendre : la pathologie nerveuse, la pathologie du sympathique en particulier nous en donne des exemples multiples et l'expression d'épine irritative est une comparaison légitime dans bien des cas.

Ceci posé, que faut-il entendre cliniquement par syndrome du ganglion hypogastrique?

Pour la commodité de la description, nous distinguerons des signes locaux et des signes à distance.

1° **Les signes locaux.** — *a.* Les douleurs. — Les douleurs locales ou irradiées constituent probablement le symptôme le plus constant, celui que l'on peut presque toujours mettre en évidence par le toucher vaginal pratiqué avec deux doigts comme le recommande Condamin : l'index explorateur révèle alors une douleur exquise au niveau des ligaments utéro-sacrés.

Dans les cas accusés, cette douleur provoquée peut s'accompagner d'une véritable tendance syncopale comme on le voit fréquemment dans les grandes hémorragies intrapelviennes, alors que le doigt vaginal ne perçoit aucun signe objectif révélateur. Notre maître, le professeur Mériel, ne manque pas d'attirer l'attention sur ce point.

Dans les processus rétractiles chroniques, les douleurs peuvent se manifester d'une façon spontanée et s'accompagner d'une gêne fonctionnelle manifeste; la position assise devient pénible; on observe parfois des troubles de la marche et même l'impossibilité à peu près absolue de la station debout prolongée (1).

Les connexions du plexus hypogastrique avec le plexus sympathique lombo-aortique d'une part, les troisième et quatrième nerfs rachidiens sacrés, d'autre part, expliquent facilement la topographie des irradiations douloureuses. Fait remarquable d'ailleurs, les névralgies pelviennes, lombo-sacrées et sciatiques qui s'observent avec une si grande fréquence disparaissent par le traitement rationnel de la lésion causale.

b. Les signes génitaux. — Ils sont également parmi les plus fréquents et les plus caractéristiques.

1° *Certains comme la dyspareunie*, sont d'ailleurs sous la dépendance immédiate de la douleur. On comprend facilement que la sensibilité anormale des ligaments utéro-sacrés puisse devenir un obstacle aux rapprochements sexuels; la douleur est parfois si vive qu'elle peut, dit Condamin, devenir une véritable phobie qui n'a de limite que la volonté bien arrêtée de laisser ignorer la chose au principal intéressé. Combien de fois voit-on d'ailleurs se manifester la même crainte angoissée chez certaines jeunes femmes devant la perspective d'un simple toucher vaginal.

La brièveté du vagin, quand elle existe ne peut qu'augmenter cette dyspareunie.

2° *La frigidité*, comme le fait remarquer Condamin, est le plus souvent associée à la dyspareunie; peut-être contribue-t-elle parfois à l'aggraver en ajoutant à l'élément physique un certain degré de répulsion intellectuelle; témoin cette malade de Condamin « qui faillit perdre la foi à l'idée des abominations qu'il fallait exécuter pour avoir des enfants » et telle autre « qui disait son chapelet pendant l'accomplissement de ses devoirs conjugaux ».

Cette frigidité s'explique d'une façon simple : il suffit de se rappeler que les plexus hypogastriques, mis à part le système érecteur pelvien accessoire (1) de Laignel-Lavastine dont l'importance est négligeable, renferment la terminaison des nerfs érecteurs sacrés de Maret, récemment homologués par les neurologistes au para-sympathique céphalo-cervical ou vagal (2). « Ces nerfs, dit Laignel-Lavastine, riches en fibres myéliniques, et qui contrastent par là même avec la plupart des filets sympathiques, sauf les splanchniques, représentent l'homologie pour le petit bassin des fibres viscérales du pneumogastrique. »

Ces nerfs président au cycle habituel des phénomènes circulatoires, sécrétoires et sensitifs qui accompagnent le rapprochement sexuel normal. Ce cycle peut se trouver profondément modifié. Dans des cas très rares, on observe des troubles liés à l'excitation du système érecteur pelvien; mais, le plus souvent, c'est de phénomènes de déficit qu'il s'agit.

Condamin en distingue trois formes (3) :

Une première forme est caractérisée par ce fait que l'acte sexuel ne se termine pas par le spasme suivi du besoin de repos habituel. La conclusion normale n'est qu'entrevue, la satisfaction des sens n'est jamais complète et la malade peut devenir l'esclave de son tempérament excessif. Nous n'insistons pas sur les conséquences sociales que Condamin ne manque pas de signaler.

Une deuxième forme est caractérisée par la déficience relative de la fonction physiologique des nervi érigentes. Il s'agit vraiment ici de frigidité relative. C'est le cas de beaucoup le plus fréquent. Il existe bien un certain degré d'excitation, un certain degré d'appétit sexuel, une petite congestion semi érectile, mais le cycle physiologique n'est qu'ébau-

(1) R. Condamin. Séquelles de l'appendicectomie et Douglassite, *Lyon méd.*, 1926, t. II, p. 643.

(1) Ce système accessoire est formé de filets nerveux allant des IIIe et IVe rameaux communicants lombaires aux viscères pelviens par l'intermédiaire du ganglion mésentérique inférieur. Son degré d'excitabilité est assez faible.

(2) Le système érecteur pelvien principal d'où dépendent les deux nerfs sacrés de Maret et dont le centre médullaire est le noyau latéral inférieur de Jacobson s'étend du IIe au IIIe segment sacré. Les centres médullaires du système érecteur sont en connexion avec les centres supérieurs cérébro-psychiques.

(3) R. Condamin. Dyspareunie et frigidité, *Lyon méd.*, 1926, t. II, p. 523.

ché; il reste dans une sorte d'état embryonnaire d'où il pourra d'ailleurs sortir pour parvenir à sa pleine forme grâce au traitement rationnel de la lésion causale.

Une troisième forme enfin est constituée par la frigidité absolue. Les perturbations sont ici beaucoup plus importantes, souvent même irrémédiables. « Jamais de désirs, pas de sécrétions vaginales et surtout fonctionnement nul des glandes de Bartholin; l'appareil érectile est complètement déficient. » C'est dans ces formes qu'un élément psychique se surajoute souvent; il peut même devenir prépondérant et le cas relève bien plus alors de la psychiâtrie que de la gynécologie elle-même;

3° *La dysménorrhée*. — Pour Condamin, la dysménorrhée essentielle reconnaît comme cause l'antéflexion utérine consécutive à la Douglassite. Il est certain que le facteur mécanique joue, quand il existe, un rôle très important. Mais il est permis de douter que ce soit là le seul élément en cause. Il est classique de dire que dans un grand nombre de cas, la dysménorrhée semble survenir en dehors de lésions bien appréciables. Ne peut-on supposer en pareil cas que le syndrome est dû à une légère irritation des plexus hypogastriques. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable qu'on retrouve, nous l'avons déjà vu, la dysménorrhée dans d'autres lésions pelviennes en particulier dans les adénomyomes de l'espace recto-vaginal.

La congestion pelvienne cataméniale serait dès lors susceptible de provoquer une dysménorrhée différente de la *dysménorrhée expulsive* d'origine *utérine*, et qui se rapprocherait de la dysménorrhée ovarienne portant électivement sur les phénomènes initiaux de la menstruation. Certes, nous n'ignorons pas la complexité d'une telle question et les multiples variétés que l'on peut rencontrer en clinique. Mais dans les innombrables opinions qui se sont manifestées, le rôle des plexus hypogastriques ne paraît pas avoir retenu bien nettement l'attention. Il nous semble qu'on peut dépasser l'opinion de Condamin et dire qu'il existe une dysménorrhée directement liée à l'irritation des plexus hypogastriques. N'est-ce pas le moment quand il s'agit de lésions très discrètes d'évoquer de nouveau l'image d'épine irritative?

Nous ne pouvons manquer de signaler, puisque nous admettons la possibilité d'une origine hypogastrique l'action réflexe manifeste produite parfois par une irritation lointaine des filets nerveux du sympathique. C'est ainsi que Fliess (de Berlin) a pu calmer des crises de dysménorrhée en badigeonnant la muqueuse pituitaire avec des solutions de novocaïne ou de morphine et que Bonnier a obtenu dans nombre de cas la suppression définitive des crises par la cautérisation de la région antérieure des cornets.

c. SIGNES VÉSICAUX. — L'irritation des plexus hypogastriques peut déterminer du côté de la vessie des symptômes dont la signification est restée longtemps indécise. La cystalgie avec pollakyurie et spasmes plus ou moins douloureux s'explique logiquement maintenant dans le nombre de cas (1). Condamin a vu du reste disparaître ce syndrome par le traitement rationnel d'une Douglassite alors que toutes les thérapeutiques vésicales avaient échoué. L'examen systématique et répété des urines évitera de prendre ces malades pour de véritables urinaires.

d. SIGNES RECTAUX. — Il est probable que l'irritation des plexus hypogastriques peut être à l'origine de troubles importants du côté du rectum. On peut logiquement penser qu'elle est susceptible de provoquer des épreintes et du ténesme et de favoriser la constipation que l'on observe avec une si grande fréquence chez la femme. On ne peut s'empêcher de remarquer qu'il s'agit encore là de symptômes communs à la Douglassite et aux adénomyomes de l'espace recto-vaginal.

2° **Les signes à distance**. — Condamin (2) se demande, à juste titre, si les lésions irritant électivement les plexus hypogastriques ne peuvent entraîner une sorte de rupture d'équilibre et expliquer des modifications pathologiques fonctionnelles du côté des divers viscères de l'organisme. Tout praticien averti ne manque pas de faire un toucher vaginal à une femme qui consulte pour des troubles gastro-intestinaux. Il est probable qu'on peut également observer des troubles réflexes du côté des organes thoraciques et même des centres cérébraux. Cette synergie fonctionnelle entretenue par le système nerveux de la vie végétative est encore bien mal connue; son étude n'en est pas moins intéressante et ouvrira probablement dans l'avenir des horizons nouveaux. Nous allons en dire quelques mots.

a. SIGNES DIGESTIFS. — On connaît la fréquence des troubles digestifs au cours des affections pelviennes chez la femme. Ces troubles prennent dans certains cas une importance telle qu'ils peuvent dominer le tableau clinique.

En 1889, Kiderlen a signalé des *vomissements incessants* dans les *rétrodéviations utérines*.

F. Jayle (3) pense de même que *certains vomissements du début de la grossesse* sont également dus à un réflexe dont les plexus hypogastriques sont le point de départ et dont la cause n'est autre que l'augmentation de volume du corps utérin jointe aux modifications du col et des parties péricervicales. Puis « au fur et à mesure que la vascularisation péri-utérine augmente, tous les tissus se relâchent et le tiraillement des ligaments utéro-sacrés disparaît. En même temps les vomissements que je suppose dus à cette cause cesse progressivement ». Jayle ajoute que depuis plus de vingt ans il conseille en pareil cas la mise en place d'un pessaire et qu'il a obtenu de cette simple pratique des résultats intéressants.

b. SIGNES RESPIRATOIRES. — Ils sont également connus depuis longtemps.

(1) Nous en avons observé un cas d'origine différente : elle était due chez une malade atteinte d'un mal de Pott dorso-lombaire à l'irritation par le tuberculome des IIIe et IVe paires sacrées qui sont des branches afférentes des plexus hypogastriques.

(2) R. CONDAMIN. Généralités sur la Douglassite, *Lyon méd.*, 1926, t. II, p. 347.

(3) P. JAYLE. Loc. cit.

F. Jayle signale qu'on observe souvent la *toux utérine* chez les femmes atteintes de *mégalométrie* qui se complique si fréquemment de *rétroflexion.*

L'*asthme* est une complication moins connue et, à coup sûr, plus rare. En 1869, Chrobak mentionne déjà une observation d'asthme en relation avec une *rétroversion.* Tout récemment Jayle rapporte le curieux cas d'une femme atteinte de rétroflexion utérine chez qui chaque rapprochement sexuel provoquait une crise d'asthme violente.

c. TROUBLES DE LA PHONATION. — Nous signalerons enfin que l'irritation des ganglions hypogastriques peut déterminer des troubles importants de la phonation; le fait semble connu depuis longtemps puisque, en 1887, Kehrer signalait déjà l'*aphonie* dans les *rétro-déviations utérines.*

. . . .

Avant de clore ce chapitre, nous tenons à insister encore sur la signification de ces symptômes. Si nous les avons décrits avec quelque complaisance, ce n'est pas à cause de leur très grande fréquence ou de la place considérable qu'ils occupent en clinique : certains ne sont même pas mentionnés dans les traités classiques. Mais nous avons voulu souligner leur importance pathogénique. Peu à peu se lève l'obscurité qui plane encore sur la pathologie du sympathique; déjà d'ailleurs la thérapeutique chirurgicale a pu dans certains cas entrer victorieusement en action.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 MAI 1928)

Granulatulose maligne et tuberculose. — MM. N. FIESSINGER et R. CATTAN rapportent l'observation d'un sujet de vingt-sept ans qui présenta pendant huit mois une fièvre ondulante typique entrecoupée de périodes plus ou moins apyrétiques.

La seule manifestation clinique résidait dans des adénopathies cervicales de moyen volume. L'examen d'une biopsie ganglionnaire, au début de cette évolution, fit constater, à la fois, des lésions de tuberculose et de granulatose. A la période terminale apparut une généralisation tuberculeuse.

Granulatulose maligne à début pleural à forme pseudo-tuberculeuse. Tubercules caséeux spléniques associés. — MM. L. BOIDIN et HAMBURGER présentent des microphotographies de granulomatose maligne qui montrent dans la rate des lésions granulomateuses et tuberculeuses associées.

Présentation d'une malade atteinte de diabète ovarien amélioré par les injections de folliculine. — MM. CARNOT, TERRIS et CAROLI. Diabète chez une femme de trente-six ans, aménorrhéique, ayant débuté en 1926. Précédé des troubles importants de la menstruation : son aspect était celui d'un diabète avec dénutrition. Les injections de folliculine firent réapparaître les règles, amenèrent une chute presque complète de la glycosurie, de la glycémie et une amélioration considérable de l'état général.

Folliculine et diabète. — MM. RATHERY et M. RUDOF exposent le résultat de leurs recherches chez les diabétiques, concernant l'action de la folliculine.

Ils étudient systématiquement l'action combinée de l'insuline et de la folliculine chez les diabétiques. La folliculine paraît bien influencer, chez certains sujets, le métabolisme des hydrates de carbone, mais s'il agit là de faits complexes, qui demandent de nouvelles recherches.

Hygroma et poly-synovite tendineuse subaigus syphilitiques. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Henri DESOILLE présentent une malade atteinte de tuméfaction douloureuse à évolution subaiguë, de presque toutes ses gaines synoviales tendineuses (fléchisseurs et extenseurs des doigts et des orteils, péroniers, etc.) et de nombreuses bourses séreuses (ischiatique, poplitées, patte-d'oie, sus-calcanéenne, etc.). Les articulations proprement dites semblent indemnes. Un Wassermann très positif prouve qu'il s'agit de syphilis. Cette localisation rare de la syphilis a été décrite par A. Fournier.

Artérite pulmonaire subaiguë chez un syphilitique atteint de maladie mitrale. — MM. F. TRÉMOLIÈRES, A. TARDIEU et R. NATIVELLE communiquent l'observation anatomo-clinique d'un homme de quarante-deux ans, atteint d'une artérite pulmonaire subaiguë mutilante et végétante qui relève à la fois de la syphilis et de la sténose mitrale.

Les auteurs insistent sur la symptomatologie très significative de cette artérite pulmonaire, son contrôle radiologique toujours possible et son intérêt diagnostique.

Artérite pulmonaire syphilitique chez un cardiaque noir. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU projettent les coupes histologiques d'un poumon prélevé à l'autopsie d'un malade de quarante ans, soigné pendant trois ans pour une cardiopathie chronique caractérisée cliniquement par la cyanose permanente de la face, la dyspnée et, tardivement, l'œdème des membres inférieurs. Sur cette cardiopathie (maladie mitrale et artérite pulmonaire), les toniques cardiaques usuels demeuraient inefficaces.

La nature syphilitique de cette panartérite pulmonaire, en dehors de ses caractères propres, trouve une nouvelle démonstration dans les lésions parenchymateuses pulmonaires associées qui réalisent la cortico-pleurite insulaire syphilitique mutilante de Letulle et Dalsace.

Les auteurs insistent sur ce type anatomo-clinique de l'artérite pulmonaire syphilitique avec cortico-pleurite insulaire qui s'oppose à celui de la bronchite chronique syphilitique dans lequel les artères ne sont lésées qu'accessoirement et à un faible degré.

Artérite syphilitique pleurale. — MM. RUDAUX et DURANTE. Chez une syphilitique héréditaire morte de gangrène utérine, de petites artères siégeant dans la plèvre viscérale sont transformées en cordons pleins constitués par deux couches concentriques de petites cellules ayant les caractères de fibres tissus. Dans les vaisseaux incomplètement oblitérés, l'endothélium est bien conservé. Au point de vue histologique, c'est un exemple d'une réaction portant sur la seule tunique moyenne, une mésartérite subaiguë spécifique ne s'accompagnant ni de péri, ni d'endartérite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1928)

Recherches sur la polyurie du diabète insipide. — MM. Marcel LABBÉ, P.-L. VIOLLE et GILBERT-DREYFUS. 1° Le sérum des diabétiques insipides ne contient pas de substances capables d'agir sur les reins pour augmenter la diurèse aqueuse; 2° dans le diabète insipide, la polyurie résulte d'une insuffisance des tissus à retenir l'eau. Le traitement hypophysaire augmente la rétention aqueuse et tissulaire qui peut, suivant les cas et l'intensité du traitement, devenir supérieure à la normale.

Mobilisation, par l'éphédrine, des éléments figurés du sang en réserve dans la rate. — M. Léon BINET décrit, en collaboration avec ARNAUDET, Mlle FOURNIER et KAPLAN, une polyglobulie, une leucocytose et une plaquettose chez le chien qui a reçu une injection intraveineuse d'éphédrine. Les auteurs insistent sur ce fait que ces modifications sanguines sont avant tout, des réactions de mobilisation, des réactions de chasse, commandées par une réponse mécanique de la rate.

Les anticorps naturels et la perméabilité placentaire. — MM. L. NATTAN-LARRIER, G. RAMON et LÉPINE. La précipitation fractionnée du sérum humain permet d'établir que l'hémolysine anti-mouton est contenue presqu'en totalité dans l'euglobuline et que la pseudo-globuline renferme presque toute la substance anti typanosomique. L'hémolysine anti-mouton et la substance anti-trypanosomique sont pourtant également incapables de traverser le placenta. D'autre part, le placenta est perméable aux anticorps artificiels et ne l'est pas aux anticorps naturels : or, la substance anti-trypanosomique est contenue dans la fraction pseudo-globuline du sérum, comme le sont les antitoxines tétanique et diphtérique; l'imperméabilité du placenta aux anticorps naturels ne paraît donc pas due à la nature de leur support protéique.

L'équilibre acide-base des urines chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. R. GOIFFON et R. BLASKO. Dans l'urine des tuberculeux pulmonaires, on constate en général, malgré un pH souvent abaissé, une diminution de la masse des acides libres ou combinés à l'ammoniaque. Les phosphates sont notablement diminués; les radicaux d'acides organiques sont par contre le plus souvent augmentés témoignant d'une insuffisance des oxydations.

Action de l'adrénaline, en instillation dans le cul-de-sac conjonctival, sur les propriétés physico-chimiques de l'humeur aqueuse. — M. VINCENT, étudiant l'action de l'adrénaline, en instillation, sur le pH de l'humeur aqueuse, constate une augmentation constante et voisine de 0,1 pH (légère alcalinisation).

La teneur de l'humeur aqueuse en acide carbonique est toujours diminuée dans une forte proportion.

Sur les spirochétides agents de la « fièvre d'automne » du Japon. (Spirochaeta automnalis, types A et B). — MM. G. J. STEFANOPOULO et S. HOSCYA prouvent que les Spirochètes isolés dans la fièvre d'automne du Japon, maladie très voisine de la fièvre de sept jours, sont au nombre de deux types distincts : le *Sp. automnalis A*, qui se montre voisin du *Sp. icterohemorragiae* mais qui ne lui est pas identique, et le *Sp. automnalis B* qui s'est montré identique au *Sp. hebdomadis* dans toutes les épreuves. De plus, au cours de leurs recherches, ils ont observé que *Sp. automnalis A* conservé par cultures au laboratoire depuis plusieurs mois est agglutiné plus ou moins légèrement, suivant les cas, par les sérums de certains malades de spirochétose ictérohémorragique ou des sérums expérimentaux, mais ces sérums aux doses ordinaires ne sont pas capables de protéger les animaux contre le *Sp. automnalis A*.

Des variations de l'équilibre vago-sympathique chez les asthmatiques. — MM. P. CANTONNET et L. LEBÉE. Cent cinquante-six asthmatiques ont été examinés, tous en période de crises. Non ou peu drogués, ils se sont présentés le plus souvent dystoniques ou hypervagotoniques, rarement hypersympathicotoniques.

Chez ceux ayant absorbé récemment et en grande quantité de la belladone ou de l'adrénaline, les auteurs trouvèrent greffés sur les troubles dystoniques des symptômes d'hypersympathicotonie plus ou moins nombreux et marqués, mais jamais ils ne constatèrent une tendance au retour à la normale.

Lorsque, chez tous, les crises eurent disparu, il y eut rééquilibre neuro-végétatif ou tout au moins tendance très marquée à ce rééquilibre.

Étude bactériologique des affections typhoïdes du cheval. — MM. A. URBAIN et L. CHAILLOT ont effectué l'étude bactériologique de très nombreux prélèvements : sang du cœur, liquides pleuraux, péritonéaux, moelles osseuses, prélevés sur des chevaux atteints d'affections typhoïdes. Ils ont pratiqué aussi un certain nombre d'hémocultures.

Il résulte de leurs recherches que si la grande majorité d'épidémies « d'affections typhoïdes » du cheval, est due au virus filtrant de Poels seul ou associé à des germes variés, et plus particulièrement au streptocoque, quelques-unes d'entre elles paraissent être uniquement sous la dépendance de microbes voisins du groupe des paratyphiques ou des paracolibacilles.

Les variations physiologiques de la xanthochromie plasmatique chez l'homme. — MM. Noël FIESSINGER, H. WALTER et J.-E. THIERRY constatent que le taux bilirubinémique jugé à la fois par la xanthochromie et la réaction d'Hijmans van den Bergh baisse par le repos au lit, par le régime végétarien et lacté quand ce dernier ne s'accompagne pas de stase colique et dans la même journée sous l'effet de la diurèse aqueuse et des repas. Pour que la xanthochromie puisse avoir une valeur dans l'appréciation de la bilirubinémie il faut l'étudier au repos, à jeun et en période de régime fixe.

Carotinémie et xanthochromie plasmatique. — MM. Noël FIESSINGER, Henry WALTER et J.-E. THIERRY étudient l'importance du trouble apporté par la carotinémie dans l'évaluation colorimétrique de la xanthochromie plasmatique.

Le repas riche en carotène ne modifie que pendant quelques heures l'indice biliaire plasmatique, ne modifie pas le taux bilirubinémique apprécié par la réaction au diazonium d'Hijmans van den Bergh. Il en est de même du régime suivi pendant plusieurs jours, sauf chez les sujets obèses, diabétiques ou tuberculeux présentant un ralentissement des oxydations organiques. La carotinémie en pratique courante ne trouble pas la valeur de la xanthochromie plasmatique pour évaluer le taux rétentionnel bilirubinémique.

Présentation. — M. LAPICQUE présente un livre de M. RIZZOLO intitulé : *Etudes expérimentales sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale du chien* (Th. de doctorat ès sciences, Paris 1928).

Existence de formes naturellement « ablépharoplastiques » chez Trypanosoma evanoï et T. equiperdum. — M. G. LAVIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1928)

Fracture de l'extrémité inférieure du radium traitée par massage, sans appareil plâtré. — M. WETTERWALD présente une harpiste traitée de la sorte et qui, le vingt-huitième jour, pouvait reprendre ses exercices. Le quarantième jour, elle jouait son programme. Le soixante-seizième jour, elle donnait un concert public.

Arthrite gonococcique traitée par mobilisation. — M. WETTERWALD a entrepris la mobilisation d'une arthrite gonococcique du poignet huit mois après l'accident. L'ankylose fibreuse, à peu près absolue, et les douleurs empêchaient tout travail. Soixante séances de massage et mobilisation donnèrent une mobilité de 45 degrés dans chaque sens, et la disparition des douleurs spontanées. La malade peut exercer aujourd'hui la profession d'infirmière.

Guérison ultra-rapide des brûlures. — M. LIVET présente une malade atteinte d'une brûlure au troisième degré, il y a

douze jours; traitée selon une méthode mixte consistant en irradiations ultra-violettes et pansements à la solution éthylique de diphénols. Après huit jours de traitement, l'épiderme était déjà en grande majorité reconstitué. Cette méthode serait selon son auteur de beaucoup la plus rapide et la plus efficace actuellement.

La constante au Congrès international d'urologie de Bruxelles. — M. CATHELIN, en rapportant textuellement les paroles des quatorze chirurgiens étrangers qui ont parlé sur ce sujet, montre *qu'un seul*, en dehors des protagonistes parisiens de la première heure, s'en est déclaré partisan convaincu de sorte qu'il considère à bon droit comme un désastre pour la constante ce referendum général.

Il montre que, somme toute, la constante est une bien petite chose qui a sa place à côté des vingt-cinq autres méthodes d'exploration fonctionnelle des reins, mais qu'elle n'a pas cette souveraineté qu'on a voulu lui accorder autrefois et contre laquelle il a lutté victorieusement pendant plus de quinze ans.

Ulcération de la verge à spirilles de Vincent. — MM. WURHSER et GRIMBEAG présentent l'observation d'un jeune malade atteint d'une *balanite à spirochètes de Vincenti*.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage, résultats éloignés. — M. Jean GUISEZ rapporte onze observations de cancer de l'œsophage dont le traitement radiumthérapie remonte à plus de quatre ans (dans quatre à plus de six ans) et dans lesquelles la déglutition se maintient normale sans aucune récidive jusqu'à maintenant. Le diagnostic a toujours été posé sous endoscopie et vérifié par la biopsie. Mais on ne peut espérer pareil résultat que si les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage.

Dans des cas moins favorables, à lésions très étendues, la dysphagie complète au moment de l'examen a disparu pour un temps plus ou moins long, donnant aux malades l'illusion de la guérison avec retour à l'appétit souvent très vif, augmentation de poids. Ce résultat est en tout cas très supérieur à celui de la gastrotomie, seul traitement palliatif opposé jusqu'ici à cette pénible affection.

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1928)

A propos de la sénescence. — M. SÉDILLOT expose par quels mécanismes, selon lui, l'insuffisance fonctionnelle du foie endocrine, surtout dans le métabolisme de l'azote en créant l'intoxication goutteuse, se trouve être à l'origine de la sénescence ou vieillesse prématurée localisée à certains organes (néphrite scléreuse et urémie, insulite scléreuse et diabète), à l'origine de la sénescence localisée à certains tissus (ankyloses articulaires), enfin à l'origine de la sénescence généralisée à tout l'organisme (doctrine d'A. Lumière sur la vieillesse par floculation des colloïdes des tumeurs).

La rééducation nasale par la diastolisation. — M. DU PASQUIER montre que la dilatation nasale caoutchoutée de C. Gautier constitue une méthode précieuse pour rétablir la respiration nasale chez les enfants dont le nez est sténosé par une hypertrophie muqueuse des cornets conditionnant la respiration buccale habituelle. Huit à dix séances de diastolisation suffisent pour rétablir la respiration nasale physiologique et augmenter la capacité vitale de 200 à 600 centicubes. Ce traitement très simple est facilement accepté et non douloureux. Plutôt que par dilatation mécanique, il agit par un effet dynamique modifiant la circulation, la sécrétion et la sensibilité de la pituitaire et la ramenant à son fonctionnement normal.

Sur le pouvoir antitoxique des eaux de Châtel-Guyon. — M. J. BAUMANN, par des analyses coprologiques effectuées avant et après la cure chez des typhlocolitiques ou des typhlotoniques, montre que les eaux de Châtel-Guyon entravent dans une certaine mesure, les processus de putréfaction et équilibrent les réactions humorales du gros intestin. Les meilleurs résultats paraissent être obtenus sur les fausses diarrhées et sur les dilatations cæcales avec stases.

Du massage dans les fractures. — M. André TRÈVES considère le massage et la mobilisation passive comme dangereux chez l'enfant où ils favorisent la production d'hyperostoses et de cals douloureux. Seule, la mobilisation active est à recommander, après la période d'immobilisation plâtrée nécessaire dans les fractures avec déplacement.

Chez l'adulte, il faut d'abord réduire et maintenir la réduction. Après quoi, massage et mobilisation sont utiles, mais sans jamais toucher au foyer de fracture, sous peine de voir apparaître de la douleur et de la périostite.

Dans les fractures sans déplacement, ces manœuvres peuvent être entreprises d'emblée, mais en maintenant, entre les séances, une immobilisation au moins relative et en se gardant toujours de toucher au foyer de fracture.

A propos des troubles vago-sympathiques chez l'homme après la pyloro-gastrectomie. — M. PRON (d'Alger) après avoir, dans une communication de 1925, dit que ces troubles (crises quotidiennes consistant en angoisse, asthénie, pâleur de la face, sueurs abondantes et tachycardie) étaient spéciaux au sexe féminin, rectifie aujourd'hui cette opinion et résume l'histoire d'un homme de trente-six ans, opéré en 1918 ayant eu, quoique à un degré moindre, ces malaises et les ayant encore par intervalles, fin 1927.

Le sort du bismuth insoluble dans l'organisme. — M. GALLIOT étudiant le sort du bismuth insoluble dans l'organisme, montre par plusieurs séries de radiographies faites de trois à quinze mois après un traitement bismuthé que : une partie seulement du bismuth injecté est utilisé et qu'il en reste dans les muscles fessiers une importante quantité qui s'enkyste indéfiniment et n'est plus d'aucune utilité thérapeutique.

L'auteur demande que les chimistes essayent de mettre à la disposition des praticiens un sel insoluble de bismuth qui, tout en étant actif, soit entièrement assimilé par l'organisme et ne donne plus de reliquats inutiles et peut-être dangereux.

A propos d'un cas de bilharziose vésicale. — M. Ch. DAVID relate un cas de bilharziose vésicale observé par lui dans sa clientèle. Ce malade, âgé de trente-trois ans, était un jeune égyptien récemment arrivé en France, qui présentait des hématuries très rebelles. La cystoscopie montre dans la vessie les lésions très caractéristiques de la bilharziose, granulations blanches, ulcérations, petites végétations. L'auteur rappelle, à propos de ce cas, l'évolution du parasite de la bilharziose, et indique le traitement très efficace de l'affection par des injections intraveineuses de tartrate double, d'antimoine et de sodium qui permettent d'obtenir la guérison en quelques semaines.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1928)

Le traitement chirurgical du strabisme. — M. DE SAINT-MARTIN. Si le traitement médical, orthoptique, est parfois suffisant il doit, le plus souvent, être complété par le traitement chirurgical lequel consiste, soit dans la section du muscle qui entraîne la déviation de l'œil, soit, de préférence, dans l'avancement capsulo-musculaire bilatéral du muscle antagoniste. Cette intervention, suivie de quelques séances de diploscopie, réussit, si l'œil dévié n'est pas ambliope, à ramener la rectitude du regard, à la maintenir et à établir chez le sujet une vision binoculaire normale.

Subluxation de la hanche et ostéo-chondrite. — M. Dieulafé présente deux radiographies de coxa-plana : l'une concerne un jeune homme de dix-sept ans, l'autre une femme de trente ans ayant présenté des phénomènes douloureux améliorés par le repos et la diathermie.

Ce qui est à noter dans ce cas ce sont des malformations cotyloïdiennes (cavité oblique, léger rebord supérieur tête en subluxation) il existe en outre des éléments ossifiés dans le trajectoire du tendon du droit antérieur. En outre, la malade a une sœur atteinte de luxation congénitale double.

A propos d'un cas de canine incluse. — M. Lefebvre. Chez un jeune homme de dix-sept ans présentant une fistule du rebord maxillaire inférieur droit consécutive à un abcès. M. Lefebvre découvrit une canine en parfait état de l'épaisseur de l'os, dirigée dans le grand sens de ce dernier. Dentition normale.

M. Lefebvre insiste sur le caractère surnuméraire de cette dent et sur la rareté de l'inclusion des canines.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de médecine infantile (1), par Edmond Weill et Georges Mouriquand, professeurs de clinique médicale infantile à l'Université de Lyon, médecins des hôpitaux.

La mort prématurée du professeur E. Weill ne lui permit pas de rééditer son *Précis de médecine infantile*, dont trois éditions rapidement épuisées avaient attesté le succès.

C'est le professeur Georges Mouriquand, son successeur à la chaire de clinique médicale infantile et d'hygiène du premier âge de l'Université de Lyon, qui a été chargé de ce soin.

Elève d'Edmond Weill, étroitement uni à lui par une collaboration de vingt ans, il avait qualité pour assumer cette tâche.

La présente édition est entièrement refondue et mise au courant de tous les faits acquis depuis la troisième. Si les descriptions cliniques, qui restent des modèles, ont été conservées, les pathogénies ont été écourtées et tous les développements utiles ont été donnés au diagnostic, à la prophylaxie et surtout à la thérapeutique. Des formules éprouvées y figurent en grand nombre. Les nouvelles méthodes de traitement (sérums, vaccins, insuline, actinothérapie, etc.) sont exposées dans tous leurs détails pratiques.

Tous les chapitres ont été revus et complétés. Certains sont entièrement nouveaux, en particulier ceux concernant les dystrophies congénitales du nourrisson, les dystrophies pondérales et staturales, les syndromes endocriniens, les maladies par carence, la spasmophilie, l'encéphalite léthargique, les pyélites, les cures thermales, etc.

Une très large part a été faite à l'iconographie, principalement d'après des documents personnels.

Les deux volumes des éditions antérieures ont été fondus en un seul sans que la substance du livre ait été diminuée. Son maniement en a été, de ce fait, rendu plus facile.

La médecine infantile comporte souvent un caractère d'urgence dont ce Précis tient compte. La nouvelle édition concerne et même accentue ce tour clinique et pratique qui fit de ce livre le bon conseiller de plusieurs générations médicales.

Sainte-Beuve et la médecine. Essai de philosophie médicale (2), par le docteur Georges Morin.

Les médecins sont des curieux. Cette tendance de leur esprit est la résultante de leur tempérament, des études qu'ils poursuivent sur l'homme, des facultés d'observation qu'engendrent les recherches biologiques longues et difficiles.

Un curieux est un touche-à-tout, Sainte-Beuve en fut un certainement. Ce tempérament qu'il possédait constitutionnellement a été développé et a atteint son point culminant sous l'influence de son éducation médicale car Sainte-Beuve a été étudiant en médecine, externe des hôpitaux de Paris ; il a toute sa vie fréquenté des médecins, plusieurs furent de ses amis.

Ce point de vue a été exposé par l'auteur avec la documentation la plus complète, il présente au public médical et d'une façon générale aux lettrés une œuvre remarquable non seulement par l'ordonnance des idées, l'élégance du style, mais par le plan qu'il a suivi, les documents nouveaux qu'il met au jour.

Le docteur Morin a démontré par ce travail si personnel l'utilité incontestable de la culture médicale au service de l'histoire et de la critique littéraires. L. G.

(1) Quatrième édition entièrement refondue. In-8 de 1.192 pages avec 174 figures en noir et en couleurs et 1 planche en couleurs hors texte. Prix : cartonné, 90 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) In-18, 262 pages. Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

INFORMATIONS

(SUITE)

Députés-médecins. — 45 médecins ont été élus députés aux élections des 22 et 29 avril, constate *La Vie médicale*. La précédente Chambre n'en comptait que 31. (En 1910 et en 1914 leur nombre avait atteint le chiffre de 55.)

Amat (*Haute-Garonne* : Toulouse, 3e circ.), rad. soc.
Augagneur (*Rhône* : Lyon, 3e circ.), soc. ind.
Basset (*Haute-Vienne* : Limoges, 1re circ.), rép. soc.
Bonnefous (Louis) (*Aveyron* : Rodez), conserv.
Briquet (*Eure* : Evreux, 2e circ.), rad. soc.
Camboulives (*Tarn* : Albi, 1re circ.), S. F. I. O.
Caujole (*Seine* : Saint-Denis, 8e circ., Boulogne-sur-Seine), rép. de g.
Chassaing (*Puy-de-Dôme* : Ambert), rad. soc.
Constans (*Tarn-et-Garonne* : Montauban), U. R. D.
Debève (*Nord* : Douai, 2e circ.), rad.
Descubes (*Haute-Vienne* : Rochechouart), rép. soc.
Dézarnaulds (*Loiret* : Gien), rad. soc.
Even (*Côtes-du-Nord* : Lannion), rép. soc.
Faugère (*Dordogne* : Bergerac), rad. soc.
Fié (*Nièvre* : Cosne), S. F. I. O.
Fraissex (*Haute-Vienne* : Limoges, 2e circ.), comm. B. O. P.
Gadaud (*Dordogne* : Périgueux, 1re circ.), rép. rad.
Goujon (*Rhône* : Lyon, 12e circ.), S. F. I. O.
Gout (*Aude* : Carcassonne), rad. soc.
Gradiol (Louis) (*Basses-Alpes* : Castellane), S. F. I. O.
Grinda (*Alpes-Maritimes* : Nice, 1re circ.), rép. de g.
Jouffrault (*Deux-Sèvres* : Niort, 1re circ.), rad. diss.
Lecacheux (*Manche* : Valognes), U. R. D.
Legros (*Loir-et-Cher* : Blois, 2e circ.), rép. de g.
Lissar (*Basses-Pyrénées* : Bayonne, 2e circ.), U. R. D.
Marcombes (*Puy-de-Dôme* : Clermont-Ferrand, 1re circ.), rad. soc.
Masclanis (*Gers* : Condom-Lectoure), rad. soc.
Molinié (Jean) (*Aveyron* : Millau), libéral.
Molle (*Oran* : Oran, 1re circ.), U. R. D.
Mourer (*Bas-Rhin* : Strasbourg, 2e circ.), comm.
Neyret (Jean) (*Loire* : Saint-Etienne, 3e circ.), U. R. D.
Nicollet (Paul) (*Ain* : Trévoux), S. F. I. O.
Oberkirch (*Bas-Rhin* : Sélastat), U. R. D.
Pacaud (*Vendée* : Les Sables-d'Olonne, 1re circ.), rad.
Péchin (*Seine* : Paris XIIe, 1re circ.), U. R. D.
Perfetti (*Haute-Marne* : Langres), rad. soc.
Pfleger (*Haut-Rhin* : Ribeauvillé), U. R. D.
Poillot (*Côte-d'Or* : Semur), rad. Un. N.
Queuille (*Corrèze* : Ussel), rad. soc.
Régis (*Bouches-du-Rhône* : Marseille, 4e circ.), U. R. D.

Ricklin (*Haut-Rhin* : Altkirch), autonomiste.
Rocca-Serra (de) (*Corse* : Sartène), rép. de g.
Roumagoux (*Vaucluse* : Apt), rad. soc.
Roy (*Puy-de-Dôme* : Clermont-Ferrand, 3e circ.), rad. soc.
Sevestre (*Vienne* : Loudun), U. R. D.

« Les médecins de l'avant » seront particulièrement heureux de voir figurer à la Chambre leur président le docteur Caujole. Héros incontesté, quatre fois blessé, six fois cité, le docteur Caujole sera le porte-parole autorisé de tous les médecins de l'avant.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. — M. Maurice Medeiros, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, fera, à l'amphithéâtre Dieulafoy (service de M. le professeur Widal), le vendredi 25 mai, à 9 h. 1/4, une leçon sur une question de pathologie tropicale : Les verminoses.

— TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. (Professeur : M. Bernard CUNÉO.) — *Chirurgie du tube digestif et des voies biliaires.* — Cours de M. le docteur S. Oberlin, prosecteur, sous la direction de M. le professeur Pierre Duval. Ouverture le mardi 29 mai 1928, à 14 h.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le droit à verser est de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— LABORATOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. (Professeur : M. Marcel LABBÉ.) — *Cours pratique sur les maladies de la nutrition.* — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin, médecin des hôpitaux; Nepveux et Azerad, chefs de laboratoire, commenceront le mardi 29 mai 1928, à 3 h., au Laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours et sera terminé en un mois.

Le montant du droit à verser est de 250 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent, jusqu'au 13 mai, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 23 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Sebileau, Coquot, Robin, Moussu et Maignon. — M. BARON. De l'amputation du pénis chez le chien. — M. GARNERIN. Injections médicamenteuses chez les ruminants.

Jeudi 24 mai. — Jury : MM. Claude, président; Guillain, Jeannin et Villaret. — M. THUVIN. Traitement de la stérilité d'origine cervico-utérine. — M. PARFONRY. Traitement chirurgical du strabisme paralytique. — Mlle ROUX. Les porteurs de germes dans l'épidémie actuelle de diphtérie.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR [1]

COMPLICATIONS

Elles sont très fréquentes :

A. **Primitives.** — *a.* L'ouverture du foyer, cause d'infection.

b. L'ouverture de l'articulation, cause de raideur et d'ankylose.

c. La compression des vaisseaux poplités. Si on n'intervient pas d'urgence : gangrène de la jambe et du pied.

d. La déchirure de l'artère proplitée, très grave, anévrisme diffus avec menace de gangrène.

e. La blessure du sciatique proplité externe.

f. L'interposition musculaire cause d'irréductibilité primitive.

B. **Secondaires.** — **Cals vicieux** : raccourcissement de plus de 4 centimètres, genu valgum ou genu varum, rotation externe, l'angulation surtout est très gênante.

Pseudarthrose très fréquente autrefois. Due à l'interposition musculaire. Elle entraîne une impotence absolue.

FORMES CLINIQUES

I. De la supra condylienne.

1. **Fracture des enfants plâtrés et décalcifiés.** — Un traumatisme minime la détermine. Bon pronostic, guérison par des moyens simples.

2. **Fractures sans déplacement.** — Bon pronostic.

3. **Fractures avec déplacement inverse.** — C'est le fragment supérieur qui passe en arrière et menace les organes postérieurs.

II. **Fractures unicondyliennes.** — Cliniquement, elles s'accompagnent d'une *hémarthrose* que l'on met d'abord en évidence :

Choc rotulien,

Ecchymose périarticulaire.

Le gonflement est toujours considérable. Il faut le plus souvent *ponctionner* cette hémarthrose pour diagnostiquer la fracture. On note alors :

Des *mouvements de latéralité* et une déviation en valgus ou varus,

La *mobilisation de la rotule* appliquée contre le plan profond fait entendre un ressaut avec crépitation. Parfois on sent bien la mobilité du condyle.

La radio reste souvent nécessaire pour faire le diagnostic, en tous cas, pour préciser le siège du trait.

Evolution. — La consolidation survient facilement mais le pronostic est toujours sérieux. En plus de l'ankylose il faut redouter une *dénivellation des condyles* qui constitue une séquelle rédoutable.

Formes cliniques. — *Fractures partielles,* rares. Elles se traduisent par une hémarthrose abondante. Nécessité de la radio. Elles laissent des *séquelles* : raideurs, parfois production de corps étranger articulaire.

III **Fractures sus et intracondylienne.** — **Signes fonctionnels.** Après une chute grave le blessé est amené avec une impotence complète du membre.

Signes physiques — Inspection. — *Gonflement énorme.* Elargissement transversal considérable.

Palpation. — Mobilité anormale évidente.

Dépression interfragmentaire où l'on peut parfois enfoncer la rotule. Dans certains cas, crépitation en sac de noix.

La radio précise la variété de la fracture.

Evolution. — C'est une *fracture très grave.* La consolidation demande des mois. Si on n'a pas fait l'ostéosynthèse le pronostic fonctionnel est extrêmement sombre et l'ankylose en bonne position apparaît comme une éventualité heureuse.

PRONOSTIC GÉNÉRAL

Il était considéré autrefois comme très mauvais dans tous les cas, l'ankylose, les cals vicieux ou la pseudarthrose étant pour ainsi dire la règle. L'*ostéosynthèse a beaucoup amélioré ce pronostic* mais il faut encore redouter les raideurs pouvant aller jusqu'à l'ankylose, le raccourcissement, l'atrophie musculaire, les cals exubérants, les hydarthroses à répétition.

DIAGNOSTIC

La radiographie tranche le diagnostic dans les cas douteux. Cliniquement, il faut savoir éliminer :

1° **La luxation du tibia en arrière.** — Assez rare. La déformation est plus bas située. Les surfaces osseuses sont régulières. On peut palper les condyles et le plateau tibial.

2° **La fracture de la rotule.** — Gonflement diffus, pas de déformations de profil. Nécessité de ponctionner l'hémarthrose pour palper les fragments et faire le diagnostic.

3° **Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia.** — Elles ont une déformation beaucoup plus basse.

Chez l'enfant : le décollement épiphysaire. — C'est le fragment supérieur qui passe en arrière le plus souvent crépitation sourde. Hémarthrose.

Il est grave à cause des troubles de l'ostéogenèse.

C'est la radio qui permet le plus souvent le diagnostic de fractures sans déplacement avec les autres lésions traumatiques du genou : entorse simple, luxation des ménisques.

TRAITEMENT

I. **Supracondylienne.** — 1. **Non sanglant.** — Il n'est indiqué que dans les fractures sans déplacement.

2. **Extension par la broche de Steinmann.** — Il faut l'enfoncer en avant de l'axe longitudinal du fémur, sur l'horizontale passant par le bord supérieur des condyles. Cette méthode permet d'obtenir souvent une bonne correction.

Mais elle est très douloureuse, parfois insupportable, elle peut laisser après elle une fistulette. La correction n'est pas toujours bonne.

3. **L'ostéosynthèse.** — On doit y recourir après échec de la broche ou d'emblée. On la perce par voie extraarticulaire, en incisant sur le côté externe de l'articulation.

La réduction est en général facile. On la maintient par une plaque en T. Une immobilisation au lit de deux mois au moins est nécessaire. Mais on fera de la mobilisation passive du genou dès le huitième jour.

II. **Unicondylienne.** — Le traitement sanglant est presque toujours nécessaire : agrafe ou vissage du condyle.

Mobilisation passive au huitième jour.

Marche au cinquantième jour.

III. **Sus et intercondylienne. L'intervention d'emblée est indiquée.** — Il est inutile d'attendre les cinq jours de rigueur (Leriche).

Arthrotomie : soit transtubérositaire (Lambotte), soit transrotulienne (Alglave).

Rétablir d'abord la continuité diaphyso-épiphysaire avec une longue plaque ou des lames, puis fixer l'autre condyle par vis au boulon.

Mobilisation passive au huitième jour.

Marche au soixantième jour.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n 40, p. 726.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.




PLIAGE ACCORDÉON

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve pratique.* — Séance du 21 mai. — Question donnée : « Etalonner l'ampoule de l'appareil Gaiffe n° 3 avec l'ionomètre de Solomon, les caractéristiques étant les suivantes :

Intensité................ 1 m. a. 5
Longueur d'étincelle...... 0m20
Distance focale.......... 0m30
Filtre.................. 0,5 c. + 2 Al

Exposer le fonctionnement de l'appareil avec le grand localisateur. »

MM. Ordioni, Le Goff et David, 11 ; Faubert, 12 ; Bussy, 13.

Séance du 22 mai. — Question donnée : « Il y a une faute de montage dans l'appareil de radiothérapie, la chambrer, la corriger, expliquer en quoi elle consiste, mettre en marche l'appareil correctement remonté, exposer le fonctionnement de l'appareil. »

MM. Serrand, 11 ; Marchand, 13 ; Coliez, 9 ; Delapchier, 5 ; Porcher, 13.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 11 octobre 1928, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, du jeudi 20 au samedi 29 septembre 1928 inclusivement, de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 24 octobre 1928, à 9 h., à l'administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du jeudi 4 au samedi 13 octobre 1928 inclusivement.

— Prix de l'internat en pharmacie. — Première division : Médaille d'or, M. Herbain, 79 1/2 ; médaille d'argent, M. de Traverse, 68.

Deuxième division : médaille d'argent, M. Rabaté, 84 ; accessit, M. Cahen, 69 1/4 ; mention, M. Vergnaux, 57 1/2.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'ouvrira le mardi 16 octobre 1928.

Le concours de l'externat s'ouvrira le lundi 15 octobre 1928.

— Lyon. — Mutations :

Chirurgie. — Par suite du départ de M. le docteur X. Delore, chirurgien de l'Hôtel-Dieu : M. le docteur Tavernier passe de l'Hôtel-Dieu à Debrousse (chirurgie infantile) ; M. le docteur Cotte passe de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu ; M. le docteur Alamartine passe de Debrousse à l'Hôtel-Dieu ; M. le docteur Santy passe de l'Antiquaille à la Croix-Rousse ; M. le docteur Perrin entre en service à l'Antiquaille (urologie).

Médecine. — Par suite du départ de M. le docteur P. Courmont, médecin de l'Hôtel-Dieu : M. le docteur Cordier passe de Sainte-Eugénie à l'Hôtel-Dieu ; M. le docteur André Devic entre en service à Sainte-Eugénie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — Séance du 21 mai. — MM. Ameline, 29 ; Ménégaux, Fèvre, Seillé et Redon, 27 ; Banzet et Garnier, 24 ; Iselin, 22.

— *Concours de l'adjuvat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Funck-Brentano, 74 ; Leydet, 73 ; Dessaint, Lapeyre et Patel, 71.

— ALGER. — La chaire d'histoire naturelle médicale et de parasitologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de microbiologie et de parasitologie.

M. Pinoy, professeur d'histoire naturelle médicale et de parasitologie, est nommé professeur de microbiologie et de parasitologie (chaire transformée).

La chaire de pathologie et microbiologie de la même Faculté est transformée en chaire de pathologie générale et de pathologie médicale.

M. Aubry, agrégé près la Faculté, est nommé professeur de pathologie générale et de pathologie médicale (chaire transformée).

La chaire de matière médicale de la même faculté est transformée en chaire de botanique et matière médicale.

M. Senevat, agrégé près la Faculté, est nommé professeur de botanique et matière médicale (chaire transformée). (*J. O.*, 22 mai 1928.)

— STRASBOURG. — La chaire de gynécologie de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est déclarée vacante.

— Un poste d'agrégé de parasitologie, d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU RAT. — La Conférence internationale pour la destruction du rat s'est tenue la semaine dernière à Paris. La séance inaugurale a eu lieu mercredi dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

M. le professeur Calmette, dans une Conférence très applaudie, a montré l'urgence de la lutte contre des animaux dont les déprédations, dans tous les pays du monde, se chiffrent annuellement par des milliards et qui sont, en outre, de redoutables propagateurs de maladies meurtrières, telles que la peste, l'ictère hémorragique, le sodoka, la fièvre aphteuse, la rage et peut-être le cancer. Le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations, délégué du Danemark, a parlé au nom des délégués étrangers et rappelé que le Danemark a organisé déjà, pour sa part, une campagne contre le rat, qui a donné des résultats intéressants. Enfin, M. Gabriel Petit, secrétaire général de la Conférence, a énuméré les questions multiples que celle-ci aura à étudier et, autant que possible, à résoudre.

Une partie artistique très réussie a terminé cette belle séance.

Jeudi ont eu lieu dans la banlieue des démonstrations de dératisation.

Après plusieurs séances de travail les congressistes se sont rendus au Havre, dimanche, où ils ont été reçus par la Ville et la Chambre de Commerce. Une séance de dératisation a été organisée à bord d'un paquebot.

LE SECRET MÉDICAL PAR T. S. F. — Le docteur Foveau de Courmelles parlera au poste de la Tour Eiffel sur le *secret médical* le vendredi 1er juin à 21 h. 30.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Noguchi, de l'Institut Rockfeller, décédé à Accra, victime du devoir professionnel. L'illustre savant japonais a contracté la fièvre jaune ; M. le docteur Alvaro Alvini, radiologiste à Rio-de-Janeiro, mort victime du devoir professionnel ; M. Poinat, éditeur médical à Paris.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ARTICLE DE MM. ROUQUIER ET DARRÉ SUR LES DIVERS TYPES DE CLONUS DU PIED (1)

Dans leur Revue générale sur les divers types de clonus du pied, MM. Rouquier et Darré, faisant allusion à nos travaux sur les réflexes de posture, écrivent les lignes suivantes :

« M. Delmas-Marsalet a fait des constatations analogues. « Lorsqu'on soumet, dit-il, certains parkinsonniens à l'injec- « tion d'une forte dose de scopolamine ($1^{mmg}25$) on voit « apparaître de la trépidation épileptoïde au moment même « où les réflexes de posture sont abolis. Il croit que la scopo- « lamine rend évidentes les lésions pyramidales latentes de « certains parkinsonniens. Peut-être commet-il l'erreur de « supposer que le clonus du pied peut être considéré, à lui « seul, comme pathognomonique d'une lésion pyramidale, ce « qui est incontestablement inexact. Il ne semble pas, d'autre « part, que chez ces malades, après scopolamine, on ait pu « observer d'autres signes caractéristiques d'une perturba- « tion pyramidale tels que l'extension du gros orteil ou des « réflexes de défense. »

Nous regrettons que les auteurs n'aient pas cru devoir ajouter à la phrase citée celle qui la suit immédiatement. Le texte complet est en effet le suivant : « Lorsque l'on soumet « certains parkinsonniens à l'injection d'une forte dose de « scopolamine on voit apparaître de la trépidation épilep- « toïde au moment même où les réflexes de posture sont « abolis. La trépidation épileptoïde n'est pas le seul phéno- « mène de la série pyramidale qui se manifeste en même « temps que l'abolition des réflexes de posture ; on peut voir « apparaître de l'exagération des réflexes tendineux, du « clonus de la rotule et même du signe de Babinski. C'est là « un fait que plusieurs auteurs ont signalé avant nous mais, « toutefois, sans le relier à la disparition des réflexes de pos- « ture (2). »

Ce texte établit donc bien que les fortes doses de scopolamine peuvent faire apparaître du signe de Babinski chez certains parkinsonniens. Il devient, dès lors, bien difficile de ne pas voir dans le clonus concomitant une manifestation pyramidale. La discussion de ces faits se trouve d'ailleurs développée dans notre livre sur les *Réflexes de posture élémentaires* (3).

Dr P. DELMAS-MARSALET,
Chef de clinique médicale à l'Université de Bordeaux.

(1) ROUQUIER et DARRÉ. Les divers types cliniques du clonus du pied, *Gaz. des hôpit.*, 5 et 12 mai 1928.

(2) La scopolamine, réactif des lésions pyramidales latentes de certains parkinsoniens. Mécanisme de son action, *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 avril 1926, p. 1153.

(3) P. DELMAS-MARSALET. *Les Réflexes de posture élémentaires*, 1927, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES SPIROCHÉTOSES BRONCHO-PULMONAIRES

Par MM. R. CATTAN et P. ADIDA.

Depuis le début du siècle, la pathologie s'est enrichie d'un nouveau chapitre dont l'importance va croissant : La spirochétose broncho-pulmonaire. Déjà en 1924, Delamare a écrit un très important ouvrage sur les spirochétoses respiratoires stomatogènes. Récemment plusieurs travaux originaux ont été publiés sur la question. Ici même M. Dejan, dans une intéressante Revue générale, a réuni les dernières recherches relatives à l'association fuso-spirillaire de Vincent.

Nous-même avec notre maître Léon Kindberg, venons de rapporter un certain nombre de cas, à la Société médicale des hôpitaux. Dans un article du *Paris médical*, nous avons exposé les résultats de nos constatations cliniques, bactériologiques et expérimentales.

C'est une revue d'ensemble de la question que nous nous proposons de faire ici.

Historique. — Rona le premier, dans un mémoire paru en 1905, a, du point de vue étiologique, rapproché la gangrène pulmonaire et l'angine de Vincent. Indépendamment de lui, Castellani en 1906 signalait, dans l'expectoration d'indigènes de Ceylan suspects de tuberculose pulmonaire, la présence d'un spirochète qui reçut plus tard le nom de *spirochetes bronchialis*. Il donna à l'infection ainsi caractérisée le nom de *bronchite sanglante*. Pendant plusieurs années les observations qui se succédèrent furent toutes des observations tropicales. Sabrazés, Violle, Cade et Garin, Morénas attribuèrent la maladie au même parasite que Castellani. Rothwel en 1910, s'éleva contre cette assertion et incrimina l'association fuso-spirillaire de Vincent. Depuis et comme nous le verrons, les avis se sont partagés et la question ne semble pas encore résolue.

Pendant longtemps ces bronchites à spirochètes parurent rares en Europe. Les premiers cas de bronchite sanglante furent rapportés en 1915 par Gali Valério en Suisse, Lurie en Serbie. De nombreuses observations leur succédèrent et ce n'est plus seulement au cours de bronchites sanglantes authentiques que le spirochète a été retrouvé, mais encore sa présence a été signalée dans des processus pathologiques très différents les uns des autres : *Bronchites suppurées fétides* (Beau, Dide et Ribereau, Delamare), *Asthme bronchique* (Najib Farah), *Abcès du poumon* (Pons), *Broncho-pneumonie fétide, gangréneuse* (Nolf et Spehl), *Gangrène pulmonaire à type pneumonique*. Il n'est pas jusqu'à des cas de *pleurésies putrides* que l'on n'ait attribué à des spirochètes (Mason, Bezançon).

D'autre part, depuis la guerre, dans tous les pays les cas de suppuration putride du poumon se sont multipliés d'une façon assez inattendue.

En Amérique, la cause immédiate, évidente en paraît être le développement de la chirurgie bucco-dentaire et la plupart des auteurs (Kline et Berger, Pilot et Davis) pour des raisons à la fois cliniques et bactériologiques incriminent, la flore du cavum et des gencives, en particulier l'association fuso-spirillaire de Vincent. D. Th. Smith dans un récent et très important mémoire sur la fuso-spirochétose pulmonaire, résume ces conceptions américaines. Il conclut à l'unité bactériologique de tous ces abcès putrides. Le « complexe » en cause serait constitué par :

1° Des *spirilles*; 2° des *bacilles fusiformes*; 3° des *vibrions et des cocci.*

En Allemagne Plaut et Ghon, puis Albacht, Feldmann, signalent l'existence de la symbiose fuso-spirillaire dans l'expectoration des gangrènes pulmonaires. Ils insistent sur l'efficacité du traitement arsenical. Olga Bikowa, fait jouer le rôle le plus important à un spirochète spécial. Kissling, par contre, attribue le rôle essentiel aux streptocoques anaérobies. Les agents spiralés ne joueraient pour lui, qu'un rôle tout à fait secondaire.

En France, des observations de bronchites à association fuso-spirillaire sont signalées fréquemment par divers auteurs, en particulier Defosse et Langle, Gâté et Billa. Faut-il voir là avec eux une affection presque banale? Schlosmann leur a fait quelques objections et la symbiose n'a pas été retrouvée par tous les observateurs.

Mais c'est surtout l'observation clinique qui montrait depuis la guerre une véritable transformation dans la marche et le pronostic de la gangrène pulmonaire. De nombreux travaux (Thèse de Girard, Lemierre et Léon Kindberg, Bezançon et De Jong) insistèrent sur cet aspect particulier caractérisé par une évolution subaiguë ou chronique, entrecoupée de rechutes.

Netter et Salomon en 1920, avaient déjà pensé attribuer certains de ces cas, à un spirochète du type bronchialis. Au Congrès de Nancy, en 1925, Bezançon et De Jong reprennent cette conception.

Depuis dans de nombreuses communications à l'Académie de médecine, à la Société de biologie, à la Société médicale des hôpitaux, Bezançon et ses collaborateurs rapportent de nombreuses observations dont deux avec examen anatomo-pathologique; ils attribuent le rôle essentiel, primordial à un spirochète à caractères spéciaux. Celui-ci, du type bronchialis, long de 8 à 20 μ, épais de 0 μ,4 à 0 μ,5 à extrémités arrondies avec des spires peu serrées, peu profondes et régulières ne se colorerait que par la méthode de Fontana-Tribondeau.

A l'ultramicroscope, il aurait l'aspect d'un trait brillant doué de mouvements ondulatoires très vifs et très saccadés.

Dans les coupes ce spirochète prédominerait dans la zone périphérique du foyer nécrotique, véritable zone d'extension du processus putride.

Ces auteurs ont essayé de le cultiver. Ils y sont parvenus en employant du sérum de cheval dilué au 1/10 à une température de 28 degrés, mais n'ont pas obtenu de culture pure.

Ils décrivent en outre un germe spécial aux hémoptysies tuberculeuses : le *spirochète intermédium*. Ces deux spirochètes distincts l'un de l'autre, ne se confondraient surtout pas avec le spirochète

Vincenti, le spirochète buccalis et le spirochète dentium.

Contre cette conception se sont élevés à différentes reprises, Vincent et Delamare. Pour ces auteurs il n'existe que des variations morphologiques dénuées de valeur, entre le spirochète Vincenti et le spirochete bronchialis. Le spirochète de Vincent est un germe extrêmement polymorphe et des différences de colorabilité sont insuffisantes pour caractériser des espèces distinctes.

Enfin Sergent et ses collaborateurs, discutant le cadre nosologique des affections du poumon, opposent aux différents points de vue clinique, anatomique, étiologique, bactériologique et pathogénique, la gangrène pulmonaire classique, pneumonique, embolique, attribuable aux anaérobies et l'abcès putride du poumon d'origine stomatogène descendante et dont pourraient être responsable au moins au début les spirochètes.

Sanarelli a récemment insisté sur le polymorphisme du spirochète Vincenti. Sous le nom d' « hélicomène Vincenti » il décrit un parasite qui, suivant un cycle très particulier serait capable de revêtir des formes bacillaires, spirillaires, vibrionniènes et même coccoïdes; si bien que l'association fuso-spirillaire représenterait un seul et même germe.

Nous avons fait depuis un an, une étude systématique de tous les cas de gangrène pulmonaire et de broncho-pneumopathies qui nous paraissaient attribuables aux agents spiralés. Avec notre maître Léon Kindberg nous avons signalé à la Société médicale des hôpitaux un cas de broncho-pneumopathie avec expectoration fétide riche en fuso-spirilles. Avec le professeur Lemierre, Léon Kindberg et Laporte nous avons étudié avec pièce anatomo-pathologique à l'appui, un cas de gangrène pulmonaire aiguë qui soulevait des problèmes bactériologiques complexes. A la suite avec Léon Kindberg nous avons rapporté à la Société médical des hôpitaux et dans *Paris médical*, le résultat de nos recherches bactériologiques et expérimentales.

Enfin l'un de nous, P. Adida, a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale.

Depuis le début de nos travaux, nous avons pu réunir *13 observations, dont 6 avec autopsies.*

Nous avons ici l'intention de résumer l'état actuel de la question et pour chacun des chapitres, nous exposerons brièvement nos conceptions personnelles et l'état de nos recherches.

***

Etiologie. — Elle est encore mal connue. Certains auteurs divisent les spirochétoses broncho-pulmonaires en formes secondaires et formes primitives. En réalité, elles sont toujours secondaires. Dans certains cas très rares, elles succèdent à une infection lointaine : c'est l'abcès putride embolique. Nous avons personnellement observé un cas de gangrène pulmonaire à fuso-spirilles consécutif à un abcès fétide de la marge de l'anus. On sait d'ailleurs que le pus intestinal est lui aussi un milieu riche en spirilles.

Plus souvent il s'agit d'une intervention chirurgicale portant sur le rhino-pharynx ou plus souvent encore d'une infection du cavum, du sinus, de la bouche. Celle-ci peut, on l'imagine, passer aisément inaperçue et c'est alors que l'on parle de formes primitives. Parfois la liaison causale est patente. Klin et Blankerhorn ont signalé 4 cas de gangrène pulmonaire consécutifs à une carie dentaire accentuée ou à de la pyorrhée alvéolo-dentaire. On y trouvait des spirochètes morphologiquement identiques à ceux trouvés dans l'expectoration des malades. Pons signale une bronchite sanglante secondaire à une gingivite à spirochètes.

En Amérique, c'est surtout à la suite d'interventions sur le rhino-pharynx (cf. les statistiques rapportées dans la thèse de Kourilsky) en particulier de tonsillectomie, que paraissent survenir les pneumopathies à spirochètes.

En France, on retrouve les mêmes causes occasionnelles. Sergent et Bordet se demandent même si les gangrènes pulmonaires à rechutes ne relèveraient pas toutes de foyers septiques rhino-pharyngés.

Moins fréquemment on a signalé la stomatite ulcéro-membraneuse (Violle), la syphilis, le cancer bucco-lingual et l'angine de Ludwig.

Pourtant Schlosmann nie tout rapport entre les foyers septiques bucco-pharyngés et les affections qui nous occupent. Il s'agirait de spirochètes saprophytes habituels de l'intestin. Ils pourraient léser le poumon, sans doute atteint par voie sanguine à l'occasion de diverses affections intercurrentes : broncho-pneumonie grippale, de la rougeole, de la coqueluche (Scholsmann, Mironesco), épidémies grippales (Rothwell, Loygne, Bonnet et Beyre), fièvre typhoïde, paludisme, infection ourlienne, intoxication par les gaz de combat (Salomon), intoxication par le tabac et l'alcool (Vincent), traumatisme thoracique (Beau, Dide et Ribereau).

Quant à nous, nous avons retrouvé chez nos malades des caries dentaires plus ou moins importantes, mais nous n'avons pas toujours mis en évidence les mêmes agents spiralés. En particulier, chez un malade où l'expectoration très purulente était remarquablement riche en fuso-spirilles, il n'existait, à l'examen le plus minutieux fait par un spécialiste distingué, aucune atteinte si légère fut-elle des voies respiratoires supérieures. Dans un de nos cas, nous l'avons déjà dit, la gangrène pulmonaire conformément aux idées de Schlosmann, était secondaire à une suppuration fétide de la marge de l'anus.

***

Symptomatologie. — Les aspects cliniques des spirochétoses broncho-pulmonaires sont extrêmement nombreux. Toute la pathologie pulmonaire peut être décrite à leur propos.

Nous étudierons avant tout les deux formes les plus fréquemment observées : *la bronchite sanglante*, type Castellani ; et la spirochétose broncho-pulmonaire proprement dite, dont le type le plus important est *la gangrène pulmonaire subaiguë à rechutes.*

I. **La bronchite sanglante.** — Elle s'observe en général chez des sujets jeunes, sans passé pulmonaire. C'est une trachéo-bronchite aiguë.

Début : Le début est le plus souvent *bruyant*, *brusque*, marqué par des signes généraux : céphalée, courbatures généralisées, douleurs articulaires, frissonnements, élévation de température à 38°-39°.

Quelquefois existent des *signes prodromiques* : coryza léger sans épistaxis, enrouement passager.

Période d'état. — Très rapidement, les *signes fonctionnels* attirent l'attention sur l'appareil pulmonaire.

Le malade a une *toux* quinteuse, pénible, sèche à prédominance nocturne, toux qui entraîne des *douleurs rétro-sternales* et qui va bientôt ramener une *expectoration* peu abondante, d'aspect très varié : *simple sialorrhée*, *pseudo-membraneuse* (Delamare), *crachats perlés*, mais jamais nummulaires ; cette expectoration par la suite change de caractère, devient muco-purulente ou franchement suppurée. Surtout apparaît l'*hémoptysie*. Ce n'est pas une hémoptysie abondante, unique. En général, elle est minime, les crachats sont rougeâtres, striés de sang. Souvent on ne voit dans le crachoir qu'un liquide roussâtre, brun chocolat, hémorragique dans lequel se trouvent des parcelles muco-purulentes. Ces hémoptysies sont récidivantes, tenaces, durent des semaines et même des mois. On a décrit comme signe pathognomique, le phénomène *de sputolyse* (1) de signification douteuse. Salomon l'aurait observé au cours de la paragonimiase.

A côté de ces signes fonctionnels marqués, les *signes physiques* sont presque inexistants. On ne note aucune modification de la sonorité, de la perception des vibrations et du murmure vésiculaire. Seuls existent des râles de bronchite, ronflants, muqueux et sibilants, en général localisés dans les régions apicales, hilaires et basilaires.

L'*examen radiologique est négatif*.

Les signes généraux du début s'atténuent progressivement.

La température présente un type oscillant, mais n'est pas très élevée. L'asthénie, l'amaigrissement, l'anémie s'observent surtout dans les formes prolongées.

Évolution. — Ce type de bronchite évolue en général rapidement en une semaine.

La guérison peut être définitive, elle est souvent simplement apparente, l'affection entre alors dans une phase d'accalmie.

FORMES CLINIQUES DE LA BRONCHITE SANGLANTE. — 1° *Suivant l'évolution.* — a. *Bronchite subaiguë.* — Les signes fonctionnels et physiques sont moins marqués que dans la forme aiguë. Les signes généraux dominent le tableau clinique. Les malades sont amaigris, très asthéniés et l'anémie est souvent intense. L'évolution dure, en général, quatre à six semaines.

b. *Bronchite chronique.* — Cette forme évolue par poussées hémorragiques ou non, séparées par des rémissions plus ou moins complètes qui peuvent faire croire à la guérison définitive.

Sa durée est de six, douze ou dix-huit mois, parfois même davantage.

2° *Suivant la prédominance d'un symptôme.* — *Forme hémorragique.* — Les signes généraux et fonctionnels sont inexistants, seules les hémoptysies d'abondance variable se reproduisent à intervalles plus ou moins espacés au cours de l'évolution.

La bronchite à spirochètes, fréquente pour quelques auteurs, nous est apparue chose rare. Sur nos treize cas, un seul entre dans ce cadre. Un deuxième se rapproche de la description classique, mais il s'agissait d'une affection par ailleurs complexe et difficilement classable en dépit de recherches anatomo-pathologiques soigneuses. Enfin, dans un troisième cas, si cliniquement il s'agissait de bronchite, la radiographie a démontré l'existence et l'évolution d'un foyer chronique peu extensif.

II. **Les pneumopathies putrides.** — Ce sont là, du moins sous nos climats, les spirochétoses broncho-pulmonaires les plus fréquentes. Il s'agit d'un syndrome clinique assez uniforme, mais diversement classé et étiqueté suivant les auteurs : *gangrène à poussées successives* (Girard), *gangrène à rechutes* (Lemierre et Léon-Kindberg), *abcès gangréneux* (Caussade), *abcès putride* (Sergent).

En réalité, la divergence n'est que dans les termes et ce sont bien les mêmes faits qui ont été observés par tous. Au début d'ailleurs, ce syndrome ne paraissait pas relever spécialement des spirochètes. Mais après les premières observations leur constatation devient plus banale. *Pour nous, depuis le moment où nous les avons recherchés systématiquement, dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, nous les avons toujours retrouvés.*

Quoi qu'il en soit, du point de vue clinique on s'accorde à opposer ces pneumopathies putrides d'allure subaiguë à la gangrène pulmonaire classique de type pneumonique et rapidement mortelle.

Réservant l'interprétation anatomo-pathologique de ces faits, nous les réunirons sous le terme de gangrène pulmonaire subaiguë ou à rechutes.

La gangrène pulmonaire subaiguë (forme typique). — D'une façon générale on voit se développer un foyer putride, pulmonaire, sans tendance envahissante comme dans le type classique. Foyer, au contraire, qui va s'immobiliser, se localiser et présenter une évolution irrégulière qui s'étalera sur des mois ou des années.

Début. — Le début est en général insidieux, marqué par un épisode d'allure grippale : courbature, fatigue, fièvre élevée, douleurs thoraciques. Le malade a une toux sèche quinteuse. Les signes physiques sont discrets : tout au plus existe-t-il en un point du poumon de la diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles minimes.

Période d'état. — Mais très rapidement de nombreux symptômes apparaissent.

Les *signes généraux* sont intenses : le malade est

(1) L'expectoration abandonnée à elle-même se clive en deux couches : une superficielle laquée, fluide ; une profonde visqueuse, adhérente, comparée à de la gelée de groseilles.

amaigri, asthénié et souvent il accuse des douleurs thoraciques diffuses et des douleurs articulaires. La température oscille autour de 38-39 degrés. Il a l'aspect d'un grand infecté avec les yeux excavés, de la cyanose, des sueurs froides.

Les *signes fonctionnels* s'accentuent : la *toux* est fréquente ; elle ramène une *expectoration abondante, fétide* qui, recueillie dans un verre, se sédimente en quatre couches : une couche superficielle spumeuse surmontant une couche de crachats purulents jaune verdâtre. Au-dessous une couche de mucus filant translucide; enfin, au fond du verre, une couche purulente mêlée de particules sphacélées, de masses pelotonnées qui font penser à des débris de parenchyme. L'examen microscopique de cette expectoration la montre constituée par des cellules épithéliales bronchiques ou pulmonaires, des leucocytes altérés ; on peut souvent mettre en évidence des fibres élastiques. La flore microbienne est extrêmement abondante et variée. A côté des *anaérobies* la méthode de Fontana-Tribondeau ou même la simple fuschine phéniquée où le violet de gentiane colorent des *spirochètes ou des spirilles et des bacilles fusiformes*. Cette expectoration est souvent hémorragique; mais les hémoptysies sont de moyenne abondance.

L'*haleine* des malades est extrêmement fétide et cette fétidité s'accroît pendant les quintes de toux. Comme dans toute gangrène la fétidité de l'haleine est bien plus importante et constante que celle des crachats.

L'*examen physique* révèle l'existence d'un ou plusieurs foyers d'allure broncho-pneumonique qui, au cours de l'évolution, ne tardent pas à s'excaver.

D'autres fois il s'agit d'un bloc pseudo-pneumonique ou spéluncaire d'emblée plus important.

L'écran nous fait voir des foyers sombres répondant aux différentes localisations apexiennes, axillaires, surtout juxta-hilaires. Il peut révéler précocement l'existence d'une caverne.

Évolution. — Cette forme de gangrène pulmonaire a une évolution bien caractéristique. *C'est une évolution par poussées.* Spontanément, peut-être aussi quelquefois sous l'influence du traitement, on assiste à l'amélioration de l'état général. La fétidité de l'haleine disparaît et l'expectoration diminue considérablement. Moins nettement les signes physiques s'atténuent, ils peuvent même disparaître, mais presque toujours à l'écran il persiste un foyer sans grande tendance résolutive et qui s'immobilise momentanément. L'amélioration dure ainsi quelques semaines ou quelques mois ; puis, à la faveur d'une infection intercurrente, de surmenage, de fatigue et le plus souvent sans cause décelable, une nouvelle poussée survient ayant cette fois un caractère plus net de gravité. On assiste alors, soit à un réveil du foyer antérieur, soit à la constitution d'un nouveau foyer, celui-ci pouvant être adjacent ou au contraire très éloigné du premier.

A la suite de plusieurs poussées le malade succombe au cours d'une rechute extrêmement grave dont le tableau clinique rappelle en tous points celui de la gangrène pulmonaire aiguë habituelle.

FORMES CLINIQUES DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE SPIROCHÉTOSIQUE. — 1° *Forme suraiguë massive à allure pneumonique.* — Cette forme s'observe peu actuellement en tant que forme autonome. Ce qui est plus fréquent c'est la poussée suraiguë terminale au cours des gangrènes subaiguës et chroniques. Elle débute brusquement, brutalement. D'emblée l'état général est très altéré et les signes fonctionnels sont intenses. A l'auscultation on note l'existence d'un foyer étendu, très rapidement excavé et occupant toute ou une grande partie d'un lobe pulmonaire. L'évolution est rapidement mortelle.

2° *Forme chronique.* — La gangrène pulmonaire à allure chronique a été décrite notamment par Girard, Lemierre et Léon-Kindberg, Bezançon. Au fond c'est une forme subaiguë dont les poussées sont très espacées. Ainsi, dans l'observation de Bezançon et de ses élèves, le malade avait présenté trois poussées en deux ans. Cette forme se termine généralement par la mort au cours d'une poussée aiguë, mais certains cas se sont immobilisés depuis tant d'années que l'on peut parler de guérison. Certains mêmes ont paru guérir avec disparition des signes physiques et radiologiques.

3° *Abcès fétides.* — Faut-il, à côté de la gangrène pulmonaire, décrire des abcès simplement fétides? Pour Kourilsky qui les décrit très complètement dans sa thèse, la symptomatologie est à peu près la même; c'est là une question de simple nosographie.

Entre les abcès gangréneux et les abcès simplement fétides tous les intermédiaires peuvent s'observer et les nuances olfactives paraissent insuffisantes pour élever une barrière entre ces cas.

III. **Spirochétoses broncho-pulmonaires fétides non gangréneuses.** — 1° BRONCHITE FÉTIDE. — a. *Forme aiguë.* — La bronchite fétide est surtout connue depuis la guerre. Elle a été décrite pour la première fois par Beau, Dide, Ribereau, Lasègue. Sergent a consacré à ce sujet son mémoire de médaille d'or en 1895. Elle se rapproche de la bronchite sanglante, mais les signes généraux sont plus intenses, les épistaxis sont fréquents ainsi que la congestion conjonctivale. La toux opiniâtre amène une *expectoration*, abondante, muco-mousseuse, rosée et extrêmement fétide. L'évolution se fait en huit à dix jours et la guérison paraît définitive.

b. *Forme chronique.* — La bronchite fétide peut revêtir une allure chronique (Delamare et Ricquez), et le tableau est dominé par l'atteinte de l'état général avec une expectoration roussâtre, riche en spirochètes.

2° BRONCHO-PNEUMONIE FÉTIDE. — Décrite par Nolf et Spehl elle est caractérisée par un début brusque avec frissons, courbatures, élévation thermique. La toux est pénible, l'expectoration abondante, suppurée, nauséabonde. A l'auscultation, on entend de gros râles humides. L'état général décline rapidement. Les malades en proie à une violente dyspnée meurent en état d'asphyxie avec cyanose marquée. A l'autopsie on constate des abcès miliaires riches en spirochètes. *(A suivre.)*

LE TROISIÈME CENTENAIRE DE LA DÉCOUVERTE DE LA CIRCULATION DU SANG PAR HARVEY

Guillaume Harvey naquit en 1578 à Folkestone. Après avoir commencé ses études médicales en Angleterre, il voyagea en France et en Allemagne, se fixa un temps à Padoue où il fut l'élève de Fabrizio d'Aquapendente. Reçu docteur en 1602, il revint à Londres en 1604, pour occuper, en 1615, la chaire de professeur d'anatomie et de chirurgie au Collège Royal des Médecins, et un service à l'hôpital Saint-Barthélemy. Devenu médecin du roi Charles Ier il partagea sa bonne et sa mauvaise fortune avec une égale fidélité.

Dès 1619 Harvey commença à enseigner sa doctrine sur la circulation du sang, et en 1628 il publia le fameux mémoire dont on célèbre le tricentenaire aujourd'hui (1). En 1651, alors qu'il vivait dans la retraite, il publia son livre sur la génération (2). La même année le Collège des médecins éleva en son honneur une statue dans une salle d'exercice (3).



(Collect. de la *Gaz. des hôpit.*) T. Cook, sculp.

Guillaume HARVEY

1578-1658

Harvey mourut le 3 juin 1658.

Avant Harvey, les notions des anciens physiologistes sur la circulation étaient très confuses et erronées. La doctrine de Galien est la première qui se rapprocha de la vérité au milieu de beaucoup d'erreurs. Ainsi Gàlien admettait que le sang qui se trouvait dans le ventricule gauche y était venu directement du ventricule droit à travers des *porosités* de la cloison. En 1543, Vesale montra l'inexistence des pores dans la cloison interventriculaire. Servet, en 1553, décrivit la circulation pulmonaire. En 1569, Realdo Columbo démontra cette circulation et l'usage des valvules, mais, ainsi que Galien, il nia la nature musculaire du cœur.

Servet et Columbo, élèves, comme Harvey, de Fabrizio d'Aquapendente, de Padoue, semblent donc avoir préparé, la voie au génial savant anglais. Mais, avec M. Chauffard, il faut répéter que c'est à Harvey seul que revient l'honneur d'avoir établi les lois de la grande et de la petite circulation.

C'est Harvey qui écartant toutes les erreurs de ses prédécesseurs a montré la structure du cœur, le rythme de ses contractions et les règles de la circulation. Il le fit sous l'influence de François Bacon avec toute la rigueur de la méthode expérimentale. Il n'en eut pas moins beaucoup de contradicteurs, dans son pays et en France.

Guy Patin et Riolan comptèrent parmi ses adversaires, en revanche il trouva un protecteur dans Louis XIV qui, sur la demande de Fagon, créa au Jardin des Plantes une chaire pour l'étude de la circulation.

Descartes et Pascal furent ses illustres défenseurs ainsi que Molière et Boileau.

Les cérémonies impressionnantes de grandeur qui viennent d'avoir lieu en Angleterre, et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir, montrent combien les Anglais ont le culte de leurs grands hommes.

Les savants français ne pouvaient manquer de s'associer à cet hommage, ils l'ont fait au cours de la dernière séance de l'Académie de médecine qui a été consacrée à Harvey.

(1) *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, Francfort 1928, in-4; Leyde 1639, in-4.

(2) *Exercitationes de generatione animalium, quibus accedunt quœdam de partu, de membranis ac humoribus uteri, et de conceptione*, Londres 1651, in-4; Amsterdam 1651, in-12; 1662, in-12; Padoue 1666, in-12; La Haye 1680, in-12. Trad. en anglais, 1653, in-8.

(3) Ce monument portait l'inscription suivante :

Gulielmo Harveio
Vivo monumentis suis immortali
Hoc insuper, collegium medicorum londinense
Posuit.
Qui enim sanguini motum,
Ut et
Animalibus ortum dedit, meruit esse
Stator perpetuus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 MAI 1928)

Séance consacrée à la commémoration du **tricentenaire de la découverte de la circulation du sang par Guillaume Harvey.**

Plusieurs médecins anglais, ayant à leur tête sir John Rose Bradfort, président du Royal College of Physicians (de Londres) et le professeur Barcroft (de Cambridge), assistent à la séance, ainsi que le premier secrétaire de l'ambassade de Grande-Bretagne représentant l'ambassadeur.

M. le président Béclère, en ouvrant la séance, salue les savants étrangers et le représentant de l'ambassadeur. En d'excellents termes il retrace l'œuvre de Harvey et il exprime le vœu que tout médecin français lise le célèbre mémoire ou tout au moins le beau livre que M. Richet lui a consacré. En terminant il cite cette noble phrase de Harvey : « J'espère que je suis dans le vrai, que mon œuvre aura été de quelque profit pour la science et que toute ma vie n'aura pas été inutile. »

M. Chauffard prend ensuite la parole; il relate les fêtes auxquelles il a pu assister à Londres où, ainsi que M. Gley, il représentait l'Académie. Les réceptions par le Collège royal des médecins, par les corporations, les visites à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Oxford, à Cambridge, lui ont laissé un profond et émouvant souvenir. Un sentiment de haute dignité et de piété nationale a présidé à toutes ces cérémonies.

M. Chauffard donne ensuite lecture de l'adresse qu'il a remise au Collège des médecins au nom de l'Académie.

Etudiant Harvey au point de vue médical, il montre que le savant anglais ne fut pas seulement un anatomiste et un physiologiste, mais qu'en clinique il fut un novateur et que son nom mérite d'être placé à côté de ceux de Laennec et de Pasteur.

M. Gley lit à son tour le discours qu'il a prononcé à Londres et dans lequel il a exposé l'œuvre physiologique de Harvey.

Enfin, M. Achard, secrétaire général, remercie les savants étrangers qui ont bien voulu assister à la séance de l'Académie.

L'exposition de Harvey. — M. Busquet, bibliothécaire de l'Académie, avait réuni dans une vitrine placée dans la salle des Pas-Perdus une précieuse collection de portraits de Harvey, le fac-similé de sa thèse de Padoue, les différentes éditions de son fameux mémoire sur la circulation et de son ouvrage sur la génération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MAI 1928)

Deux cas de tuberculose thalamique. — MM. Carnot, Bariéty et P. Guédon rapportent deux observations chez deux adultes jeunes (vingt-huit et vingt ans) secondaires à une localisation pleurale primitive. Au point de vue clinique, le tableau fut différent : le premier tubercule ne provoqua que des signes d'hypertension intracranienne avec crises jaksoniennes et légère hémiparésie; le deuxième donna lieu à un syndrome thalamique : mouvements athétoïdes, hémiparésie, troubles sensitifs.

Anémie pernicieuse traitée exclusivement par le foie. — MM. Ch. Aubertin et M. Poumailloux présentent une malade qui était atteinte d'anémie pernicieuse sans étiologie évidente, avec 1.310.000 hématies, 45 p. 100 d'hémoglobine, mégaloblastes, myclocytes et poïkilocytoses, état subfébrile, asthénie, troubles digestifs.

La malade reçoit 150 grammes par jour pendant une semaine, puis 200 grammes de foie de veau sans aucun autre médicament. Trois mois plus tard, le nombre des globules rouges est de 4.780.000, l'hémoglobine de 90 p. 100. La malade continue actuellement l'absorption journalière du foie.

Grosse hypertrophie diffuse du frontal et de pariétaux chez un enfant atteint de maladie de Little. — MM. André Léri et J.-A. Lièvre présentent un enfant de cinq ans atteint de syndrome de Little classique. Cet enfant a un crâne surélevé qui rappelle l'oxycéphalie, mais la radiographie montre qu'il s'agit d'une véritable « calotte » d'hyperostose compacte qui occupe en totalité la surface du frontal et des deux pariétaux.

Chez cet enfant, qui est né prématurément, la maladie de Little ne semble pas être la conséquence de l'hypertrophie cranienne. La syphilis, qui est ici fort douteuse, ne produit pas d'ordinaire d'hypertrophie osseuse aussi diffuse. La nature des relations entre la maladie de Little et l'hyperostose cranienne reste tout hypothétique.

Généralisation cutanée d'un sarcome lymphoblastique après une vaccination jennérienne. — MM. Emile Sergent, R. Turpin et H. Durand. — Une vaccination jennérienne effectuée par application des règlements administratifs, chez un malade atteint de lymphosarcomatose, déclencha une accentuation brutale des signes généreux et des tendances métastatiques de la maladie.

Sitôt après l'inoculation de la vaccine apparurent sur tout le revêtement cutané des nodules sarcomateux.

Diagnostic radiologique des kystes hydatiques intra-hépatiques. — MM. H. LABBÉ, LOMON et SELIGMAN rapportent les observations et radiographies de 3 cas de kystes hydatiques calcifiés du foie. La radiographie avait pu confirmer le diagnostic clinique en montrant une partie de la paroi du kyste, qui était partiellement opacifiée.

Sur le diagnostic de la dilatation de l'estomac. — M. HAYEM insiste sur les données de l'auscultation gastrique dans la dilatation gastrique. Il montre qu'on peut reconnaître par ce procédé de grosse dilatation sans le secours de la radioscopie.

M. FIESSINGER confirme l'opinion de M. Hayem; grâce à l'auscultation pylorique sous contrôle radiologique, l'auteur signale l'existence d'un bruit musical au niveau du pylore par apiculation ou gargouillement pylorique. Il a pu diagnostiquer par l'auscultation des sténoses pyloriques, et des retards de l'évacuation gastrique.

L'action des indications spécifiques sur la pression artérielle des syphilitiques. — MM. SÉZARY et HEITZ ont constaté que les traitements n'augmentent pas la pression. De plus, dans 57 p. 100 des cas, ils ont noté un abaissement de la pression portant sur la Mx et la Mn. Cet abaissement n'est pas dû à une action déprimante sur le myocarde; ils l'attribuent à une action sur le système circulatoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 MAI 1928)

L'infection toxoplasmique expérimentale de l'œil. — MM. LEVADITI, R. SHOEN et V. SANCHIS BAYARRI. Etant donnée la ressemblance frappante entre le *Toxoplasma cuniculi* (splendore) dans certaines formes chroniques de l'encéphalite toxoplasmique du lapin, et les kystes parasitaires découvertes par Janku dans la rétine d'un enfant hydrocéphalique, les auteurs ont étudié expérimentalement les altérations oculaires provoquées par ce toxoplasma chez le lapin. Ils ont également essayé de préciser le mode de propagation de l'infection de l'encéphale vers le globe oculaire et *vice-versa*.

L'inoculation des toxoplasmes dans la chambre antérieure détermine une iridocyclite aiguë avec exophtalmie et propagation de l'infection vers le pôle postérieur, aboutissant, parfois, à une névrite optique. Les altérations rétiniennes sont infiniment plus intenses lorsque l'inoculation est pratiquée dans la chambre postérieure, où l'on constate une abondante exsudation fibrino-leucocytaire contenant des macrophages parasités. Ceux-ci s'accolent à la surface de la rétine, s'infiltrent dans le tissu rétinien et arrivent au contact de la couche des grains. Il y en a, parmi eux, qui éclatent, d'où une libération des toxoplasmes amiboïdes, lesquels s'insinuent au loin dans la rétine. Certains neurones rétiniens se contaminent, auquel cas ils apparaissent farcis de parasites enkystés. Les kystes intra-cytoplasmiques rejettent vers la périphérie le noyau de la cellule nerveuse. Certains de ces kystes à membrane nettement délimitée rappellent les kystes rétiniens de l'enfant hydrocéphale étudié par Janku. Ajoutons que les cellules pigmentaires sous-rétiniennes peuvent contenir de nombreux toxoplasmes.

La neuroprobasie centrifuge paraît démontrée. En effet, chez trois lapins infectés par voie intracérébrale et morts d'encéphalite toxoplasmique du huitième au dixième jour, les auteurs ont constaté la propagation du processus infectieux du cerveau vers l'œil, le long du nerf optique. Les gaines péri-nerveuses étaient infiltrées par des monocytes et des polynucléaires; çà et là on constatait des toxoplasmes libres ou inclus dans les cellules fixes. Les lésions suivaient le trajet du nerf optique pour arriver au contact de la *macula lutea*. Il est donc avéré que le processus infectieux toxoplasmique se propage de l'encéphale vers le fond de l'œil en suivant les gaines du nerf optique. C'est là un fait important, si on le rapproche des constatations de Janku concernant l'hydrocéphalie congénitale humaine. Il est fort probable que chez cet enfant, la protozoose encéphalique s'est transmise à la rétine par les gaines péri-nerveuses du nerf optique.

Greffes intra cérébrales de tumeurs hétérologues et homologues. — M. E. HARDE a obtenu des résultats suivants : chez des rats sensibles, mais rendus réfractaires par les méthodes habituelles, des greffes de sarcome de rat se sont montrées inoffensives tant pour le cerveau que pour le tissu sous-cutanée. Des inoculations analogues pratiquées chez des souris blanches avec le sarcome S, 37 ne créèrent pas d'état réfractaire chez ces animaux, par voie intra-cérébrale, soit par greffe sous-cutanée. L'auteur a confirmé les expériences de Shirai concernant le développement des tumeurs hétérologues implantés dans le cerveau et obtenu deux passages consécutifs.

Les sels biliaires ont-ils une action brachycardisante? — MM. Henri BÉNARD et M. BARIÉTY étudiant l'action des sels biliaires sur la fréquence cardiaque n'ont observé chez le chien, chez le lapin et chez l'homme aucune action brachycardienne.

Contrairement à l'opinion classique, ils ne pensent pas que l'imprégnation de l'organisme par le glycocholate ou le taurocholate de soude puisse expliquer la brachycardie signalée chez certains ictériques.

A propos de l'immunité herpétique et le pouvoir neutralisant des tissus « in vitro ». — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY. Il est possible de mettre en évidence, chez certains animaux vaccinés par voie sous-cutanée ou cornéenne un pouvoir neutralisant dans les tissus sensibles (cerveau, capsule surrénale). Cette propriété, qui n'est pas une conséquence obligatoire de l'état réfractaire, nécessite pour apparaître l'apport du virus dans l'organe avec toutes les réactions inflammatoires qui aboutissent à sa destruction. Elle manque chez les animaux spontanément ou naturellement réfractaires.

De l'immunisation locale du lapin contre la méningite cérébro-spinale à staphylocoques, au moyen de l'antivirus spécifique. — M. A. BERCZELLER. 1° L'antivirus staphylococcique, introduit à titre préventif dans la cavité rachidienne, préserve le lapin contre l'inoculation dans cette cavité d'une dose mortelle de virus staphylococcique; 2° cette action protectrice est spécifique et relève de l'immunisation locale, selon la conception de Besredka.

(SÉANCE DU 19 MAI 1928)

Essai de traitement de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka à l'œuf. — M. A. BERLIN a fait des essais sur trente-deux malades atteints de tuberculose pulmonaire et sur quinze malades atteints d'autres formes. Il en résulte que le traitement par l'antigène à l'œuf de Besredka est susceptible de donner des résultats thérapeutiques favorables.

Blocage et toxicité hépatique. — M. Maurice PANISSET (présenté par M. FIESSINGER).

Sur la stabilité des propriétés de l'anatoxine diphtérique. — M. G. RAMON a gardé des échantillons d'anatoxine diphtérique depuis 1923 dans des conditions diverses : à la température de la glacière ou du laboratoire, en flacons ou en ampoules, etc. Eprouvée chez le cobaye, cette anatoxine se montre absolument inoffensive; de plus, les dosages effectués in vitro par la méthode de floculation et les essais effectués in vivo chez l'animal prouvent qu'elle n'a rien perdu de son

pouvoir antigène intrinsèque et de son pouvoir immunisant initiaux.

Ainsi, contrairement à certains autres antigènes tels que les mélanges toxine-antitoxine par exemple, l'anatoxine diphtérique se montre donc parfaitement stable et dans son innocuité et dans sa valeur antigène.

Double chronaxie de l'orbiculaire des paupières. — M. G. Bourguignon rappelle que ce muscle est formé de deux portions concentriques, une portion centrale, palpébrale, et une portion périphérique, orbitaire. Chacune de ces deux portions a une chronaxie différente et la portion palpébrale a deux points moteurs (1 pour la paupière supérieure et 1 pour la paupière inférieure) et une chronaxie de $0^{\sigma}20$ à $0^{\sigma}36$, égale à celle des abaisseurs des traits. La portion orbitaire a deux points moteurs aussi et une chronaxie de $0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$, égale à celle des releveurs des traits. Dans le rire, les yeux se ferment incomplètement par contraction de la portion orbitaire, synergique des releveurs; dans le pleurer, les yeux se ferment plus complètement par contraction de la portion palpébrale, synergique des abaisseurs.

Double point moteur et double chronaxie de tous les muscles releveurs des traits. — MM. G. Bourguignon et R. Humbert montrent que tous les muscles releveurs des traits ont deux points moteurs et deux chronaxies, l'une de $0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$ est double de celle des abaisseurs des traits et l'autre de $0^{\sigma}20$ à $0^{\sigma}36$, est égale à celle des abaisseurs des traits.

On retrouve donc à la face les lois générales de distribution de la chronaxie que Bourguignon a mises en évidence sur le tronc et les membres. Ces faits permettent de mieux comprendre la physionomie et ses expressions.

L'immunité méningée au cours du nagana expérimental du lapin. — M. S. Mutermilch et Mlle A. Salamon, après avoir précédemment établi que l'inoculation des antigènes morts (hématies étrangères, vaccins microbiens) dans la cavité méningée du lapin était suivie d'un état d'immunité locale de cette cavité, avec apparition des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien, montrent à présent que l'inoculation intraméningée d'un antigène vivant, tel que le trypanosome du nagana, a pour effet une forte réaction méningée, grâce à laquelle les anticorps trypanolytiques sanguins pénètrent dans le liquide céphalo-rachidien, tandis que, localement, aucune élaboration d'anticorps ne paraît se produire. L'inoculation des trypanosomes par la voie péritonéale peut être suivie de leur pénétration dans le liquide céphalo-rachidien, sans qu'aucune réaction méningée en résulte et sans que nuls anticorps trypanolytiques traversent la barrière hémato-encéphalique.

Action du chlorure de magnésium sur les cobayes en carence scorbutique. — M. Delbet a fait les recherches suivantes sur le rôle du chlorure de magnésium. Il a mis deux lots de cobayes à un régime sévère de carence scorbutique. Le premier lot a servi de témoin. Les animaux de l'autre lot ont reçu dans une première période des injections sous-cutanées (5 centimètres cubes) de sel de magnésium; puis, dans une deuxième période, ce même sel mélangé à leur pâtée. L'auteur a constaté que les témoins meurent plus rapidement que les animaux qui ont reçu du magnésium, et ceci dans la proportion de 1 à 2. Le chlorure de magnésium paraît donc avoir une action pour augmenter la résistance à la carence scorbutique.

Election d'un membre titulaire. — M. Fleury est élu par 32 voix sur 51 votants.

LIVRES NOUVEAUX

Cardiopathies et grossesse. Le rétrécissement mitral dans ses rapports avec l'état puerpéral (1), par J. SÉJOURNÉ.

Etabli sur une base nouvelle, cet ouvrage, à la fois scientifique et clinique, toujours essentiellement pratique, s'adresse à tous les médecins, particulièrement aux cardiologues et aux accoucheurs. L'auteur a limité ses recherches au rétrécissement mitral qui constitue, de l'avis unanime, la cardiopathie la plus dangereuse au cours de la puerpéralité.

Il démontre d'abord que, chez la femme enceinte, l'examen clinique seul est impuissant à rendre compte, d'une façon certaine, de la valeur du myocarde dont dépend cependant l'évolution de la grossesse.

En face de cette impuissance, il propose une technique radiologique qui permet, dès le début de la gestation, de prévoir si celle-ci sera ou non tolérée et par suite de poser, d'une manière aussi rigoureuse que possible, les règles de l'avortement thérapeutique.

M. L. Séjourné étudie ensuite les divers accidents cardiaques que laisse à sa suite la puerpéralité chez les malades atteintes de sténose mitrale. Une place importante est réservée aux accidents gravido-cardiaques d'œdème aigu du poumon, à l'artérite pulmonaire, à l'insuffisance ventriculaire droite.

En regard de la partie cardiologique, on trouvera un chapitre ayant trait aux accidents obstétricaux qui résultent de l'action de la lésion mitrale sur la grossesse.

Cette étude est émaillée d'observations et de comparaisons nouvelles, illustrée de nombreuses figures et radiographies qui rendent sa lecture vivante et attrayante. L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE UROLOGIQUE DE NECKER. (Professeur : F. LEGUEU. — *Cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale.* — Sous la direction du professeur, avec la collaboration de MM. Chabanier, Dossot, Fey, Fisch, Flandrin, Fouquiau, Garcin, Gaume, Truchot et Verliac, chefs de clinique et de laboratoire et de M. Wilmoth, prosecteur à la Faculté, un cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale commencera le mercredi 6 juin 1928, à 11 h., durera jusqu'au samedi 16 inclusivement.

Il comportera trente leçons, ainsi réparties, à raison de trois par jour :

1° Dix leçons théoriques (le matin, à 11 h., à la clinique de Necker) portant sur le traitement et les indications opératoires.

2° Dix leçons de technique urologique, avec répétition par les élèves, sur le cadavre, des opérations enseignés (l'après-midi, à 14 h., à l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine).

3° Dix leçons pratiques (l'après-midi, à 17 h., à la clinique de Necker), portant sur l'anatomie pathologique, l'examen fonctionnel des reins, la cystoscopie et l'urétroscopie, la radiographie et la radioscopie de l'appareil urinaire, avec présentation de malades.

Les auditeurs doivent se faire inscrire à la clinique urologique de Necker, pour l'ensemble des cours. — Prix total : 1.000 francs.

Pour tout renseignement complémentaire et l'inscription à ces cours, s'adresser au docteur Flandrin, chef de clinique à la clinique urologique de Necker, 151, rue de Sèvres, Paris.

(1) In-8 de 160 pages avec 22 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ECOLE DE MALARIOLOGIE, rattachée à l'Institut d'hygiène, fondée sur l'initiative et avec le concours du Comité d'hygiène de la Société des nations. — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du 1er juin au 5 juillet 1928, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Programme. — Les cours auront lieu au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le professeur Brumpt. Les leçons théoriques seront données de 14 à 15 h.; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de 3 h., dirigée par MM. les docteurs M. Langeron et H. Galliard.

I. Hématologie; — II. Protozoologie (sporozoaires et parasites du sang); — III. Parasites du paludisme; — IV. Entomologie; — V. Etude clinique et épidémiologique du paludisme; — VI. Prophylaxie; — VII. Assainissement et drainage.

Le diplôme peut être délivré : 1° Aux docteurs en médecine français; 2° Aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine); 3° Aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Les candidats proposés par les administrations sanitaires de leurs pays respectifs devront adresser une demande à la section d'hygiène de la Société des Nations, à Genève.

Un nombre limité de bourses sera accordé par l'organisation d'hygiène de la Société des Nations, sur demande présentée au directeur médical de la Société des Nations par les administrations intéressées.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : épreuve pratique d'hématologie, épreuve pratique de protozoologie, épreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

Deuxième examen : épreuve théorique de protozoologie, épreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme, épreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 60 fr.; droit de bibliothèque, 40 fr.; trois séries de droits de laboratoire à 250 fr., 750 fr.; total, 850 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHAIRE DE CLINIQUE INFANTILE. (Hospice des Enfants-Assistés. Professeur : M. MARFAN.) — *Hygiène et clinique de la première enfance.* — Un cours de revision et de perfectionnement sera fait dans ce service, du mercredi 4 juillet au mercredi 25 juillet 1928. Cet enseignement comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire. Il aura lieu tous les jours, le matin de 9 h. à 11 h., et l'après-midi de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2. — Droit à verser : 250 fr.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Le jeudi 31 mai 1928, à 10 h., la leçon à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière (Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, professeur Pierre Sebileau), sera faite par le docteur Pescher, ancien interne des hôpitaux de Paris, « Sur les applications médico-chirurgicales de la méthode spiroscopique, technique, indications et résultats ».

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nouvel Appareil Radiologique transportable

Cet appareil orientable comporte un pied démontable et a son transformateur disposé à côté du tube à rayons X, son axe constituant le bras du support des tubes.

L'appareil est complété par une lampe indicatrice de mise en circuit, par un ampéremètre spécial et par un couplage permettant l'utilisation en alternatif ou en continu ; dans ce dernier cas le courant pulsatoire est obtenu par deux interrupteurs correspondant aux transformateurs principal et de chauffage.

Le brevet français 603.550 couvrant l'appareil est à vendre ou des licences peuvent être accordées. S'adresser à
De Carsalade & Regimbeau, Ingénieurs-Conseils, 63, Champs-Elysées.

N° 44. — MERCREDI 30 MAI 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 30 MAI 1928. — N° 44.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve pratique.* — Séance du 25 mai. — MM. Marchand, 13; Ordioni et Delapchier, 5; Bussy, 8.

Classement : MM. Serrand, 72; Le Goff, 67; Porcher, 60; Bussy, 57; Marchand, 55; Coliez, 54; Fouber, 50; David et Ordioni, 43.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nîmes. — Après concours, M. Chambon a été nommé médecin adjoint des hôpitaux.

— Orléans. — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires aura lieu le jeudi 26 juillet 1928, à 14 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Andérodias, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de clinique d'accouchements à ladite Faculté (chaire vacante, dernier titulaire : M. Rivière).

— Lille. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Morvillez, agrégé.

— Montpellier. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Etienne, Carrieu et Turchini, agrégés.

— Toulouse. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Soula, agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — M. Bessot a été nommé chef des travaux d'anatomie; M. Gomet, chef de clinique chirurgicale.

— Nantes. — M. Pommier a été nommé chef de clinique médicale.

— Tours. — Le concours pour la nomination de professeur suppléant d'anatomie et physiologie s'est terminé par la nomination de MM. Huc et Roy.

GUERRE. — Tableaux d'avancement pour 1928 (réserve) :

Pour le grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Pin, Foare, Lavaud, Duranthon, Hovelacque, Humeau, Jouffrault, Jobard, Guinemand, Muzac, Rougier, Jund, Dupuy, Godron, Ducassé, Clos, Fournier, Vauzelles, Beyly, Rémy, Daubas, Laget, Calazel, Wallet, Colombier, Robert, Lataillade, Sigwalt, Bousseau, Catrice, Strauss, Licourt, Duclos, Cassard, Leblanc, Pasquier, Gauthereau, Gendreau, Bourrouillou, Labeau, Lévêque, Vinson, Girard, Béguet, Grunberg (M.), Grunberg (V.), Daniel, Phelippot, Belveze, Rimey, Roux, Tixier, Schaechter, Landau, Versepuech, Funck, Routhier, Lebossé, Molly, Khayatt, Riquez, Fichot, Néel, Cohen, Duclaud, Peyronnet, Guichou, Thouart, Cincin, Vernier, Mollet, Saussol, Fronty, Magnier, Pocy-Nogues, Amselle, Battesti, Kappler, Guillaume, Escarras, Bonnet, Garach, Platon, Brunet, Fournier, Martin, Deflinne, Michel, Bonnet, Sauveplane, Laurent, Greffier, Mickaniewski, Briquet, Lebœuf, Vignolles, Germain, Lapillonne, Pons-Leychard, Wittwer de Froutiguen, Gallerand, Abou, Collomb, Warin, Richard, Laurent, Deffuant, Meugé, Cavalié, Goure, Ducastaing, Dauphin, Paugam, Meudic, Bettinger, Stevenin, Lemaire, Hardouin, Gay, Belfort, Debono, Sanson, Donzelot, Bertholey, Gatellier, Lavalley, Aguillon, Darré, Godard, Mitton, Louart, Deleuil, Petit-Dutaillis, Grunberg, Netter, Micheleau, Taburet, Arlet, Constantin, Vielle, Saiget,

Brun, Tramini, Allard, Brochet, Barraud, Le Paumier, Savin, Mercier, Fey, de Nabias, Gaudard d'Allaines, Vallery-Radot, Bloch, Braine, Roume, Sappey, Gautier, Capart, Petit, Costantini, Errard, Blechmann, Dunet, Auvigné, Monod, Lacombe, Boppe, Saugues, Bigot, Lattéo, Marquézy, Moulonguet, Mornard, Briand, Moquet, Voisin, Gouverneur, Marais, Cathala, Cleiz, Richon, Portès, Guillemin, Cappelle, Rouillard, Godard, Langle, Baudin, Mouriès, Nalin, de Vernejoul, Sauze, Perin, Rochet.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE GRAPHOLOGIE. (PARIS, 9-10-11 juin.) — Sous le patronage de M. Barthou et la présidence de M. Pierre Janet. Séance d'ouverture le samedi 9 juin, à 9 h., à l'Hôtel des Sociétés savantes, 29, rue Serpente. Les séances de travail auront lieu au Musée social, 5, rue Las Cases.

Questions à l'ordre du jour et rapporteurs :

La notion de valeur en graphologie : M. de Rougemont.

La théorie de Klages dite Formniveau en graphologie : M. N....

Les dédoublements de la personnalité et la graphologie : MM. le docteur Legrain et de Rougemont.

L'écriture des enfants : Mme Miana Becker (Allemagne).

Physiologie de la lettre tordue (sa valeur comme test de la puberté : M. le docteur Houzel.

L'écriture chez les endocriniens : M. le docteur Streletzki.

L'imagination et la mémoire normales et pathologiques : MM. Crépieux, Jamain et le docteur Legrain.

Des conférences avec projections et une visite aux Archives de la Préfecture de police compléteront le Congrès.

Adhésions au siège de la Société de graphologie, 28, rue Serpente.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Dufourt (de Fécamp), qui fonda en 1894 la première « Goutte de lait ».

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de M. le professeur CUNÉO. — Cours de M. le docteur WILMOTH, prosecteur. — *Opérations sur l'appareil urinaire et l'appareil génital de l'homme.* — Ouverture du cours le mercredi 6 juin 1928, à 14 h.

Ces cours auront lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Ces cours sont faits en liaison avec un cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale fait aux mêmes dates, sous la direction du professeur F. Legueu.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le droit à verser est de 150 fr. pour chaque partie de ce cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT). — *Conférences sur les constantes physiologiques et leur régulation.* — M. le docteur René Cayet, chef de laboratoire de la clinique, fera une série de conférences les jeudis 31 mai, 7, 14, 21 et 28 juin, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Trousseau.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose,* organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 11 juin au 7 juillet 1928 inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Kourilsky, Kuss, G. Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

Exercices pratiques (l'après-midi) : démonstrations cliniques et radiologiques, examens de laboratoire, visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny), visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne).

Stage hospitalier (le matin) : répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Les droits d'inscription sont de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours le lundi 9 juin, à 9 h. 1/2, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement du professeur Portmann*, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Leuret, Petges, Réchou et Teulières, de MM. les professeurs agrégés Aubertin, Papin et Jeanneney, et de M. le docteur Despons, chef de clinique, du lundi 9 juillet au samedi 21 juillet 1928.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants; la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1927

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT

CHEF CHEF-ADJOINT

DU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

OS. CRANE. ARTICULATIONS

Étude anatomique et radiologique des points d'ossification du genou chez le nouveau-né. (ROGER-JARDIN. *Journ. de radiol.*, janv. 1927.) — Des recherches radiologiques qu'il a faites chez le nouveau-né, l'auteur a pu tirer les conclusions suivantes :

1° Le point d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur (point de Béclard) apparaît au début du neuvième mois de la vie fœtale;

2° Il est toujours présent chez l'enfant né aux environs du terme et mesure à ce moment 4 à 6 millimètres de diamètre;

3° Le point d'ossification de l'épiphyse supérieure du tibia apparaît à huit mois et demi mais n'est pas toujours présent chez le nouveau-né à terme : il mesure 1 à 3 millimètres de diamètre;

4° Il existe une relation étroite entre la longueur du corps et la fréquence de l'ossification des différents noyaux étudiés et une relation du même ordre mais moins étroite entre cette ossification et le poids du corps;

5° L'ossification semble plus lente chez les jumeaux.

Nouveau mode d'exploration radiologique du massif pétro-mastoïdien et de la région occipitale : incidence occipitale postérieure. (WORMS et BRETTON. *Annales des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars 1927.) — A la méthode jusqu'à présent classique qui nécessitait deux poses successives, l'une destinée à obtenir la région droite et l'autre la région gauche, les auteurs préfèrent une pose unique permettant d'obtenir sur un même cliché les deux mastoïdes en totalité (et non pas seulement la pointe).

Cette position qu'ils appellent *incidence occipitale postérieure* s'obtient en disposant la plaque à 45 degrés sous la région occipitale du malade pour faciliter l'hyperflexion de la tête : l'axe de l'ampoule sera incliné parallèlement au plan de la plaque et le rayon normal passera par un point frontal situé à 4 ou 5 centimètres environ en avant du bregma pour sortir par le centre du trou occipital.

L'image ainsi obtenue montre les mastoïdes dessinées sous forme d'un triangle à base supérieure, avec la fine trabéculation des cellules mastoïdiennes.

Partant de la mastoïde et se dirigeant vers le trou occipital on voit également bien les deux rochers dont l'étude n'est pas sans intérêt.

Les détails les plus légers — simple flou, voile discret correspondant au défaut d'aération ou à une poussée de congestion mastoïdienne — se marquent avec netteté, à plus forte raison l'ombre de la mastoïdite franche où l'estompage, la disparition plus ou moins accusée des détails de structure, l'aspect des foyers fongueux et purulents, font contraste avec la mosaïque claire et transparente qu'offre l'armature alvéolaire de la mastoïde.

Enfin les auteurs ont également appliqué ce procédé d'exploration à l'étude des traumatismes craniens après lesquels ils ont pu voir, soit un trait de fracture de l'étage postérieur, soit un diastasis des sutures occipito-mastoïdiennes qu'ils ont observé fréquemment surtout dans les pressions bitemporales du crâne.

Cf. — Radiographie des mastoïdes. (A. GRANGER. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, fév. 1927.)

Diagnostic radiologique des mastoïdites aiguës au cours des otites moyennes aiguës. (David DE PRADE. *Soc. de radiol.*, mars 1927.)

L'aspect radiologique de la selle turcique : ses variétés à l'état normal et ses altérations pathologiques. (G. CHAUMET et GRIGORATOS. *Monde méd.*, mai 1927.) — La selle turcique normale présente une conformation et des dimensions très variables d'un sujet à l'autre, d'où résulte une certaine difficulté dans l'appréciation de ses aspects pathologiques. Les auteurs cependant croient pouvoir conclure que :

1° Dans divers syndromes dits hypophysaires les tumeurs de la pituitaire peuvent être décelées avec des chances de certitude, mais les grandes dimensions de la fosse pituitaire ne suffisent pas pour l'affirmer : il faut un faisceau de signes radiologiques et une recherche méthodique;

2° Dans l'acromégalie les tumeurs sont souvent mises en évidence mais il faut se garer d'une cause d'erreur tenant aux modifications générales du squelette de la tête;

3° Des tumeurs extrasellaires ou autres affections de voisinage qui donnent des signes cliniques hypophysaires, peuvent amener exceptionnellement des altérations de la selle turcique;

4° Les très petites dimensions de la selle turcique n'ont aucune signification pathologique.

Cf. — Sur la disparition de la selle turcique dans les tumeurs de la loge cérébrale postérieure : les erreurs de diagnostic qui en sont la conséquence. (Cl. VINCENT. *Journ. de radiol.*, sept. 1927.)

Les divers aspects radiologiques de la selle turcique. (JOLY. *Paris méd.*, 5 fév. 1927.)

Diagnostic radiologique des tumeurs de l'encéphale. (R. GILBERT. *Le Cancer*, janv. 1927.) — La difficulté du diagnostic radiologique des tumeurs cérébrales et de leur localisation vient de ce que la très grande majorité d'entre elles restent transparentes aux rayons X en raison de leur constitution même dont le pouvoir d'absorption par les rayons est sensiblement le même que celui des tissus voisins. Seules font exception les tumeurs plus ou moins chargées de sels calcaires (psammomes, endothéliomes, ostéomes) mais qu'on ne rencontre que très rarement.

Pour vaincre cette difficulté, Cushing a imaginé la pneumoencéphalographie (appelée encore pneumo-ventriculographie), méthode qui consiste à injecter de l'air dans les ventricules cérébraux afin de les rendre transparents aux rayons X et de pouvoir observer ainsi les déformations qu'ils subissent du fait des tumeurs développées dans l'hémisphère correspondant. Cette méthode qui n'en est encore qu'à ses débuts a

cependant donné en Amérique, des résultats très intéressants en permettant d'établir dans de nombreux cas, la localisation exacte de la tumeur cérébrale là où la clinique et la radiographie simple ne donnaient aucun renseignement précis.

Cf. — De l'encéphalographie : étude d'une technique nouvelle : indication de la méthode : encéphalographie par l'air. (J. HAGUENAU. *Annales de méd.*, oct. 1927.)

L'encéphalographie artérielle. (EGAS MONIZ [Lisbonne]. *Presse méd.*, 6 août 1927.)

L'encéphalographie artérielle : son importance dans la localisation des tumeurs cérébrales. (EGAS MONIZ. *Revue neurol.*, juillet 1927.)

La radio-artériographie cérébrale. (EGAS MONIZ [Lisbonne]. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 juillet 1927.)

Encéphalographie lipiodolée sinuso-veineuse. (SICARD, HAGUENAU et WALLICH. *Soc. de neurol.*, 1er déc. 1927.)

APPAREIL CIRCULATOIRE

Examen radiologique de l'artère pulmonaire. (E. LAZEANU. *Castea Romaneasca*, Bucarest 1927.) — L'examen radiologique permet le diagnostic précis des altérations de l'artère pulmonaires.

Ces altérations peuvent être primitives constituant une affection encore incomplètement étudiée et dont le diagnostic échappe fréquemment aux autres méthodes d'investigation. Mais le plus souvent elles constituent de véritables complications au cours des diverses cardiopathies ou affections broncho-pulmonaires chroniques.

Leur diagnostic présente une double importance pratique.

1° Au point de vue séméiologique pour l'explication des symptômes cliniques présentés par le malade.

2° Au point de vue du pronostic on peut craindre une série de complications graves comme la thrombose, la rupture de l'artère pulmonaire, ou une insuffisance cardiaque irréductible.

Dans certains cas les modifications de l'artère pulmonaire traduisent l'existence d'une hypertension pulmonaire. La régression ou la persistance de l'image radiologique sous l'influence du traitement nous permet de déceler l'existence d'une insuffisance cardiaque transitoire ou définitive.

Les principaux caractères radiologiques des altérations de l'artère pulmonaire sont la dilatation et l'exagération de l'opacité du tronc et des branches de ce vaisseau. La dilatation du tronc se manifeste par une augmentation du volume de l'arc moyen du bord gauche du cœur. L'opacité exagérée des branches de l'artère pulmonaire se voit surtout au niveau des hiles pulmonaires.

Radiologie des myocardites. (E. BORDET. *Pratique méd. franç.*, janv. 1927.) — Il n'y a pas de myocardite qui, dès le début, mais surtout à la période d'état ne se traduise à l'écran par une augmentation de volume du cœur. On peut donc dire que ce diagnostic est infirmé toutes les fois que l'orthodiagraphie ne présente aucune anomalie. Par contre, lorsque l'écran révèle un développement excessif du ventricule gauche en dehors d'une lésion valvulaire ou d'un trouble mécanique capable de le produire, il est logique de discuter la possibilité d'une myocardite.

On constate le plus souvent une augmentation modérée mais manifeste du ventricule gauche caractérisée par l'allongement de son bord et par l'exagération de la corde ventriculaire qui a une longueur de 9 à 10 centimètres. Il n'y a pas de signes de dilatation passive, mais à l'occasion du moindre effort on observe des battements d'une amplitude excessive.

C'est surtout au cours de la myocardite éthylique et de la myocardite scléreuse que l'on observe les images radioscopiques des grandes dilatations. Ce sont le plus souvent celles de l'insuffisance cardiaque gauche et dans un nombre de cas assez restreint, celles de l'insuffisance globale, à la fois droite et gauche.

Etude radiologique du déroulement aortique. (R. CHAPERON. *Bulletin méd.*, 25 mars 1927.) — La mesure du calibre de l'aorte et l'examen de son opacité sont, pour l'auteur, sujets à des causes d'erreur. L'étude du *déroulement aortique*, au contraire, est fondamentale en permettant de constater objectivement les modifications pathologiques de l'aorte :

La position en O. A. G. est la seule favorable à cette étude en montrant le bord antérieur de l'aorte ascendante, le bord postérieur de l'aorte thoracique, le degré de convexité de l'ensemble, l'intensité des battements, leur expansion.

Chez l'adulte normal, le déroulement est minime : l'ascendante se manifeste par une petite saillie convexe ayant environ 2 à 3 centimètres et la thoracique se voit au travers de la colonne sans jamais le déborder.

Chez le vieillard, l'aorte plus déroulée est fortement convexe, saillante en avant, sa longueur augmente avec l'ascension de la crosse qui est sinueuse, flexueuse, va déborder la colonne, puis lui redevient parallèle mais en dehors d'elle, à sa gauche.

Dans l'aorte déroulée pathologique, on appréciera aisément l'ensemble du grand cercle décrit par le bord externe de l'aorte : on examinera le bord antérieur de l'ascendante, sa longueur exagérée, sa convexité accusée, l'intensité de ses battements, leur expansion; le bord postérieur de la thoracique, qui émerge franchement de l'ombre vertébrale dans la clarté pulmonaire, sera suivi souvent jusque vers la pointe du cœur; sa large convexité continue la saillie de l'aorte ascendante pour former dans l'ensemble une courbe régulière qui est la crosse : le diamètre du grand cercle décrit par l'aorte est très augmenté ainsi que l'écartement entre l'ascendante et la thoracique.

L'auteur conclut que toute aorte franchement déroulée est pathologique et doit faire songer : 1° à l'hypertension, 2° aux aortites, quelles qu'en soient les causes, 3° à l'aorte sénile.

Interprétation des images orthoradiascopiques du cœur : recherches expérimentales et déductions pratiques. (LIAN et GUÉNAUX. *Paris méd.*, 10 déc. 1927.) — Estimant que les diamètres habituellement mesurés sur l'orthodiagramme du cœur n'ont pas toujours une exactitude et une précision suffisantes, les auteurs ont entrepris, sur le cœur injecté, de nouvelles recherches qui leur ont permis de faire différentes constatations dont voici les principales :

Habituellement l'oreillette droite ne prend qu'une part minime ou nulle à la constitution du bord inférieur du cœur : le ventricule droit représente environ les deux tiers de ce bord, et le ventricule gauche formant, à lui seul la pointe du cœur représente le tiers ou le quart de ce bord.

Il en résulte que le diamètre D'G' (ou corde sus-diaphragmatique du bord inférieur) ne peut donner la mesure du ventricule droit puisque ce dernier n'y entre guère pour les deux tiers environ et qu'au surplus, la détermination du point G' tel qu'on l'établissait jusqu'à présent est illusoire, la pointe du cœur ne pouvant être considérée comme un point géométrique.

Les auteurs proposent donc : 1° de placer arbitrairement G' à l'intersection du bord ventriculaire et de l'hémidiaphragme gauche à mi-inspiration ; 2° de mesurer, comme par le passé, l'arc ventriculaire gauche G G', sa corde et sa flèche qui nous donnent des renseignements très précis sur le cœur gauche (chiffres qui doivent être confrontés avec la mesure de disparition de la pointe en O. P. D.) ; 3° de considérer la corde sus-diaphragmatique du bord inférieur (D' G') comme donnant la mesure de la *masse ventriculaire globale*.

Dans ces conditions, toute augmentation de la *masse ventriculaire* sans modification de l'arc ventriculaire gauche plaide en faveur d'une augmentation de volume du ventricule droit;

par contre, si l'arc ventriculaire gauche est agrandi lui aussi, c'est qu'il y a augmentation de volume du cœur gauche, mais sans que l'on puisse dire si le ventricule droit y participe également.

Cf. — Recherches anatomo-radiologiques sur la constitution du bord inférieur du cœur après pneumopéritoine. (ROUSLACROIX et RAYBAUD. *Presse méd.*, Marseille, 7 août 1927.)

APPAREIL PULMONAIRE

L'examen radiologique du poumon normal. (TRIBOUT et AZOULAY. *Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose*, 12 mai 1927.) — La technique actuelle de la radiographie pulmonaire technique à laquelle les auteurs consacrent une partie de leur travail donne des clichés d'une richesse de détails telle que l'interprétation en est souvent très délicate.

Il est pourtant indispensable de pouvoir arriver à établir les bases radiologiques du poumon normal-type.

Il y a avantage d'abord à utiliser une technique rigoureuse et uniforme : radiographier le sujet dans la station verticale, vu de face; éloigner l'ampoule à 1 mètre minimum pour éviter toute déformation, opérer en instantané le sujet étant en apnée inspiratoire.

Dans l'étude du cliché, savoir en disséquer les composantes pour éliminer d'abord toutes causes d'erreur pouvant provenir de ce qui est étranger au poumon lui-même (squelette, ossification des cartilages costaux, masses musculaires, ombres mammaires).

Apprécier à leur juste valeur les ombres hilaires et les arborisations broncho-vasculaires qui existent, à un certain degré, dans le poumon normal. Certaines taches même, ne sont que des entrecroisements vasculaires, certaines vacuoles ne sont que des coupes de bronches : se rappeler enfin que les affections cardio-vasculaires en retentissant sur la petite circulation peuvent modifier l'aspect des hiles et du poumon.

Malgré cela la difficulté subsiste encore quand il s'agit de certains poumons à la limite du normal, et l'on sait que certaines lésions indubitables (avec expectoration bacillifère) peuvent passer inaperçues à l'examen radiographique.

D'où la nécessité de n'utiliser la radiologie — qui est un admirable et indispensable moyen d'exploration — qu'en l'associant à la clinique et au laboratoire.

Cf. — Étude clinique et radiologique du thorax chez l'adulte bien portant. (Comité de l'Association nationale de la tuberculose aux Etats-Unis, *Amer. Journ. of Rœntg. and Radioth.*, mai 1927.)

Etude radiologique du hile pulmonaire normal et pathologique. (CHAPERON. *Paris méd.*, 5 fév. 1927.)

Considérations sur la valeur respective de la radioscopie et de la radiographie dans la tuberculose pulmonaire. (Ch. LANEL. *Th. de Paris*, 1927, Jouve, édit.) — Toute étude radiologique du thorax doit commencer par l'examen radioscopique pour étudier la cinématique des poumons.

La radioscopie semble du reste suffisante pour éliminer lors d'un premier triage les sujets cliniquement sains ou ceux présentant des lésions tuberculeuses avérées.

Par contre il est absolument nécessaire de faire une large part à la radiographie dans tous les autres cas c'est-à-dire :

1° Chaque fois que le pneumothorax est envisagé, en vue de vérifier l'intégrité du côté supposé sain;

2° Dans tous les cas où la radioscopie révèle une lésion parenchymateuse légère dont il importe de préciser l'étendue par une radiographie;

3° Quand il y a discordance, au début d'une tuberculose pulmonaire soupçonnée, entre les données fournies par la clinique et le laboratoire qui restent négatifs et l'examen radioscopique qui signale un point douteux : ou inversement lorsque malgré une hémoptysie et des signes généraux et cliniques affirmant une bacillose en évolution, on ne trouve rien à la radioscopie : une ou plusieurs radiographies, selon les cas, s'imposent.

L'idéal, au point de vue social serait de pouvoir établir pour chaque malade un dossier individuel complet (radioscopie et radiographie), permettant de le suivre de très près, d'étudier son évolution et d'éliminer le moindre doute en se reportant d'une radiographie à l'autre.

Cf. — Importance de la radiographie dans l'examen radiologique des poumons. (GUÉNAUX et GAUILLARD. *Soc. de radiol.*, janv. 1927.)

De l'importance de la radiographie dans l'examen pulmonaire. (LAQUERRIÈRE. *Soc. de radiol.*, janv. 1927.)

Radioscopie et radiographie dans les affections chroniques des poumons. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Soc. de radiol.*, fév. 1927.)

A propos de l'utilité de la radiographie dans les examens pulmonaires. (R. LEHMANN. *Soc. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1927.)

Le radiodiagnostic de la tuberculose hilaire chez l'enfant. (G. DÉTRÉ. *Journ. de radiol.*, mai 1927.) — Il ne faudrait pas, pour réagir contre la légèreté avec laquelle fut porté souvent le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant, tomber dans l'excès contraire.

L'adénopathie hilaire se manifeste à l'écran, en position frontale :

1° Par l'image de ganglions volumineux débordant l'ombre médiane et plus ou moins chargés de sels calcaires suivant leur ancienneté;

2° Les ombres ganglionnaires sont plus empâtées, diffuses et parfois poussent un prolongement sous forme d'éperon dans la clarté du champ pulmonaire;

3° A un stade plus accusé enfin l'adénopathie hilaire se double de tuberculose périscissurale que l'on retrouve, après régression, sous forme de bande plus ou moins nette de scissurite.

Ces différentes manifestations sans être absolument symptomatiques de tuberculose sont pour le moins toujours suspectes et méritent d'être prises en considération.

Cf. — La localisation périhilaire de la tuberculose pulmonaire chronique. (L. BERNARD, LELONG, Mlle RENARD. *Annales de méd.*, mai 1927.)

L'aspect radiologique du hile normal et pathologique. (F. BAUM [Dewer]. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 26 fév. 1927.)

Pleurésies médiastines et bronchiectasie, étude clinique et radiologique. (E. RIST et TROCMÉ. *Arch. de méd.*, 2 fév. 1927.) — L'ombre en équerre de Chauffard qui semblait traduire l'existence d'une pleurésie médiastine n'est due en réalité qu'exceptionnellement à une collection d'origine médiastinale. Dans la majorité des cas les malades qui présentent cet aspect sont des bronchectasiques ainsi que l'a révélé le lipiodo-diagnostic : les bronches dilatées et rendues visibles par l'injection de lipiodol correspondent exactement à l'équerre qui n'est en réalité que l'image d'une pleurésie adhésive consécutive à la bronchiectasie.

Les auteurs rapportent à ce sujet neuf observations typiques et des plus instructives aussi bien pour le clinicien que pour le radiologiste.

Il faut donc, lorsqu'on se trouve en présence d'une image analogue, penser toujours à la possibilité d'une dilatation des bronches même en l'absence d'expectoration caractéristique et pratiquer l'épreuve du lipiodol intrabronchique.

Cf. — La dilatation des bronches simulant la pleurésie médiastine. (E. SERGENT et F. BORDET. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 juin 1927.)

APPAREIL DIGESTIF

Cholécystographie : résultats de l'emploi du sel de tétraiode par la voie buccale. (GARCIN. *Marseille méd.*, 15 mars 1927.) — L'injection de la vésicule à l'aide du sel lourd de tétraiode par la voie buccale est tout à fait inoffensive aux doses utilisées de 10 centimètres cubes par kilogramme.

Cette épreuve peut occasionner tout au plus quelques nausées et un peu de diarrhée; elle n'est pas contre-indiquée chez les ictériques.

La voie buccale est suffisante pour obtenir dans la très grande majorité du cas une bonne visibilité de la vésicule.

Outre qu'elle renseigne sur la forme, la situation, le volume de la vésicule et sur son fonctionnement, cette méthode facilite la recherche des calculs biliaires et a pour grand avantage de permettre de les différencier de toutes les autres images calculeuses de cette région (calculs rénaux, concrétions calcaires d'origine variée, ganglions calcifiés mésentériques, etc.).

Le défaut de la visibilité de la vésicule après épreuve du tétraiode, s'il ne constitue pas un critérium de l'état pathologique de la vésicule ou des voies biliaires, n'en est pas moins un facteur de grande probabilité et en tous cas un renseignement de valeur qui doit être pris en considération en s'ajoutant aux autres signes cliniques.

Cf. — **La cholécystographie.** (NEMOURS. *Gaz. méd. de l'Ouest et du Sud-Ouest*, 15 juil. 1927.)

Diagnostic des affections vésiculaires par la cholécystographie et le tubage duodénal. (Gaston DURAND. *L'Hôpital*, avril 1927.)

La cholécystographie. (GARCIN. *Journ. de radiol.*, oct. 1927.)

Cholécystographie : une méthode d'ingestion de la tétraiodophénolphtaléine sans capsules ni pilules. (J. S. SPROULT. *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, mars 1927.)

Visibilité des contractions de la vésicule biliaire chez l'homme après tétraiode. (S. LEVINE. *Arch. intern. med.*, Chicago, 15 oct. 1927.)

Etude cholécystographique et valeur des procédés modernes de coloration de la vésicule biliaire. (A. FRAIKIN et M. BURILL. *Presse méd.*, 29 juin 1927.)

Cholécystographie. (MEYERS. *Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles*, 8 juin 1927.)

Contribution à l'étude de la cholécystographie. (MEYERS-PALGEN. *Le Scalpel*, 5 fév. 1927.)

Les mouvements du duodénum : étude clinique et radiologique. (BORCESCO, H. BÉCLÈRE et PORCHER. *Arch. des malad. de l'appar. digest. et de la nutr.*, juin 1927.) — On peut observer au cours de l'étude du transit duodénal trois sortes de mouvements :

1. Des mouvements pendulaires qui n'ont d'autre but que d'aider au brassage de la bouillie.
2. Des mouvements péristaltiques qui font progresser la bouillie opaque dans les différentes portions du duodénum.
3. Des mouvements antipéristaltiques auxquels les auteurs consacrent la plus grande partie de cette étude.

De ces mouvements antipéristaltiques, les uns sont normaux et s'observent généralement au niveau de la deuxième portion avant le passage du genu inferius. Ils sont peu accusés, ne portent que sur de petites quantités de substance opaque, ne se reproduisent qu'à des intervalles assez espacés et ne s'accompagnent ni de dilatation ni de stase duodénale prolongée.

Les mouvements antipéristaltiques pathologiques, au contraire, siègent non seulement sur la deuxième portion, mais ont fréquemment pour point de départ la troisième portion, après le genu inférius; ils sont souvent violents et provoquent le reflux du liquide opaque jusque dans l'estomac. Ils ont un rythme assez rapide et continu et constituent une véritable lutte contre un obstacle situé en aval. Ils s'accompagnent toujours, dans ces cas, de dilatation parfois très marquée du duodénum et de stase duodénale : celle-ci retentit d'ailleurs également sur l'estomac dont l'évacuation est retardée.

Ils peuvent être dus à des manifestations spasmodiques d'ordre réflexe (appendicite, cholécystite) mais sont le plus souvent liés à une sténose en aval (compression, coudure, bride, etc.).

Cf. — **Forme duodénale du cancer du pancréas : diagnostic radiologique.** (MACAIGNE et NICAUD. *Journ. de radiol.*, oct. 1927.)

Les troubles du fonctionnement pyloro-duodénal dans l'appendicite chronique. (FRAIKIN. *Monde méd.*, 1er avril 1927.)

Rapport entre les mouvements antipéristaltiques et la régurgitation à travers le pylore. (Ch. BOLTON et A. SALMOND. *The Lancet*, 11 juin 1927.)

Contribution à l'étude radiologique du duodénum : images de duodénum vues « au ralenti ». (BLANC-CHAMPAGNAC. *Thèse de Paris*, 1927, Jouve, édit.). — L'auteur a cherché en comprimant la partie terminale de la troisième portion du duodénum sur la colonne vertébrale à l'aide d'une pelote pneumatique maintenue par une ceinture, à ralentir le transit de la bouillie opaque. On peut ainsi obtenir un « moulage de la cavité duodénale » et l'immobilisation de l'image ce qui présente le double avantage de faciliter l'examen radioscopique et de prendre des radioscopies précises.

Le procédé paraît sans inconvénient : il n'est pas douloureux, l'auteur ne cite qu'une cause d'échec, l'obésité marquée, et deux contre-indications qui seules lui paraissent devoir être retenues : la poussée aiguë de périgastrite et les hémorragies récentes et répétées.

Cf. — **L'examen du duodénum au ralenti.** (JOSSE. *Revue de l'Afrique du Nord*, fév. 1927.)

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Du radiodiagnostic en gynécologie : indications, technique, résultats. (R. GRÉGOIRE, Cl. BÉCLÈRE et DARBOIS. *Journ. de radiol.*, janv. 1927.) — L'injection intra-utérine de lipiodol faites dans de strictes conditions d'asepsie et sous une pression mesurée et constante de 30 centimètres de mercure, est inoffensive et le passage du lipiodol dans la cavité péritonéale est parfaitement toléré.

Grâce à cet emploi de l'huile iodée, le radiodiagnostic gynécologique est entré dans la pratique et donne des renseignements fort utiles. Précisant le diagnostic étiologique, il permet de mieux poser les indications respectives des différentes thérapeutiques. Il est indiqué dans le diagnostic des tumeurs pelviennes, des métrorragies et de la perméabilité tubaire.

C'est l'ensemble de l'examen clinique, de l'examen radioscopique et de l'étude des radiographies de face et de profil, simples ou stéréoscopiques qui permettra de poser une conclusion ferme.

Dans les cas de fibromes, on obtient le plus souvent une image très caractéristique de cavité utérine agrandie et plus ou moins déformée. Dans quelques cas rares où la cavité est normale ou diminuée, on s'aidera utilement du procédé du fil de plomb cerclant la tumeur.

Dans les cas de kystes, l'image utérine est habituellement normale, avec des trompes souvent perméables et une tumeur plutôt latérale. Un utérus ou des trompes fortement déviés font penser à l'existence d'une tumeur intra-ligamentaire.

Les tumeurs salpingiennes donnent une image de trompe oblitérée et plus ou moins distendue par l'injection. L'existence d'une trompe certainement perméable, permet d'affirmer qu'elle est vaine.

Quand il existe des métrorragies, on peut obtenir une image lacunaire intra-utérine ou une altération de contour de

la cavité. Connaissant ainsi le siège exact de la lésion, on pratique une biopsie à coup sûr et l'examen histologique montre s'il s'agit d'une rétention placentaire, d'un polype ou d'un néoplasme du corps.

Dans l'étude de la perméabilité tubaire, le radiodiagnostic donne des renseignements précis qu'il est seul à pouvoir fournir. Il montre pour chacune des trompes si elle est perméable, et, si elle est obturée, il indique le siège exact de l'obstacle permettant ainsi des interventions plastiques rétablissant la perméabilité. Ces précisions ne peuvent être affirmées avec certitude que si l'on emploie une pression mesurée et constante.

Cf. — L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection du lipiodol. (G. Cotte et P. Bertrand. *Journ. de radiol.*, janv. 1927.)

Ce que l'on peut attendre de l'exploration lipiodolée de l'appareil utéro-annexiel. (Ameline. *La Médecine*, avril 1927.)

L'exploration radiologique des trompes par l'injection intra-utérine de lipiodol. (Douay. Rapport au *Congrès de l'Assoc. des gynécologues et obstétriciens de langue française*, Lyon, 30 sept. 1927.)

Radiographie de l'utérus et des trompes. (Dano et Leroux. *Gaz. méd. de Nantes*, avril 1927.)

Examen de l'utérus et des trompes par l'injection d'huile iodée. (Mocquot et Bineau. *Presse méd.*, 14 déc. 1927.)

Technique de l'injection intra-utérine de lipiodol en radiodiagnostic gynécologique. (Cl. Béclère. *Soc. d'obstétrique*, 9 mai 1927.)

Etat actuel des explorations radiologiques pour le diagnostic des affections rénales. (Belot et Pasteau. Rapport au *XXVIIe Congrès franç. d'urol.*, Paris, 4 oct. 1927.) — Après avoir exposé brièvement l'histoire de l'évolution des explorations radiologiques de l'appareil urinaire, les auteurs parlent des derniers progrès réalisés dans cette voie et indiquent ce que l'on peut attendre actuellement de la radiologie dans les affections des voies urinaires.

Avec une bonne technique (malade soigneusement préparé, appareillage puissant permettant la radiographie rapide ou instantanée, élimination du rayonnement secondaire par différents procédés — dont l'emploi du diaphragme antidiffuseur), l'ombre du rein peut être obtenue dans la très grande majorité des cas, ce qui permet de renseigner sur son existence, sa situation, sa forme, ses contours, sa direction et naturellement sur les calculs qu'il peut contenir.

En utilisant certains artifices tels que l'insufflation péritonéale ou périrénale (beaucoup moins employée, il est vrai, à l'heure actuelle) mais surtout les cathétérismes à l'aide de sondes opaques et les injections de liquides opaques, on obtiendra de très précieux renseignements sur les cavités rénales et la configuration intérieure du rein : si on pratique en outre la pyéloscopie, au cours de ces injections de substances opaques, on pourra également étudier la fonction excrétrice du rein.

L'examen radiologique du rein devient donc l'auxiliaire indispensable de la clinique puisqu'il permet désormais de renseigner non seulement sur la configuration extérieure du rein (anomalies de situation et de forme, tumeurs, calculs), mais même sur sa configuration intérieure et son fonctionnement.

Cf. — Urologie et radiologie : ce qu'on peut attendre de la radiographie dans les affections des voies urinaires. (H. Blanc, Bordeaux. *Arch. d'élect. méd. et de physioth.*, mars 1927.)

Exploration fonctionnelle du canal excréteur du rein. (De Beaufond et Porcher. *Arch. des mal. du rein*, août 1927.)

Pyélographie et pyélonéphrite gravidique. (Lévy-Solal, Misrachi et Solomon. *Journ. de radiol.*, mars (1927.)

La pneumo-pyélographie. (J. G. Gottlieb et F. J. Strokoff. *Journ. d'urol.*, n° 4, avril 1927.)

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie de l'asthme. (F. Gibert. *Soc. de radiol.*, 10 mai 1927.) — Le traitement de l'asthme par les rayons X, utilisé à l'étranger (Allemagne surtout) et aussi en France depuis quelque temps déjà a donné jusqu'à présent des résultats très encourageants. On peut dire que d'une manière générale (d'après la statistique de l'auteur et celles publiées en France et à l'étranger il y a amélioration — plus ou moins nette — dans deux tiers des cas et échec dans un tiers des cas seulement.

L'irradiation porte tantôt sur les régions hilaires, tantôt sur la région splénique, tantôt successivement sur l'une et sur l'autre, tantôt en même temps sur les deux régions. Les cas de coryza chronique ont avantage à être traités d'abord par la voie splénique.

La dose donnée à chaque séance est de 500 R environ : il est fait deux séances par semaine et le traitement est continué pendant quatre à six semaines.

L'auteur utilise d'une manière générale un rayonnement moyennement pénétrant (25 cent. d'étinc. équiv.) filtre sur 5 à 10 millimètres d'aluminium.

La technique allemande qui utilise sept portes d'entrée thoraciques (au lieu des seules régions hilaires) ne paraît pas avoir donné à ses auteurs (Klewitz en particulier) des résultats supérieurs à ceux observés en France.

Quant au mécanisme d'action de cette thérapeutique on en est encore réduit à de simples hypothèses, sauf bien entendu dans les cas rares d'ailleurs, où il existe une étiologie endocrinienne.

Cf. — La roentgenthérapie dans le traitement de l'asthme et du coryza spasmodique. (Pasteur-Vallery-Radot, P. Gibert, Blamoutier et Claude. *Presse méd.*, 5 oct. 1927.)

La radiothérapie du goitre exophtalmique. (L. Delherm et H. Morel-Kahn. *Pratique méd. franç.*, avril 1927.) — Utilisée depuis plus de vingt ans, la radiothérapie est le traitement de choix de la maladie de Basedow et donne des résultats particulièrement intéressants.

Tout d'abord on constate la diminution de l'instabilité nerveuse de l'émotivité, le retour du sommeil et de l'activité.

Les troubles gastro-intestinaux s'atténuent, la diarrhée cesse, l'appétit revient.

Il s'ensuit une amélioration de l'état général avec reprise de poids.

En même temps la tachycardie diminue passant de 130 à moins de 100 tandis que le pouls se régularise.

Le goitre lui-même n'est que très lentement modifié : on peut cependant, mais rarement, constater un retour à la normale du volume du cou.

L'exophtalmie, symptôme rebelle, se modifie également, mais est loin de disparaître toujours complètement.

L'écueil à éviter c'est de provoquer, par excès de dose, l'apparition du syndrome myxœdémateux : d'où la nécessité de contrôler, à différentes reprises au cours du traitement, l'état du métabolisme basal des basedowiens : le retour vers la normale est une indication à suspendre le traitement.

La technique de la radiothérapie est actuellement la même à peu près partout. Celle qu'emploient les auteurs consiste à irradier le goitre par une porte médiane thymique et deux portes latérales. Le rayonnement utilisé est moyennement pénétrant (25 cent. d'étincelle équivalente) et filtré sur 6 millimètres d'aluminium. Chaque porte d'entrée reçoit au total 1.200 R; chaque séance est de 400 R à raison d'une séance par semaine pour chacune des portes utilisées. Ces trois semaines de traitement constituent une première série à

laquelle fait suite un repos de trois semaines lui-même suivi d'une deuxième puis d'une troisième série d'irradiation si c'est nécessaire.

Les auteurs conseillent de faire, pendant la période de repos intercalaire, des séances d'électrothérapie dont l'action excellente vient très utilement s'ajouter aux bons effets de la radiothérapie.

Cf. — Radiothérapie du goitre. (JOLY. *Progrès méd.*, 10 déc. 1927.)

Valeur du traitement radiothérapique du lichen plan. (F. DERUAS. *Th. de Paris*, Vigot éditeur.) — La radiothérapie semble être actuellement le traitement le plus efficace du lichen plan généralisé surtout quand il est récent.

Deux méthodes peuvent être utilisées :

1° L'une dite *sympathique* consiste à faire une irradiation superficielle avec un rayonnement peu pénétrant (15 cent. d'étincelle équivalente) et peu ou pas filtré.

La dose donnée par séance est de 5 H.

Le rayonnement agit dans ce cas sur le sympathique.

2° L'autre dite *médullaire* utilise un rayonnement semi-pénétrant (25 cent. d'étincelle équivalente) filtré sur 5 millimètres d'aluminium et dirigé obliquement en feux croisés de chaque côté de la ligne médiane pour agir sur la moelle et sur ses racines : la dose est de 3 H par porte d'entrée.

Les deux méthodes donnent d'excellents résultats mais l'auteur préfère la première en raison de sa simplicité et de son innocuité.

Il peut être utile quelquefois de refaire par la suite une ou deux irradiations semblables à la première, à trois semaines d'intervalle.

Après cette application le prurit cesse dans les quelques jours qui suivent, et l'éruption disparaît environ un ou deux mois après.

Le lichen buccal n'est influencé que lorsqu'il accompagne un lichen généralisé et récent.

Les lichens anciens sont beaucoup plus rebelles au traitement général et nécessitent souvent des irradiations locales.

Cf. — De la radiothérapie du sympathique dans les dermatoses. (J. GOUIN et A. BIENVENUE [Brest]. *Journ. de radiol.*, mars 1927.)

La radiothérapie radiculaire du lichen plan. (A. ZIMMERN et P. COTTENOT. *Presse méd.*, 4 mai 1927.)

Le traitement du lichen ruber planus au moyen de la rœntgenthérapie de la moelle épinière et des ganglions sympathiques. (S. NEUMARCK et KRYNSKI [Lodz]. *Strahlentherapie*, 1927, p. 427-442.)

Résultats éloignés du traitement du lichen plan par la radiothérapie médullaire. (G. HUFSCHMITT. *Soc. de dermatol.*, mai 1927.)

Le lichen plan. (*Revue dermatol. de Strasbourg*, 14 juin 1927.)

Le traitement rœntgenthérapique des fibro-myomes utérins. (L. DELHERM, Mme DE BRANCAS, BEAU, *Le Monde méd.*, 15 déc. 1927.) — Le diagnostic exact du fibrome et de ses complications possibles est indispensable pour décider de la conduite à tenir : chirurgicale ou radiothérapique.

Le traitement par la radiothérapie a donné aux auteurs 95,6 p. 100 de succès complets c'est-à-dire diminution de volume du fibrome, arrêt des pertes et ménopause artificielle. Un de ses avantages également est de supprimer le risque de mort opératoire.

Si pour une raison quelconque il y a lieu d'enlever par hystérectomie un utérus qui a été préalablement irradié, il n'est pas prouvé que les difficultés opératoires soient augmentées du fait des irradiations.

De même l'action excitante des rayons X sur les cellules et son rôle dans la production de cancers associés aux fibromes sont douteux et en tous cas doivent entrer rarement en jeu s'ils sont réels.

Après le traitement les malades doivent être suivis médicalement pour tenter de remédier aux troubles de la ménopause artificielle. Le radiologiste ne doit pas hésiter à faire appel au chirurgien dans les cas d'ailleurs rares où l'échec du traitement révélerait soit une erreur de diagnostic (kyste de l'ovaire, épithélioma du corps) soit l'existence d'un épithélioma du corps associé au fibrome.

Cf. — Les indications de la radiothérapie dans les myomes et les métropathies. (KAUFMANN. *Klinische Woschenschrift*, 12 mars 1927.)

Un procédé de rœntgenthérapie des fibro-myomes utérins et des métropathies hémorragiques (R. GILBERT [Genève]. *Journ. de radiol.*, mai 1927.)

La radiothérapie dans le traitement des adénites. (G. DUPEYRAC. *Marseille méd.*, 15 mars 1927.) — Le médecin praticien ne doit pas ignorer que la radiothérapie est actuellement le traitement le plus efficace de la plupart des inflammations ganglionnaires.

Dans les adénites purement inflammatoires à marche subaiguë avec menace de suppuration, faire une séance de 600 à 800 R. filtrés sous 5 millimètres d'aluminium : une deuxième séance ne sera faite qu'une dizaine de jours plus tard.

Dans les adénites tuberculeuses à évolution torpide, il ne faut pas dépasser 300 R. de rayons filtrés sous 5 millimètres d'aluminium, mais on peut renouveler cette dose tous les quatre ou cinq jours. Il y aura toujours intérêt à associer l'héliothérapie naturelle ou artificielle à la radiothérapie.

Lorsque l'adénite est arrivée au stade de fibrose il ne faut plus espérer grand'chose de la radiothérapie : la réaction fibreuse est d'ailleurs déjà une forme de guérison.

Employée avec prudence, la radiothérapie ne présente aucun inconvénient grave. Elle est préférable à l'ablation chirurgicale dans beaucoup de cas car l'action du bistouri reste souvent incomplète. Les rayons X vont fouiller tous les ganglions d'une région, et il est rare de voir une récidive *in situ*, après une disparition d'adénites traitées par la radiothérapie. Les rayons X constituent un agent thérapeutique précieux qu'il faut savoir utiliser avec à propos.

Cf. — La radiothérapie des adénites tuberculeuses. (MAHAR. *La Consultation*, mars 1927.)

Contribution à l'étude du traitement des tumeurs de l'encéphale par la radiothérapie profonde. (P. BREMER, H. COPPEZ F. SLUYS. *Le Cancer*, t. IV, n° 1, 1927.) — Les auteurs dont la statistique porte sur 29 cas les ont classés d'après leur siège ou d'après leur nature vérifiée (3 cas seulement) ou probables en différentes catégories dont la réaction au traitement radiothérapique s'est montrée très variable :

Les gliomes (12 cas) ont donné 3 guérisons, 3 améliorations très marquées, 3 améliorations passagères, 3 échecs. Dans 5 cas sont apparues, après plusieurs mois des récidives sur lesquelles l'action des rayons s'est montrée de moins en moins efficace à mesure que l'on faisait de nouvelles applications.

Un malade présentant un *angiome* et étant mort peu après d'une affection intercurrente, on n'a pu apprécier l'action de la radiothérapie.

Un cas de *neurofibrome de l'acoustique* reste également sans résultat pratique ayant été traité ensuite par large trépanation.

Les *tumeurs de la base* (3 cas) ont donné lieu à un échec complet.

Même insuccès pour les *tumeurs supratellaires* (3 cas).

En revanche, les *adénomes hypophysaires* (8 cas) ont été tous très notablement améliorés et d'une manière durable.

Enfin, un *ostéosarcome du frontal* reste également très amélioré trois ans après le traitement.

Les Associations microbiennes. Leurs applications thérapeutiques, par G. PAPACOSTAS et J. GATÉ, de l'Institut Pasteur de Lyon. Un volume in-8 de 410 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques, par le docteur Gabriel BIDOU. Préface du professeur Georges GUILLAIN. — Le Livre pour tous, 37, avenue de Saint-Ouen, Paris.

La technique désormais classique consiste à irradier le crâne par le plus grand nombre de portes d'entrée (4 à 6) et à donner à chacune de ces portes une dose de 3 à 4.000 R filtrés sur un 1/2 millim. de cuivre. Le traitement ne doit pas être étalé sur plus de vingt jours.

Il y a intérêt enfin à faire précéder le traitement d'une trépanation décompressive surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs cérébrales avec hypertension.

Cf. — Radiothérapie cérébrale. (E. MONIZ. *Acta med. contempor.*, 24 juil. 1927.)

Diagnostic et traitement radiologiques des tumeurs de l'encéphale. (R. GILBERT, Genève, *Le Cancer*, t. IV, n° 1, 1927.)

La radio-chirurgie des tumeurs cérébrales. (LARUELLE [Bruxelles]. *Le Cancer*, 1927, n° 2.)

Le traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. (BREMER. *Strasbourg méd.*, 5 avril 1927.)

La radiothérapie dans les tumeurs cérébrales. Indications et résultats. (BARUCK. *Paris méd.*, 3 déc. 1927.)

Traitement radiothérapique des ostéo-sarcomes. (TAVERNIER. *Soc. de chir. de Lyon*, 27 janv. 1927.) — Les résultats obtenus par l'auteur dans le traitement radiothérapique des ostéo-sarcomes des membres sont extrêmement encourageants. Déjà Rigaud avait également, avec la même technique, obtenu d'excellents résultats.

Les sarcomes globo-cellulaires sont très radiosensibles et fondent rapidement.

Les sarcomes fuso-cellulaires régressent plus lentement et moins complètement.

Les rayons semblent également avoir une heureuse influence sur les métastases.

Les *résultats éloignés* assez décevants pour les formes globo-cellulaires sont par contre extrêmement encourageants pour les ostéosarcomes vrais (statistique de Rigaud).

Aussi l'auteur conclut-il que « devant l'effroyable mortalité des cas traités par l'amputation on doit faire un essai loyal et prolongé du traitement radiothérapique avant de se décider à recourir au traitement chirurgical ».

Cf. — La roentgenthérapie des ostéo-sarcomes. (PIOT. *Progrès méd.*, 4 juin 1927.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MAI 1928)

De l'influence du pincement des veines sus-hépatiques sur la glycémie et la cholestérinémie. — MM. J.-J. ROUZAUD et L.-C. SOULA.

Sur la teneur en calcium des diverses régions du cartilage d'ossification des os longs. — M. A. POLICARD.

Influence de l'insuline sur le trouble du métabolisme azoté dans le diabète grave. — MM. LABBÉ, Floride NEPVEUX et HIERNAUX.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1928)

Néoplasme du pôle supérieur du rein droit. — MM. A. BONNET et E. TRUC présentent une tumeur du pôle supérieur du rein droit enlevée par M. le professeur Jeanbrau à une malade qui présentait des douleurs lombaires droites et des hématuries. Les différents examens avaient montré la déficience du rein droit. Lors de la néphrectomie on découvrit un pôle supérieur rénal extrêmement adhérent au diaphragme et qui se déchira, laissant échapper une matière cérébriforme. La néphrectomie, malgré cet incident inévitable à cause de la multiplicité des adhérences se termina normalement. On voit sur la pièce sectionnée un néoplasme du volume d'une grosse mandarine, qui a détruit complètement le pôle supérieur. Macroscopiquement il semble qu'on soit en présence d'un épithélium urinifère.

Hérédosyphilis tardive et pseudotuberculose verruqueuse. — MM. E. LEENHARDT, J. REVERDY et J. CHAPTAL. Un garçon de sept ans présente une hydarthrose bilatérale volumineuse, une réaction de Wassermann dans le sang fortement positive et une plaque verruqueuse occupant la face dorsale d'un médius; cette plaque simule beaucoup une lésion tuberculeuse.

Un traitement antisyphilitique énergique guérit lentement mais complètement l'hydarthrose. La lésion cutanée ne se modifie pas. On fait une biopsie du placard verruqueux, mais ni l'examen anatomo-pathologique ni l'inoculation au cobaye ne permettent d'incriminer la tuberculose.

Deux cas de maladie d'Addison sans hypotension et d'évolution prolongée. — MM. VEDEL, J. VIDAL et J. CHAPTAL publient deux observations à peu près identiques de maladie d'Addison évoluant depuis six et sept ans et se présentant cliniquement sous une forme longtemps monosymptomatique, mélanodermique pure. Le syndrome se complète ensuite mais tardivement; asthénie, douleurs lombo-abdominales, troubles gastro-intestinaux. L'absence d'hypotension (15-9 dans un cas, 14 1/2-9 dans l'autre) est une particularité sur laquelle Porak avait déjà attiré l'attention; d'ailleurs dans l'une des deux observations, après six ans d'évolution, on finit par constater une baisse progressive de la tension artérielle.

Les auteurs supposent que la dissociation clinique du syndrome addisonien est en rapport avec une localisation anatomique différente du processus pathologique : syndrome cortical ou syndrome sympathique d'une part, syndrome médullaire d'autre part. Ainsi s'expliqueraient les particularités symptomatiques et évolutives de ces deux cas.

Quadriplégie diphtérique à type pseudo-myopathique. — MM. DUCAMP, R. JARRY et M. JAMBON.

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1928)

Septicémie à staphylocoques post-pneumonique. — MM. AIMES et H. ESTOR.

Rupture des ligaments croisés du genou. — MM. E. ESTOR, H. ESTOR et G. FAYOT présentent un homme chez leque une chute sur la jambe gauche en flexion et adduction a déterminé diverses lésions ligamentaires du genou : arrachement du ligament latéral externe, qui se manifeste par des mouvements de latéralité : rupture des ligaments croisés, dont le diagnostic a pu être posé grâce à l'existence d'un « mouvement de tiroir » des plus accentués. L'intérêt de ce cas réside surtout dans ce fait que le malade a la faculté de reproduire le mouvement de tiroir à sa volonté, par la contraction des muscles postérieurs de la cuisse.

Pleurésie putride mortelle développée sur une tuberculose pleurale cliniquement silencieuse depuis trois ans. — MM. DUCAMP, M. JAMBON et Mme LONJON-TUROT ont observé les faits suivants : en 1923, pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse contrôlée par la constatation directe du bacille de Koch dans l'épanchement, prenant peu à peu après des alternatives de diminution et d'augmentation, les caractères de l'abcès froid pleural, et évoluant en définitive du moins en apparence,



vers la pachypleurite symphysaire : après trois ans de silence absolu, au cours desquels le sujet se croit revenu à la santé, apparition spontanée et brusque en 1927 au niveau de la même plèvre d'un épanchement putride rapidement mortel.

Les constatations faites ont montré qu'il s'agissait d'une surinfection cliniquement primitive d'une collection purulente ancienne. Les auteurs insistent sur la parfaite tolérance de celle-ci, son existence ayant été compatible avec une vie active (le sujet avait repris son travail de cultivateur, s'était marié et était devenu père d'un enfant très bien portant).

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1928)

Thrombose oblitérante de l'oreillette gauche. — MM. VEDEL, VIDAL et FAYOT relatent l'observation d'une malade atteinte d'un rétrécissement mitral très serré, cliniquement latent et compliqué d'une thrombose totale de l'oreillette gauche, qui s'est manifestée par une asystolie rebelle à toute thérapeutique une arythmie complète et des embolies de sièges divers; il n'y avait pas de cyanose des extrémités.

L'intérêt de cette observation est dû à la rareté relative de cette complication, au volume du thrombus qui ne mesurait pas moins de 7 à 9 centimètres et bloquait la cavité auriculaire, enfin à la durée même de l'évolution qui s'est prolongée pendant près d'un mois.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS D'UN BON ANALGÉSIQUE HYPNOGÈNE (1)

Par M. le docteur CHAUSSET.

Dans la gamme des médications calmantes, le sédobrol représente certainement le moyen le plus élégant, le plus discret et le plus sûr d'apaiser l'hyperesthésie nerveuse de toute origine et de toute nature; de même le somnifène est, de l'avis de tous les praticiens, le plus actif et le plus maniable des hypnotiques; tous les jours apparaissent d'ailleurs de nouvelles applications de ce médicament en neuro-psychiâtrie, comme en médecine générale; l'allonal ou (allylisopropylbarbiturate de diméthylamido-antipyrine) est surtout analgésique; mais alors que la plupart des produits utilisés comme calmants sont exclusivement antinévralgiques, l'allonal est un analgésique renforcé; il est donc non seulement antalgique, mais encore sédatif et progressivement hypnogène, ce qui indique son emploi dans de multiples circonstances; faut-il rappeler les services qu'il rend en stomatologie (Tellier, Beyssac, Petiteau, etc.) dans les cas d'abcès, d'arthrite alvéolo-dentaire, dans les caries, dans la période anté ou post-opératoire, etc.; en médecine générale chez les algiques de toutes sortes, rhumatisants, poliomyélitiques, causalgiques, pleurétiques souffrant d'un point de côté violent, tuberculeux pulmonaires, dans les polynévrites, le tabes, les coliques hépatiques, néphrétiques, périodiques, les névralgies faciales, les otites, les sinusites, le zona (Burns, Wright, Schall, Sabrazès, Villaret, Bonnamour, etc.); en neuro-psychiâtrie, où il a donné d'excellents résultats chez les anxieux et les mélancoliques (Combemale, Vinchon, Mounot, Fournier, etc.) dans les lésions organiques profondes, dans le cancer où il amène parfaitement la sédation de la douleur et où il peut être substitué avec avantages à la morphine et à ses dérivés (Mallein-Gérin, Wright, Steiglitz, etc.); bref, il semble bien que deux à trois comprimés d'allonal agissent très efficacement dans les algies de toute nature et en particulier dans les douleurs empêchant le sommeil. Cette dose d'ailleurs est une dose moyenne, car la toxicité de l'allonal est très faible, comme l'ont démontré de nombreux travaux (Pouchet, Bardet, Wiki, Redonnet, etc.). C'est donc un excellent analgésique renforcé que nous possédons là, susceptible de rendre les plus grands services dans les cas les plus variés de la pratique médicale, stomatologique et même neuro-psychiâtrique.

(1) *Concours médical*, Paris, 1927, n° 9.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

MASSEUR

Un jugement intéressant a été rendu dernièrement par la 10e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine; il porte la date du 22 décembre 1927. Un masseur s'était spécialisé dans l'application des rayons ultraviolets; mais il s'agissait là d'un traitement; dès lors, comme un traitement ne peut être ordonné que par un docteur en médecine, ce masseur se livrait à l'exercice illégal de la médecine.

Les faits qui ont donné lieu à ce jugement présentent un détail curieux : des médecins envoyaient au masseur des malades, en raison de la notoriété qu'il s'était attirée. On verra plus loin que le masseur fit état de cette circonstance de fait; mais, dit le jugement, les médecins dont il s'agit pouvaient croire que le masseur était docteur en médecine spécialisé dans l'application des rayons ultraviolets, car celui-ci avait facilité cette erreur en prenant la qualification de *médecin masseur*, et en excipant d'un diplôme de docteur en médecine de la Faculté des sciences de Berlin (docteur *honoris causa*).

Une condamnation fut prononcée, sur la plainte du Syndicat des médecins de la Seine qui s'était porté partie civile et avait réclamé 6.000 fr. à titre de dommages-intérêts, dans les termes que nous allons faire connaître.

Il importe d'attirer l'attention sur l'application que fait le Tribunal de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1893, aux termes duquel : « Exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales... » Or, le Tribunal, s'appuyant sur le rapport des experts qu'il avait nommés, déclare que l'emploi des rayons ultraviolets constitue un procédé de guérison dont le *masseur ne pouvait faire usage qu'à deux conditions* : si, d'abord, les malades avaient été examinés par un docteur en médecine et si, ensuite, le médecin surveillait les malades pendant le traitement, à l'effet de constater les résultats obtenus. Les experts avaient en effet déclaré que le traitement par les rayons ultraviolets était délicat et susceptible d'exposer les malades aux plus graves complications; en fait, aucune surveillance du médecin ne s'exerçait dans l'espèce soumise au Tribunal.

« Attendu que, sur une plainte du Syndicat des médecins de la Seine qui s'est porté partie civile et réclame 6.000 fr. de dommages-intérêts, une information a été ouverte contre E..., masseur, 84, rue Lauriston, à Paris;

Attendu que l'information a été clôturée par une ordonnance de renvoi en police correctionnelle d'E... pour exercice illégal de la médecine;

Attendu qu'il résulte des faits et documents de la cause, de l'instruction, du rapport de l'expert, le docteur Balthazard, qu'E..., non muni du diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Paris, mais ayant à sa disposition uniquement un diplôme de masseur de l'école orthopédique et de massage de la rue Cujas, et celui de docteur en médecine de la Faculté des sciences de Berlin (docteur *honoris causa*), c'est-à-dire ne dénotant aucune capacité professionnelle, se livrait à l'application des rayons ultraviolets sur des malades qu'il recevait chez lui;

Attendu qu'il n'est pas inutile de rappeler qu'à des époques

non relevées par le ministère public, E... recevait chez lui non seulement des malades envoyés par des médecins, mais nombre d'autres personnes attirées par la notoriété qui s'attachait à sa personne comme guérisseur;

Qu'il les traitait pour des maladies diverses par des piqûres et par l'emploi de l'ozone;

Attendu que le ministère public ne fait pas état de ces faits constitutifs du délit d'exercice illégal de la médecine par un non-diplômé, mais en tire la preuve que depuis longtemps déjà E..., masseur, était arrivé à soigner des malades sans être muni du diplôme de docteur en médecine;

Attendu que le point particulier à examiner et à trancher par le Tribunal est celui de savoir si un non-diplômé a le droit de soigner les malades par les rayons ultraviolets;

Attendu que le rapport des experts est formel, qu'il conclut nettement à la non-autorisation pour un masseur de faire usage des rayons ultraviolets pour soigner, sans qu'il soit assisté au début de la cure par un docteur en médecine, sans qu'au cours de la cure le médecin surveille le malade et porte ses investigations sur les résultats produits par le traitement;

Attendu, en effet, que les experts soutiennent que l'usage des rayons ultraviolets constitue un procédé thérapeutique, que le traitement est délicat et susceptible d'exposer les malades aux plus graves complications;

Attendu que si, dans certains cas particuliers, la jurisprudence des tribunaux et des cours a paru donner raison aux prétentions de certains masseurs et de certains magnétiseurs, la Cour de cassation, par trois arrêts des 29 décembre 1900, 25 juin 1909, 16 décembre 1922, s'est prononcée d'une manière absolue, d'une manière définitive sur la portée de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892;

Attendu qu'avec sa haute autorité la Cour de cassation a décidé que, pour qu'il y ait exercice illégal de la médecine, il faut et il suffit que, non muni du diplôme de docteur en médecine, le guérisseur prenne part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies et affections chirurgicales; *que peu importe le traitement employé*; que les termes de la loi sont nets et précis;

Attendu qu'il est incontestable que l'emploi des rayons ultraviolets constitue un procédé de guérison; qu'E... avait, en sa qualité de masseur, le droit d'en faire usage, mais à une double condition : d'abord que les malades aient été examinés par un docteur en médecine, seul compétent pour apprécier l'état général de celui qui réclame les soins, et ensuite que le médecin ait surveillé à plusieurs reprises et pendant le traitement les malades, à l'effet de constater les résultats obtenus;

Attendu, en ce qui concerne le fait que des médecins aient adressé leurs malades à E..., qu'il résulte de la procédure que lesdits médecins pouvaient croire que le prévenu était docteur en médecine spécialisé dans l'application des rayons ultraviolets, que dans leurs lettres ils le traitaient de confrère, de docteur E...;

Attendu que celui-ci n'avait pas protesté, mais au contraire avait facilité cette erreur en inscrivant sur ses pots de pommade : « Crème du médecin masseur E... »;

Attendu que, dans ces conditions, le délit d'exercice illégal de la médecine est juridiquement établi;

Attendu que le Syndicat des médecins de la Seine est en droit de réclamer des dommages-intérêts pour le préjudice éprouvé;

Que le Tribunal a les éléments nécessaires pour en fixer le quantum;

Par ces motifs :

Reçoit le Syndicat des médecins de la Seine partie civile;

Déclare E... convaincu et coupable d'avoir à Paris, entre le 26 octobre 1923 et le 26 octobre 1926, bien que non muni

du diplôme de docteur en médecine, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies et affections chirurgicales;

Délit prévu et puni par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, faisant application desdits articles dont lecture;

Condamne E... à 200 fr. d'amende;

Et statuant sur les conclusions de la partie civile;

Le condamne par toutes voies de droit et même par corps à payer au Syndicat des médecins de la Seine la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts; le condamne, en outre, aux dépens du présent jugement. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PATENTES MÉDICALES A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE

Par le docteur Foveau de Courmelles.

A l'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, présidée par le docteur Bellencontre, la question des patentes est revenue à l'ordre du jour. On verra plus loin que nous avons obtenu en ces temps, un certain succès : la promesse de leur diminution à partir du 1er janvier 1929.

Mais ce n'est pas assez, le docteur Boudin, docteur en droit, nous l'a démontré. La patente ne devrait porter que sur la partie professionnelle de l'appartement, ce qui en diminuerait singulièrement le montant pour les médecins à famille nombreuse, puisque les pièces occupées par les enfants ne figureraient pas dans cet impôt.

A l'heure présente, qu'il s'agisse de commerçants (dont la patente est moindre que la nôtre), ou de nous, même la maison de campagne pour les enfants, comporte la patente. Si le médecin a deux domiciles, professionnel et personnel, il paie la patente pour ses deux domiciles. Le docteur Sexe, de Besançon, me disait avoir vu le cas d'un confrère qui a son domicile médical à son nom, il y paie patente; et son domicile personnel chez sa maîtresse où il ne paie rien. Ainsi encourage-t-on la famille?! et la natalité!..

Des médecins fonctionnaires ou salariés logeant chez leurs employeurs et exerçant la médecine ailleurs en deux pièces ne paient patente que pour ces deux pièces.

Sans insister sur d'autres cas, on voit les inégalités fiscales nombreuses qui ameutent les citoyens les uns contre les autres.

Quoi qu'il en soit, voici le document sur les patentes que nous communique la C. T. I. (Confédération générale des travailleurs intellectuels) :

« Mon cher délégué,

J'ai l'honneur de vous communiquer les deux lettres suivantes envoyées à notre secrétaire Xanrof par M. Guillaumin, ancien président du Conseil municipal de Paris :

« — 23 mars. — Je suis heureux de vous faire connaître que les démarches faites par moi au Conseil de l'ordre des avocats, en vue d'obtenir l'élévation du minimum de la valeur locative pour l'application du taux majoré du droit proportionnel des patentes, ont abouti à un heureux résultat.

En effet, dans le collectif de 1927, paru au *Journal Officiel* des 19-20 mars 1928, sous l'article 19, a été inséré une disposition doublant, à partir du 1er janvier 1929, cette limite minima.

Je suis convaincu que cette nouvelle de l'atténuation très sensible d'une disposition vraiment rigoureuse de la loi sera favorablement appréciée par tous ceux qui exercent une profession libérale; c'est pourquoi, j'ai tenu à la porter immédiatement à votre connaissance.

Veuillez, etc... »

« — 7 avril — J'ai bien reçu votre aimable lettre et je suis très sensible aux félicitations que vous avez bien voulu m'adresser. Je vous demande seulement la permission de préciser un point qui a son importance. La nouvelle disposition législative aura pour effet de réduire le droit proportionnel des patentes, non seulement pour les avocats, mais bien pour toutes les personnes exerçant une profession libérale quelle qu'elle soit. Dans ces conditions, elle bénéficiera à la grande majorité des travailleurs intellectuels.

Toujours et bien volontiers à votre disposition, je vous prie, etc... »

Je me permets d'attirer votre attention et celle des membres de votre section sur l'importance de ce dégrèvement fiscal. Il s'agit d'une mesure générale intéressant un grand nombre de catégories de travailleurs intellectuels.

Ce vous est une preuve de plus que les répercussions d'un succès obtenu par la C. T. I. à l'instigation d'un groupement particulier peuvent avoir un retentissement heureux pour tous les autres. Il serait opportun, je crois, de faire connaître aux divers Syndicats et Associations de votre section le résultat obtenu.

Soyez bien assuré, mon cher délégué, de mes sentiments cétéistes les plus dévoués.

Le secrétaire général, G. Rodrigues. »

— Je m'en voudrai de ne pas dire quelques mots encore sur la séance annuelle de l'A. G.

On a beaucoup parlé du secret médical. J'avais été chargé du rapport et m'étais inspiré des opinions *pour* ou *contre* son intangibilité absolue, puisées dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, de ma campagne de 1917 dans le *Matin* contre notre déclaration des avortements, de l'opinion ferme de Me de Moro-Giafferi, de notre conseil Me Geoffroy... et je concluais comme le Congrès des syndicats médicaux, présidé par le professeur Balthazard, *à son intangibilité absolue*. Cela fut voté, sans correctifs aucuns.

On vota également que nos Parlementaires eussent à s'entendre avec les groupements médicaux, en tous les cas où la santé publique, donc, la Société tout entière serait en cause.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Dimanche 20 mai a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine la soixante-sixième assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. le docteur Bellencontre, président.

Soixante-dix sociétés départementales avaient envoyé des délégués à cette réunion chargés de donner leur avis sur les questions d'entr'aide et de solidarité professionnelle qui étaient portées à l'ordre du jour.

M. le président Bellencontre leur a souhaité la bienvenue dans son discours d'ouverture et a évoqué le souvenir de tous les disparus et des généreux bienfaiteurs de l'Association grâce auxquels plus de 300.000 fr. de pensions ou de secours sont distribués, chaque année, aux vieux médecins dans la gêne, aux veuves et aux orphelins.

Les deux questions du Secret médical et de la pléthore médicale ont fait l'objet d'une discussion intéressante qu'un ordre du jour confirmant les décisions prises au Congrès des syndicats de décembre 1927 a clôturée.

A 20 heures, dans les salons du Foyer médical, un banquet de 120 couverts réunissait, sous la présidence de M. le professeur Balthazard, les invités de l'Association et les présidents et délégués des sociétés locales.

Au dessert, M. le docteur Bellencontre remercia, en termes choisis et délicats, toutes les personnalités qui avaient honoré de leur présence ce banquet confraternel et les représentants de nos sociétés qui, chaque année, nous apportent l'appui de leurs conseils et de leur influence locale pour la prospérité de l'œuvre que nous poursuivons.

M. le docteur Vanverts, président de la Fédération des

syndicats; M. le docteur Bibos, président de l'Union; M. le docteur Bonnefous, le nouveau député de l'Aveyron; M. Comar, président de l'Union des fabricants de produits pharmaceutiques médicaux, remercièrent en termes chaleureux M. le Président, et enfin M. le professeur Balthazard, dans un discours fréquemment applaudi, exprima toute sa satisfaction de se trouver au milieu de confrères unis et décidés à défendre les intérêts du Corps médical.

Il annonça l'heureuse nouvelle d'une entente générale entre tous les grands groupements syndicalistes et l'avènement prochain d'une Fédération nationale de tous les syndicats.

A l'issue du banquet une collecte faite par le docteur Thiéry, secrétaire général, au profit de la Caisse de secours immédiat, produisit la somme importante de 2.260 fr.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hygiène de maman et de bébé (1), deuxième édition entièrement refondue, par le docteur Léon Pouliot, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Tous les médecins connaissent déjà cet excellent précis pour l'avoir trouvé au chevet de leurs clientes. Il a, en effet, dès sa publication, connu un succès sans précédent pour un ouvrage de ce genre; à cette vogue, le corps médical a contribué pour une large part et c'est justice, car Pouliot a réalisé ce que beaucoup d'auteurs promettent sans souvent le tenir : un livre d'hygiène où il n'y a que des règles de conduite à l'exclusion de tout conseil thérapeutique. Tout en respectant les lois de la déontologie la plus tricte, il éclaire les jeunes femmes sur leurs besoins, sur les dangers qui les menacent et sur la façon de s'en garer qui est toujours le recours au médecin.

Bien que rédigé pour les profanes, ce petit ouvrage apprendra aux confrères, surtout aux jeunes, bien des détails de pratique, de ceux qu'on n'enseigne pas à l'hôpital.

Il leur rappellera aussi, et ce n'est pas sa moindre originalité, quelques préceptes de haute portée morale et sociale.

Voilà donc un bon livre dans toute l'acceptation du terme; c'est aussi un beau livre, car il est aussi bien édité qu'il est écrit, et ce n'est pas un mince éloge pour qui connaît la lumineuse clarté et l'impeccable correction du style de Pouliot.

L. G.

(1) Un vol. relié toile de 340 p., avec 44 fig. dans le texte. — Prix : 18 fr, — Paris, Valois.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 31 mai. — Jury : MM. Carnot, président; Gougerot, Joyeux et Baudouin. — M. Josse. Etude clinique et diagnostic des néoplasmes vatériens. — M. Siddhanta. Etude du kala-azar aux Indes. — Mlle Talmazskaïa. Concrétions calcaires de la peau.

Jury : MM. Claude, président; Guillain, Lecène et Cadenat. — M. Lallemand. L'émotion musicale normale. — Mlle Bastien. Traitement de la métrite blennorragique. — M. Parfonry. Traitement chirurgical du strabisme paralytique.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Nobécourt, Panisset, Nicolas, Robin et Vallée. — M. Van-

Structure des muscles striés. Etude cinématographique des contractions normales et atypiques des muscles et du myocarde, par R. Lutembacher. Un volume de 156 p. avec 103 fig. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

LERBERGHE. Les maladies des nouveau-nés dans les espèces chevaline et bovine. — M. CLAVERIE. Organisation et lutte contre les épizooties en Guinée française (1920-1926).

NOTES POUR L'INTERNAT

TÉTANOS

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DÉFINITION

Le tétanos est une maladie infectieuse due au bacille de Nicolaïer. Par *sa toxine* diffusible il provoque des contractures musculaires paroxystiques et entraîne fréquemment la mort par troubles bulbaires.

GÉNÉRALITÉS

Les acquisitions récentes sur la thérapeutique du tétanos et sur la vaccination antitétanique, et l'étude de nouvelles formes cliniques ontdonné un regain d'actualité à cette question. (Voir Tapie. *Gaz. des hôpit.*, 1924, et Pélissier et Nédelec, Revue générale, *Gaz. des hôpit.* ,1926.)

La *porte d'entrée* du tétanos est le plus souvent une plaie contuse souillée de terre et de débris vestimentaires. Parfois cependant une plaie minime. On a incriminé particulièrement :

Les plaies de la plante du pied ;

Les hématomes sous-unguéaux.

Les associations microbiennes semblent augmenter la virulence du germe.

Au point de vue clinique il faut distinguer deux grandes variétés de tétanos :

a. *Le tétanos des sujets qui n'ont pas eu de sérothérapie* préventive, c'est le plus souvent une forme aiguë mortelle.

b. *Le tétanos des sujets injectés* préventivement, tétanos postsérique, qui réalise des formes cliniques, moins graves, partielles et protéiformes.

I. Tétanos des « sujets neufs ». — Forme généralisée. — INCUBATION. — Elle dure quatre à quinze jours. Quelquefois elle est accompagnée de *prodromes* : le blessé a des crampes, des fourmillements, de petites contractures dans le membre blessé. La plaie a mauvais aspect.

Mais en général le premier signe est le trismus.

LE TRISMUS. — *Phase de contractures localisées.* — La contracture, d'abord localisée aux masséters, rend difficile l'ouverture de la bouche. C'est le trismus. Et ce trismus s'exagère quand on essaye de le vaincre. Il gêne la parole. Le malade parle les dents serrées. La voix est sourde. L'alimentation devient difficile.

Puis la contracture s'étend aux petits *muscles de la face* : les ailes du nez sont relevées, le front ridé, les dents découvertes par un « rire sardonique ».

Les *muscles de la nuque*, enfin, s'enraidissent. La tête du malade est enfoncée dans l'oreiller.

Signes généraux. — Ils manquent en général à cette période.

Phase de contractures généralisées. — Les contractures gagnent *tout le corps* : les muscles du dos, des membres, ceux de l'abdomen visibles sous la peau.

Les réflexes tendineux sont exagérés, parfois clonus du pied.

CRISES PAROXYSTIQUES. — Sur le fond de contracture permanente se greffent des crises paroxystiques atrocement douloureuses.

Cause. — Minime lumière, bruit, frôlement du lit, examen médical, mais souvent spontanément.

Début. — Le malade pousse un cri sourd, puis survient l'exagération de toutes les contractures.

Attitude en opisthotonos le plus souvent (le malade reposant sur la nuque et les talons). Rarement emprosthotonos ou pleurosthotonos.

L'apnée est fréquente.

La douleur est atroce.

Terminaison brusque de la crise.

Répétition. — Ces crises se reproduisent irrégulièrement. Elles sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues. Les périodes de somnolence sont très rares et très courtes. Quand elles sont plus longues c'est d'un bon pronostic.

Signes généraux. — A cette période la *température* est entre 38 et 40 degrés, souvent même plus élevée, assez irrégulière.

Pouls. — 110 ou 120 et davantage. Il est irrégulier (mauvais pronostic).

Urines rares. La rétention est fréquente.

Pas de troubles psychiques. La lucidité est parfaite.

Sueurs profuses fréquentes.

TERMINAISON. — *Phase bulbaire.* — Malgré la thérapeutique la plus active on voit survenir la mort presque constamment dans cette forme :

Les crises se répètent. Les raideurs s'exagèrent.

La température monte à 41 ou 42 degrés.

La respiration est rapide et superficielle.

Le pouls est petit et incomptable.

La mort survient par syncope ou asphyxie. La durée de l'affection est en moyenne de quatre à huit jours.

La *guérison* est exceptionnelle dans cette forme. La température baisse, le pouls est meilleur. Les périodes de somnolence sont plus longues. Encore faut-il compter avec les rechutes et les séquelles : l'hypertonie musculaire persiste très longtemps avec secousses et exagération des réflexes.

Formes cliniques. — 1. FORMES ÉVOLUTIVES. — *Suraiguës.* — Incubation, vingt-quatre à quarante-huit heures.

Paroxysmes subintrants. Mort en deux jours.

Subaiguës. — Incubation plus longue.

Formes susceptibles de guérison.

2. FORMES ÉTIOLOGIQUES. — a. *Tétanos des nouveau-nés.* — Après section septique du cordon il est caractérisé par de la diarrhée, ictère. Mort en vingt-quatre heures.

b. *Tétanos de l'enfant.* — Très grave, formes généralisées en général. Même les formes postsériques sont graves.

c. *Tétanos splanchnique.* — Rapidement mortel.

d. *Tétanos puerpéral.* — Après avortement, le plus souvent dyspnée et troubles bulbaires précoces.

3. FORMES LOCALISÉES. — a. *Céphaliques.* — Forme *hydrophobique* : spasme des muscles de la déglutition.

Forme *céphalique de Rose*, secondaire à une plaie de la face. D'abord trismus et contracture des muscles de la face, puis paralysie faciale.

Forme *bulbo-paralytique.* Après une plaie des paupières ou des arcades sourcillières. Ophtalmoplégie.

Forme avec paralysie du *grand hypoglosse.* Rare.

Les autres formes localisées sont en général des formes post-sériques.

II. Tétanos post-sériques. — Ces formes apparaissent comme fréquentes surtout chez les blessés où l'injection de sérum antitétanique a été insuffisante ou trop tardive.

Elles affectent plusieurs types cliniques.

1. **Forme généralisée.** — Il s'agit en général d'un blessé qui n'a eu qu'une seule injection préventive.

Au bout de quinze jours ou trois semaines :

Le trismus et des contractures douloureuses au voisinage de la blessure apparaissent.

Puis les contractures se généralisent mais restent peu intenses. La température est peu élevée, le pouls est bon.

La *guérison* survient au bout d'une évolution cependant assez longue. Séquelles et rechutes fréquentes.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Rouen, spécialiste en électro-radiologie, s'ouvrira le mardi 27 novembre 1928, dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG. — M. Weill, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er avril 1928, professeur de clinique ophtalmologique près de ladite Faculté (chaire vacante : M. Duverger, dernier titulaire).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Le titre de la chaire ci-après désignée de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille est modifié ainsi qu'il suit :

Ancien titre : Chaire de matière médicale et pharmacodynamie.

Nouveau titre : Chaire de matière médicale et pharmacologie.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — STRASBOURG. — M. Braemer, professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er novembre 1928.

LA MÉDECINE AUX COLONIES. — Des situations sont offertes :

1° Aux établissements français de l'Océanie, au compte d'une exploitation importante, à un médecin français (retraité par exemple), célibataire ou marié sans enfants.

Logement, domestiques, appointements élevés.

Tous renseignements utiles seraient fournis par M. Cheerbrandt, de l'Institut colonial, 4, rue Volney, Paris (XIe).

2° En Afrique occidentale française, au compte du gouvernement général (cadre des médecins de l'assistance médicale).

Limite d'âge : 30 ans. Celle-ci peut être prorogée d'une durée égale à celle des services militaires sans toutefois dépasser 35 ans.

A. Tableau des soldes et indemnités :

	Solde de présence en France.	Solde à la Colonie (solde de France majorée des 7/10).
Médecin princ. de 1re cl., après 8 ans	42.000 fr.	72.400 fr.
Médecin princ. de 1re cl., avant 3 ans	38.000	64.000
Médecin princ. de 2e cl.	33.000	56.100
Médecin de 1re cl.	28.000	47.600
Médecin de 2e cl	24.000	40.800
Médecin de 3e cl.	20.000	34.000
Médecin adjoint de 1re cl.	18.000	30.600
Médecin adjoint de 2e cl.	16.000	27.200
Médecin adjoint de 3e cl.	12.000	20.400

Indemnité journalière variable suivant la région (de 8 à 20 fr.).

Indemnités pour charges de famille : 600 fr. pour la femme et 1.200 fr. par enfant (réduites de moitié en France).

Indemnité de fonctions variables.

B. Passages : classement sur les voies ferrées, 2e classe pour les médecins adjoints; 1re classe pour les autres médecins.

Voyage sur mer : 1re classe.

Voyage gratuit pour la femme et les enfants.

C. Congés : congé administratif de six mois, à solde entière de présence, après chaque séjour colonial de deux ans. Une indemnité annuelle de séjour de 2.240 fr. s'ajoute à la solde de présence.

D. Avancement : le service militaire obligatoire compte pour l'avancement, après le stage.

E. Pensions : cette pension est égale au minimum à la moitié du traitement moyen perçu pendant les trois dernières années et calculé à l'exclusion des indemnités. Ce minimum est augmenté en proportion de la durée des services.

LE B. C. G. EN AUTRICHE. — MM. Calmette, Guérin et Weill-Hallé sont allés à Vienne la semaine dernière, invités par le Reich autrichien, faire une série de conférences sur la vaccination par le B. C. G.

Les trois savants français ont exposé la technique et les résultats acquis de la méthode, ainsi que les statistiques recueillies en France et dans différents pays.

POUR LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — Nous rappelons que deux concerts de gala seront donnés au profit de cette œuvre les 2 et 3 juin, à la salle Pleyel par la chorale Caecilia et l'harmonie d'Anvers. Au programme : Bach, Mozart, Milliaud, sous la direction de M. Louis de Vocht.

Location salle Pleyel, Durand, Delgrange.

IXe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE. — La IXe réunion neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les mardi 3 et mercredi 4 juillet 1928, dans l'amphithéâtre de l'École des infirmières, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital.

Question à l'ordre du jour : « Les tumeurs cérébrales. Diagnostic et traitement. »

Rapporteurs : 1° Neurologie, M. Clovis Vincent; 2° radiologie, M. A. Béclère; 3° ophtalmologie, MM. Bollack et Hartmann; 4° chirurgie, M. de Martel.

En outre, la Société tiendra, le jeudi 28 juin, une séance consacrée à l'anatomie pathologique et, le jeudi 5 juillet, tiendra sa séance normale. Ces deux séances auront lieu à la Société de chirurgie, 12, rue de Seine.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 juin 1928, à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le conflit des idées sous les tropiques », par M. le médecin colonel Abbatucci, des troupes coloniales.

La conférence commune aux quatre écoles de perfectionnement aura lieu le dimanche 17 juin 1928, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sur le sujet suivant : « Equipement du Service de santé d'un front d'armée », par M. le médecin lieutenant colonel Schickele, de la Section technique du Service de santé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs F. Colanéri (de Sèvres), Joseph F. J. Giboux (de Marseille), Charles Greene Cumston (de Boston), Ph. Rivier (d'Annonay, Ardèche), décédé à Lausanne, où il s'était fixé; Frederic Siebenmann, professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Bâle, et du médecin général inspecteur Jacob.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR BEZANÇON. (Hôpital Saint-Antoine.) — *Douze leçons sur la tuberculose pulmonaire*, par M. le professeur F. Bezançon, MM. P. Braun, André Jacquelin, Robert Azoulay et Tribout.

Lundi 4 juin : M. le professeur F. Bezançon. Le problème de la tuberculose pulmonaire.

Mercredi 6 juin : M. André Jacquelin. Le facies tuberculeux et les renseignements donnés par la morphologie.

Vendredi 8 juin : M. le professeur F. Bezançon. La période préphtisique; la notion de tramite.

Lundi 11 juin : M. P. Braun. La notion de contagion; la tuberculose familiale.

Mercredi 13 juin : M. R. Azoulay. Les hémoptysies des tuberculeux.

Vendredi 15 juin : M. F. Tribout. Le hile pulmonaire et les ombres broncho-vasculaires à l'état normal pathologique.

Lundi 18 juin : M. Destouches. Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire.

Mercredi 20 juin : M. le professeur F. Bezançon. Tuberculose pulmonaire et tuberculose externe.

Vendredi 22 juin : M. P. Braun. Les formes dites pneumoniques.

Lundi 25 juin : M. le professeur Bezançon. La chimiothérapie antituberculeuse.

Mercredi 27 juin : M. P. Braun. Les indications comparées du pneumothorax, de la phrénicectomie et de la thoracoplastie.

Vendredi 29 juin : M. le professeur Bezançon. La cure d'air et les stations de plaine et d'altitude.

Les leçons auront lieu à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique.

Les cours sont libres.

Le service est ouvert à tous les médecins français et étrangers, étudiants en médecine qui désirent assister aux cours.

Un diplôme d'assiduité sera délivré aux auditeurs des cours.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Cours de pratique obstétricale*, d'une durée de trois semaines, du 1er au 20 juin, avec la collaboration de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, accoucheurs des hôpitaux; Powilewicz, Lacomme, anciens chefs de clinique; Ravina, Seguy et Sureau, chefs de clinique; Mlle Bach, interne des hôpitaux.

Droit d'inscription : 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

HISTOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire de travaux pratiques, du 7 au 20 juin. Les séances auront lieu tous les jours, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2.

Le programme comportera : la cytologie, les tissus et les organes. Etude et reconnaissance de coupes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., jusqu'au 6 juin.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

Les étudiants qui, par suite d'une excuse jugée valable par la Commission scolaire, n'ont pu assister à une série importante des séances des travaux pratiques réguliers, seront admis gratuitement dans la mesure des places disponibles. Ils devront présenter les pièces justificatives au laboratoire du professeur avant le 1er juin.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Les docteurs Le Noir et Brodin feront, du 18 au 23 juin, à 10 h. 1/2, salle Aran, une série de six conférences de pathologie et de thérapeutique digestives sur les sujets suivants :

Le 18 juin : Les spasmes gastriques et leur traitement.

Le 19 juin : L'atonie gastrique et son traitement.

Le 20 juin : La stase vésiculaire.

Le 21 juin : Les sténoses organiques du pylore et leur traitement.

Le 22 juin : La stase duodénale et son traitement.

Le 23 juin : La stase cæcale et son traitement.

REVUE GÉNÉRALE

LES SPIROCHÉTOSES BRONCHO-PULMONAIRES [1]

Par MM. R. CATTAN et P. ADIDA.

IV. **Spirochétoses pulmonaires non gangréneuses ni fétides.** — Il s'agit d'affections pulmonaires très variées : ce sont d'ailleurs des faits exceptionnels et dont l'attribution aux spirochètes n'est pas sans appel.

1° *Congestions pulmonaires aiguës ou subaiguës* avec foyer localisé à la base ou au sommet, caractérisé par de la submatité et des bouffées de râles crépitants ou sous-crépitants.

2° *Forme chronique pseudo-tuberculeuse* avec zone de condensation pulmonaire constatée cliniquement et radiologiquement (Delamare, Labernadie et Peyre, Violle).

3° *Forme broncho-pneumonique suppurée hémorragique* (Najib-Farah). — Cette forme revêt l'allure d'une tuberculose aiguë rapidement mortelle, et seuls les examens répétés de l'expectoration, l'inoculation au cobaye, permettent d'en écarter le diagnostic.

4° *Forme pneumonique.* — Macfie, Peter, Taylor, Grimault, Najib-Farah ont signalé la présence de spirochètes dans des pneumonies typiques franches lobaires aiguës.

Il s'agit dans tous ces faits de documents cliniques sans arguments histologiques. Pour notre part nous ne les avons jamais rencontrés.

V. **Formes associées.** — *Spirochétose et tuberculose.* — La spirochétose broncho-pulmonaire peut se surajouter à un processus tuberculeux : tuberculose ulcéro-caséeuse ou tuberculose fibreuse évolutive. Que ce soit sous forme de bronchite fétide, de sphacèle des parois des cavernes ou encore de foyer gangréneux indépendant, elle donne un coup de fouet à l'affection. Les signes fonctionnels, physiques et généraux subissent une aggravation marquée.

Le fait inverse, la tuberculose se surajoutant à une forme de spirochétose, peut s'observer.

Nous avons aussi observé un cas de gangrène pulmonaire subaiguë, sans bacilles de Koch dans l'expectoration qui, après une période de nette amélioration, a évolué rapidement vers la mort au cours d'un processus broncho-pneumonique tuberculeux.

Enfin, Bezançon et Etchegoin auraient régulièrement décelé des spirochètes dans les hémoptysies des tuberculeux.

Spirochétose et dilatation des bronches. — L'association d'abcès fétide du poumon et de dilatation des bronches est fréquente. Archibald dit même que chez l'adulte « il n'y a pas de dilatation des bronches sans abcès et réciproquement ». Aschner et Lilienthal décrivent l'abcès bronchectasique du poumon, et ce type étudié en France par Léon-Kindberg et Kourilsky semble être une des formes les plus fréquentes des abcès putrides du poumon. Les spirochètes sont plus responsables de la suppuration que de la dilatation elle-même. Si cette dernière peut être la manifestation même de la gangrène (Léon-Kindberg et Cottenot), elle est plus souvent secondaire aux cicatrices scléreuses rétractiles selon un processus beaucoup plus général (Sergent).

Formes pleurales. — Les formes pleurales sont moins fréquentes. Elles peuvent être autonomes (Mason, Bezançon) ou bien venir compliquer un foyer gangréneux cortical. Rien ne les distingue de la pleurésie putride habituelle.

Lanceraux a vu se constituer une spirillose pleurale non gangréneuse au cours d'un hémothorax traumatique.

Complications. — Nous n'étudierons pas les complications qui relèvent de la gangrène pulmonaire en elle-même, c'est-à-dire les hémoptysies, les foyers suppurés gangréneux à distance... Nous retiendrons seulement les complications qui nous paraissent plus particulièrement dépendre de la spirochétose.

Les laryngites. — Elles sont fréquentes et affectent différents types :

Laryngite catarrhale, de pronostic tout à fait bénin et qui, du fait de son extrême fréquence, pourrait presque être considérée comme un symptôme.

Laryngite suppurée avec syndrome d'abcès du larynx, forme qui comporte un pronostic très réservé et qui peut, même dans certains cas, nécessiter une trachéotomie d'urgence.

Laryngite chronique se caractérisant à l'examen laryngoscopique par des lésions en tous points semblables à celles observées dans la laryngite syphilitique. Cette laryngite chronique paraît très spéciale à la spirochétose. Nous l'avons observée dans huit cas.

Les pleurésies. — Nous avons signalé la pleurésie spirochétienne autonome. A titre de complications elle peut s'observer sous forme :

De pleurésie séro-fibrineuse de moyenne abondance à symptomatologie fruste et en général aseptique (Simon et Raditch).

De pleurésie sèche localisée à la base (Najib-Farah), périhilaire (Froilano de Mello), apicale.

De pleurésie purulente. — L'ouverture du foyer putride dans la plèvre (pyopneumothorax putride) est une complication possible. On l'a surtout observée à la suite de l'institution d'un pneumothorax thérapeutique.

Dilatation des bronches. — Comme pour toutes les pneumopathies suppurées et surtout les suppurations putrides, la dilatation des bronches est une séquelle fréquente des spirochétoses gangréneuses, quand elle n'en est pas, comme nous le disions plus haut, une manifestation particulière.

Réactions osseuses. — On observe souvent le *doigt hypocratique*. C'est une déformation portant essentiellement sur les téguments et les parties molles (Bezançon et de Jong). Il se développe rapi-

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 43, p. 765.

dement au cours de l'infection et peut disparaître aussi vite si une amélioration se dessine.

D'autre part, on peut observer des déformations portant en outre sur le squelette et les articulations. Le type le plus fréquemment observé en est le *doigt en baguette de tambour*. Mais il peut y avoir atteinte des articulations distales comme dans l'ostéopathie type Pierre Marie; et nous avons eu l'occasion d'observer, avec notre maître Léon-Kindberg, une forme véritablement pseudo-rhumatismale caractérisée par des arthrites déformantes très douloureuses portant surtout sur les genoux et les poignets : L'hypertrophie osseuse, très considérable se vérifiant aisément sur les clichés. L'évolution se faisant par poussées fluxionnaires et douloureuses, parallèles aux poussées pulmonaires.

*
* *

Anatomie pathologique. — **1° La bronchite sanglante.** — Elle est en général bénigne. Aussi l'anatomie pathologique en est peu connue. Dans le cas de Léon-Kindberg et Cattan, il y avait des nodules broncho-pneumoniques sans spirochètes. Les petites bronches ne présentaient rien d'anormal. Malheureusement on ne put pratiquer l'étude histologique des grosses bronches extra-pulmonaires, siège probable de l'infection fuso-spirillaire.

2° Les pneumopathies fétides gangréneuses à spirochètes. — *Macroscopiquement*, on peut observer une infiltration gangréneuse du poumon, sans limites nettes, allant d'un simple foyer localisé, à l'atteinte de tout un lobe. Le parenchyme pulmonaire est noirâtre et déliquescent.

Dans la majorité des cas, on trouve une perte de substance. Il s'agit tantôt d'une caverne simple unique, de la taille d'une orange, d'une mandarine, d'une grosse noix. L'excavation est anfractueuse, irrégulière, déchiquetée. Des fragments putrides et mal cohérents en constituent les limites incertaines, Il n'y a pas de membrane nette. L'ulcération est creusée en plein poumon. Le contenu est constitué par du pus et des débris grisâtres ou bruns chocolat très fétides.

D'autres fois, il existe plusieurs cavernes beaucoup plus petites, mais ayant dans l'ensemble les mêmes caractères.

Dans les formes subaiguës ou chroniques se développe une pseudo-membrane, une limitante, assez consistante, grisâtre, avec par endroits de petits placards noirâtres, congestifs.

Mais surtout tout autour du foyer de nécrose, la sclérose se développe et s'étend en rampant le long des bronches.

Enfin, il existe des cas où évoluent simultanément des lésions ectasiantes et destructives des bronches d'une part, et des lésions suppurées et gangréneuses d'autre part. Le lobe rigide montre sur la tranche de section des orifices bronchiques larges à parois épaisses, par où s'écoule un pus fétide. Ces canaux conduisent à des cavités variables : les unes, irrégulières présentant tous les caractères de l'ectasie parenchymateuse; les autres, arrondies, à parois lisses et nettes paraissent continuer la bronche dilatée. Toutes contiennent un pus infect plus ou moins dense et des débris gangréneux.

Ces cas correspondent aux *abcès bronchectasiques* décrits par les Américains (Lilienthal, Aschner) et bien étudiés en France par Léon-Kindberg et Kourilsky. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas particulièrement frappant.

Microscopiquement : on trouve au milieu de l'escarre gangréneuses les lésions habituelles du sphacèle pulmonaire, la zone escharrotique, puis les régions d'alvéolite fibrino-leucocytique et catarrhale. Celles-ci peuvent être constatées assez loin du foyer et nous y avons décrit également des lésions vasculaires avec congestion des capillaires et des petites artérioles.

Mais ce qui paraît caractériser les foyers de gangrènes à rechutes, c'est d'abord l'*intensité des lésions bronchiques*, lésions destructives et lésions inflammatoires; à côté de la sclérose plus ou moins étendue on constate de véritables gaines suppurées bronchiques et péri-bronchiques; et Bezançon a décrit « l'infiltration embryonnaire colossale de la sous-muqueuse, tout à fait comparable à celle qu'on observe dans les dilatations des bronches idiopathiques et hérédo-syphilitiques ». L'autre caractère, c'est *la sclérose précoce*, non pas sclérose cicatricielles, mais évolutives « marchant de pair avec la sphacèle qui peut l'attaquer où elle se produit » (Léon-Kindberg). Dans le cas de Bezançon et Moreau l'importance de la sclérose « rappelait celle des scléroses syphilitiques ». Le tissu péri-gangréneux peut paraître un bloc de pneumonie ardoisée.

L'*étude bactériologique* montre au centre de la lésion un fourmillement de microbes variés, cocci, bacilles et de nombreux spirochètes. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne vers la périphérie, les microbes deviennent de plus en plus rares et les spirochètes apparaissent presque seuls, dans une zone dense, périphérique, qui paraît une zone d'attaque et d'invasion.

Cette disposition sur laquelle ont les premiers insisté Bezançon et ses élèves est constante. Nous l'avons toujours retrouvée dans nos observations et nous avons, nous aussi, montré des images particulièrement saisissantes.

Mais, en plus, les spirochètes peuvent se retrouver à l'état de pureté relative dans les zones d'alvéolite catarrhale. Dans certains cas même, nous les avons vu envahir les parois artérielles et se répandre dans la lumière des vaisseaux; nous avons pu même une fois les suivre jusqu'à la plèvre.

Bezançon et Moreau ont signalé l'existence de lésions pseudo-tuberculeuses (caséification et fibrose) dans lesquelles ils n'ont pas pu mettre en évidence le bacille de Koch. Par contre, les coupes traitées par la méthode de Levaditi montraient de très nombreux spirochètes. Comme eux dans un cas de gangrène pulmonaire compliqué de tuberculose terminale avons constaté une caverne qui présentait à l'autopsie l'aspect macroscopique d'une caverne tuberculeuse. L'examen histo-bactériologique nous a montré qu'il ne s'agissait pas de tuberculose. La

clinique nous avait permis de porter le diagnostic formel de caverne gangréneuse guérie et sclérosée.

* * *

Bactériologie. — Dans toutes les formes que nous avons décrites, il a été possible de déceler des spirochètes et nous pensons que la recherche de ces germes devrait être faite systématiquement dans tous les cas de broncho-pneumopathies mal définies ou putrides.

Dans les crachats, dans le liquide retiré par ponction, en suivant la technique préconisée par le professeur Bezançon et ses élèves, souvent aussi par étalement direct et colorations simples il est facile de mettre le spirochète en évidence.

Par injection sous-cutanée de crachats ou de pus au cobaye on obtient constamment des abcès ou des phlegmons putrides ou gangréneux aigus, subaigus ou chroniques, dont le pus est le plus souvent riche en spirochètes.

En tous cas, nos expériences personnelles ont été concordantes sur ce point. De plus nous avons pu voir que dans la paroi d'abcès chronique obtenu par injection sous-cutanée de crachats virulents, les *spirochètes présentaient la même disposition topographique que dans les lésions humaines*. Ils siégeaient à la périphérie en masses compactes, et à l'état de pureté presque absolue dans la zone d'invasion (1).

Des cultures impures de ces spirochètes ont été obtenues par MM. Bezançon et Etchegoin, Schlosmann, Gaté et Billa, Schmit qui les ont ensemencés sur du sérum dilué. Ces dilutions varient du 1/10 au 1/4 suivant les auteurs. Les températures varient également entre 28 et 37 degrés. Enfin le pH des milieux doit être de 7,5 à 7,7. Bien que nous étant mis rigoureusement dans les mêmes conditions nous n'avons pas obtenu les mêmes résultats. Nous avons pu simplement les maintenir vivants dans les milieux précités pendant plus d'un mois, entre 32 et 37 degrés. Nous n'avons jamais pu obtenir de repiquages.

A côté des spirochètes se retrouve à peu près constamment mais souvent en quantité beaucoup moindre le bacille fusiforme dont il est également impossible d'obtenir des cultures pures.

Cette impossibilité où l'on se trouve de cultiver isolément ces germes explique que l'accord soit encore loin d'être fait sur leur nature exacte et leurs rapports mutuels.

Faut-il avec Delamare et Vincent incriminer toujours l'association fuso-spirillaire?

Beaucoup d'auteurs ont particulièrement au cours des bronchites sanglantes, retrouvé l'image typique de la symbiose de Vincent. Nous ne l'avons observé que dans deux de nos cas et jamais dans les cas de gangrène. Le plus souvent les bacilles fusiformes sont à l'état isolé et beaucoup moins nombreux.

Pour Bezançon et ses collaborateurs il s'agirait toujours d'un spirochète spécial dont nous avons donné plus haut les caractères. Ce spirochète, toujours identique à lui-même tant dans les crachats que dans les coupes serait responsable de certaines formes de gangrène pulmonaire subaiguë ou chronique. Il va sans dire que quelles que soient les réserves générales que nous sommes tentés d'émettre, leur conclusion restent parfaitement valable pour leur cas; la rigueur de leur observation n'étant guère critiquable.

Mais nous avons rapporté dans *Paris médical* avec Léon Kindberg et dans la Thèse de l'un d'entre nous, une série d'observations dans lesquelles nous avions été frappés par le polymorphisme des germes spiralés que nous y constations. Dans l'observation rapportée avec MM. Lemierre, Léon Kindberg et Laporte, il existait d'une part dans l'expectoration et dans les frottis de poumon post-mortem, des spirilles de Vincent, d'autre part dans les coupes histologiques des spirochètes type Bezançon. Les colorations sur coupe par les couleurs d'aniline furent essayées en vain; déjà d'ailleurs Le Blaye dans sa thèse avait vu qu'il était impossible de cette façon de colorer d'authentiques spirilles dans les coupes de fausses membranes d'angine de Vincent. On pourrait donc à la rigueur se demander si les différentes techniques employées ne modifient pas l'aspect des spirochètes : cela est vrai pour une petite part seulement, cela ne peut suffire à expliquer un polymorphisme aussi net.

De plus ce polymorphisme, évident dans l'expectoration, dans les coupes, dans le pus des abcès expérimentaux, a persisté dans nos milieux de culture et sur ce point nos observations s'opposent à celles de Gâté et Byla.

Nous nous sommes également posé le problème de l'évolution du bacille fusiforme. Comme Sanarelli nous avons vu se succéder les formes classiques et ses formes allongées, flexueuses, sinueuses. Nous ne sommes pas absolument assurés de leur filiation, nous voudrions y voir encore bien moins une démonstration du cycle des « helicomènes ».

Smith qui dans son mémoire sur la fuso-spirochétose broncho-pulmonaire paru en novembre 1927, publie des figures comparables à celles que nous avons observées, ne conclut pas, lui non plus. Il croit à de simples variations morphologiques et ne les interprète pas comme une évolution spirochétienne du bacille fusiforme.

Que faut-il penser de tout cela?

a. Il est fort probable qu'il existe des cas qui relèvent essentiellement de la symbiose fuso-spirillaire. Il s'agit surtout de formes bronchiques. Ce n'est en tous cas pas la règle.

b. Dans la majorité des cas également il ne nous a pas paru s'agir exclusivement du spirochète décrit par Bezançon et Etchegoin, moins encore du spirille typique de Vincent.

On se trouve en présence de deux hypothèses.

Ou bien nous avons affaire à un spirochète extrêmement polymorphe, variable dans sa taille, ses spires ou ses ondulations, ses extrémités arrondies, carrées ou effilées, son épaisseur, son aspect

(1) Pour le détail de ces recherches expérimentales, Cf. la thèse d'Adida et un mémoire paru récemment dans le *Paris médical*.

double ou simple, sa mobilité et son mode de translation.

Ou bien il existe une flore spirochétienne multiple, à la ressemblance de la multiplicité des microbes anaérobies. L'un quelconque de ces spirochètes peut, dans certains cas, prendre une prédominance presque exclusive. En tous cas on ne peut admettre que les spirochètes restent les seuls agents des lésions constatées.

Les anaérobies sont toujours présents et abondent chaque fois que le caractère putride est installé.

Cependant l'étude anatomoclinique permet de conclure au rôle d'attaque des spirochètes qui selon l'expression de Sergent, seraient les « fourriers de l'infection », mais bien vite se surajoute la flore microbienne et celle-ci semble dès lors dominer le pronostic. Sur ce point la théorie du professeur Bezançon nous a paru confirmée par tous les faits que nous avons pu observer.

***

Thérapeutique. — Nous n'étudierons pas dans ce chapitre les thérapeutiques multiples tant médicales que chirurgicales, qui ont été préconisées au cours des gangrènes pulmonaires, des abcès du poumon, etc.

Nous aurons seulement en vue ici, la médication spécifique des spirochétoses broncho-pulmonaires.

Dès le début les arsenicaux dont on sait l'action parisiticide quasi spécifique ont été employés. On a eu recours aux formes les plus diverses : liqueur de Fowler (Castellani), cacodylate de soude, galyl, arsenobenzol (Plaut, Galli Vallerio, Barbary, Delamare, Faust, Hallenberger Peyrot) Atoxyl (Delamare) ionoïdes d'arsenic (Sabrazès) Néosalvarsan (Perrin, Molnar, Albacht, Curschmann).

Actuellement la plupart des auteurs utilisent le stovarsol (Fontanel, Kline et Berger, Gaté et Billa) ou le novarsenobenzol.

Toutes les voies d'abord possibles ont été essayées, voie veineuse, voie sous-cutanée, voie buccale. On a également tenté d'introduire le médicament directement par la trachée (Mariano Castex) ; on l'a également, sous contrôle bronchoscopique, porté immédiatement au contact de la lésion (Chevalier Jackson).

Les différents auteurs que nous avons cités ont tous rapporté des cas de guérison ou d'amélioration, soit dans les formes de bronchite sanglante, soit dans les formes gangréneuses.

Dans les cas favorables, sous l'influence du traitement, rapidement les signes généraux et fonctionnels s'atténuent. En particulier l'expectoration devient moins abondante ou même disparaît totalement. Les spirochètes persistent plus longtemps. De même l'image radiologique du foyer ne s'efface que très tardivement.

Mais les échecs semblent beaucoup plus nombreux que les succès, surtout dans les formes pneumoniques gangréneuses (Violle, Salomon, Manson, Bahr, Najib-Farah, Sabrazès, Pagniez et Ravina, Cassaët, Bonnin, Guénard, Peyrot, Bezançon et ses élèves).

De cette inefficacité, certains ont même voulu conclure à l'existence d'un spirochète spécial, arsénorésistant.

D'autres auteurs se demandent si les arsenicaux sont bien spécifiques, et si dans les cas où ils semblent agir l'affection n'évoluerait pas spontanément vers l'amélioration ou la guérison.

Il nous paraît beaucoup plus vraisemblable d'incriminer les anaérobies : leur rôle secondaire dans le temps et dans l'enchaînement des causes peut devenir prédominant; même s'ils ne commandent pas à eux seuls l'évolution clinique, leur action nécrosante et putride continue de se développer; or, elle échappe à l'influence des arsenicaux; elle protège peut-être ainsi contre elle les spirochètes eux-mêmes.

Les arsenicaux ne sont pas les seuls médicaments utilisés. Le *tartre stibié* a été préconisé par Castellani, Caputi, Risquez, en injections intraveineuses dans les bronchites sanglantes.

Le *bismuth*, qui aurait donné de bons résultats dans les angines de Vincent (Alberaz), semble être sans efficacité dans les affections broncho-pulmonaires (Cassaët, Bonnin, Guénard).

L'on a aussi vanté la *médication iodée,* utilisée sous forme d'iodure de potassium, de sirop iodotanique ou de lipiodol.

Nous avons enfin utilisé à plusieurs reprises la trypaflavine qui pourrait bien avoir une action d'arrêt au moins momentanée.

Récemment Sabrazès rapportait un cas d'amélioration de bronchite sanglante rebelle par l'*adrénaline.*

Tous nos malades ont été traités par les arsenicaux : stovarsol en comprimés, novarsenobenzol en injections intraveineuses. Les résultats ont été les suivants :

Nous pouvons parler de guérison dans un cas de bronchite sanglante subaiguë et de régression équivalente à la guérison dans un cas de gangrène pulmonaire subaiguë. Dans deux autres cas nous avons eu simplement une amélioration assez nette de l'état général et des signes fonctionnels. Dans les neuf autres cas, toutes les médications se sont montrées impuissantes.

Cependant nous croyons que la médication arsenicale doit toujours être essayée. Dans les bronchites elle donnera le plus souvent d'excellents résultats. Peut-être faudrait-il employer des doses plus élevées que celles que l'on emploie nornalement.

Surtout il faudra toujours songer au rôle des anaérobies et mettre en œuvre la sérothérapie antigangréneuse.

Les auteurs américains sont les plus chauds partisans des interventions chirurgicales : phrénicectomie, thoracoplastie extrapleurale, pneumotomie ou encore lobectomie. On peut, soit réaliser des lobectomies totales en un temps (Whittemore), soit des lobectomies progressives au thermocautère ou à la thermocoagulation (méthode de Graham, d'Archibald). Cette chirurgie du poumon est encore bien incertaine dans ses principes et n'est pas sans faire courir de grands risques; mais elle est peut-être l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE (1)

ADIDA. Etude sur les spirochétoses broncho-pulmonaires, *Th. de Paris*, 1928; Arnette, édit.

BAUER. Spirochetal pulmonary gangrene, *Arch. de pathol. et lat. méd.*, 1926, p. 794.

BEZANÇON. Spirochètes et gangrène pulmonaire, *Acad. de méd.*, 2 mars 1926; — Les spirochètes dans la gangrène pulmonaire, *Journ. des prat.*, 31 juillet 1926.

BEZANÇON et ETCHEGOIN. Spirochètes et gangrène pulmonaire, *Soc. de biol.*, 17 janv. 1925 et 6 janv. 1926; — Spirocheta bronchialis et gangrène pulmonaire, *Soc. de biol.*, 6 juin 1927; — Spirochètes et gangrène pulmonaire, *Acad. de méd.*, 9 fév. 1926; — Présence de spirochètes dans les crachats, les hémoptysies tuberculeuses, *Revue de la tuberculose*, 1925, t. VII, p. 377; — Culture des spirochètes des hémoptysies tuberculeuses, *Soc. de biol.*, 24 avril 1926.

BEZANÇON et DE JONG. Formes cliniques et pathogénie de la gangrène pulmonaire, *XVIIIe Congrès franç. de méd.*, Nancy 1925.

BEZANÇON, MOREAU, ETCHEGOIN et BERNARD (Et.). Forme chronique de la gangrène pulmonaire. Présence de spirochètes dans la lésion gangréneuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 nov. 1926.

BEZANÇON, ETCHEGOIN, AZOULAY et BAZYAN. Etude clinique microbiologique et histopathologique d'un cas de gangrène pulmonaire à spirochètes à évolution chronique, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 mai 1927.

BEZANÇON, JACQUET et ETCHEGOIN. Spirochètes et gangrène pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 juillet 1927.

BLOEDORN and HOUGHTON. Bronchial spirochœtosis, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1927, p. 155.

BYKOWA OLGA. Zur œtiologie der Lungengangrän, *Virch. Arch.*, 1925, t. CCLVIII, p. 194.

CAHAN. Pneumonitis caused by Vincent organism, *Med. Journ. et Rec.*, 1927, t. LXXV, p. 194.

CASTELLANI. Broncho-spirochetosis, *Journ. of trop. med.*, 1er nov. 1926, p. 360-362; — Chronic. bronchitis with kemorr. sputum of non tuber. or., *New-Orleans med. et surg. Journ.*, 1925, t. LXXIX, p. 20.

CASTEX (Mariano), HEIDERREICH et REPOTTON. Le salvarsan intratrachéal dans les pneumopathies fétides, *Acad. de méd.*, 9 fév. 1926.

COHN. Abcess of the Lung, *New-Orleans med. and surg. Journ.*, 12 juin 1925, t. LXXVII, n° 12.

CORDIER et SEDILLIAU. Spirochétose bronchiale hémorragique évoluant depuis quinze ans, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 27 mars 1927.

CURSCHMANN. Salvarsanbeh. des Lungen abces, *Med. Klin.*, 15 janv. 1925.

DEJAN. Les dernières recherches à fuso-spirochètes de Vincent, *Gaz. des hôpit.*, 7 janv. 1928.

DELAMARE. Spirochétose et gangrène pulmonaire, *Acad. de méd.*, 2 mars 1926; — A propos de l'indice d'identification morphologique des spirochétoses bronchiales, *Soc. de biol.*, 1er mai 1926; — Identification des spirochétoses bronchiales d'après quelques travaux, *Acad. de méd.*, 11 mai 1926.

DELAMARE et ARCHITOW. Indice de courbure de sp. buccalis, *Soc. de biol.*, 15 mai et 12 juin 1926.

GAILLARD. Spirochétose broncho-pulmonaire, *Th. de Paris*, 1927.

GATÉ et BILLA. Contribution à l'étude des spirochétoses bronchiales. Etude parasitologique de 32 cas, *Soc. de biol. de Lyon*, 17 janv. 1927; — 32 cas de spirochétose bronchiale, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 25 janv. 1927.

KLINE et BERGER. Spirochetal pulm. gang. treated with arsphenanis, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1925, p. 1452.

KNIG. A case of lung infection treated by bronchoscopy and art. pneumothorax, *Boston med. surg. Journ.*, 1927, p. 279.

KOURILSKY. Les abcès du poumon, *Th. de Paris*, 1927.

LAFOSSE. Fréquence des affections respiratoires à spirochètes, *Soc. de pathol. comparée*, 1925.

LAFOSSE et LANGLE (J.). Fréquence de la fuso-spirochétose bronchique, *Revue méd. franç.*, oct. 1927.

LEMIERRE, LÉON-KINDBERG, LAPORTE et ADIDA (P.). A propos d'un cas de gangrène pulmonaire. Association fuso-spirillaire ou spirochètes, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 avril 1928.

LÉON-KINDBERG et COTTENOT (Paul). Un cas de dilatation bronchique consécutive à un foyer de gangrène pulmonaire. Diagnostic lipiodolé, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 mars 1925.

LÉON-KINDBERG et KOURILSKY. Sur l'étiologie de certains cas de dilatation des bronches de l'adulte, *Ann. de méd.*, nov. 1927.

LÉON-KINDBERG et CATTAN. Pneumopathie à expectoration fétide fuso-spirillaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 2 déc. 1927.

LÉON-KINDBERG, CATTAN et ADIDA. Recherches sur les spirochétoses putrides du poumon, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mai 1928; — Les pneumopathies putrides à spirochètes, *Paris méd.*, 23 juin 1928.

LURIE. Notes on Castellani's bronchospiroch. with report of a case, *Journ. of trop. Med. a. Hyg.*, 1er déc. 1925, p. 269.

MAES. Spiroch. pul. gang., *Int. clinics*, 1926, t. II, p. 196.

MARINESCO. Spiroch. bronch. avec éruption cutanée, *Acad. de méd.*, 10 mai 1927.

MARSHALL. Infection of the lungs with Vincenti's spir., *Kentucky med. Journ.*, 1925, t. XXIII, p. 380.

NOGUCHI. Abnormal bacterial flagella in cultures, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1926, t. LXXXVI, p. 1327.

ON. Spiroch. gang. of the lung, *Journ. Kausas med. Soc.*, 1926, t. XXV, p. 179.

PELLÉ. Spirochétose broncho-pulmonaire chez les blessés du thorax, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 déc. 1926.

PILOT. Fuso-spiroch. pulm. infections complicating diabete, *Mellitus med. clin. N. Amer.*, 1926, t. IX, p. 1433.

RAMSEY. Bronch. spiroch. Castellani, *Journ. de lab. et de clin. méd.*, 1926, t. XI, p. 751.

RIBIERRE et KERMORGANT. Un spirochète isolé dans l'expectoration d'un malade atteint d'hémoptysies à répétition et d'hydropneumothorax, *Soc. de biol.*, 18 nov. 1925.

RIMBAUD (L.). Pleurésie purulente à symbiose fuso-spirillaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 déc. 1926.

RUKAWISCHNIKOFF. Zur Biologie des Bacilles fusiformes and des spir. Vincenti, *Centralbl. f. Bakt.*, 1926, t. C, p. 218.

SABRAZÈS. Bronchite sanglante de Castellani à forme chronique et ombres ramifiées des régions hilaires dues à l'épaississement des parois bronchiques, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 31 oct. 1926.

SANARELLI. Les spirochètes cæcaux, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1927; — Les hélicomènes Vincenti, *Ibid.*, juillet 1927.

SAUERBRUCK. Lungen abcess, *Deut. leit. f. Chir.*, 6 juillet 1926.

SCHWARTZ. Broncho-pulm. spiroch., *Lancet*, 27 déc. 1925; — Abcess of the Lung one case after tonsillectomie, *Med. Journ. and Record*, 17 nov. 1926, p. 612.

SERGENT. Spirochètes et gangrène pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1927.

SERGENT et BORDET. Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée, *Journ. méd. franç.*, août 1926; — *Acad. de méd.*, 8 juin 1926.

SERGENT, DURAND et MOÏSESCO. Spirochètes et gangrène pulmonaire, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1927.

SERGENT et COTTENOT (P.). Les dilatations des bronches consécutives à la sclérose pleuro-pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars 1927.

(1) La bibliographie des spirochétoses est tellement considérable qu'elle dépasserait les limites de la *Gazette*. Nous donnons ici la bibliographie des articles parus depuis le 1er janvier 1925. Pour la bibliographie antérieure, cf. thèse d'Adida.

SERGENT et JOBIN. Les formes fétides des bronchectasies et leurs usages radiologiques, *Acad. de méd.*, séance du 29 mai 1928.

SMITH. Broncho-pulm. spiroch., *Am. Rev. tub.*, 1927, t. XV, p. 352; — Experimental respiratory abcess, *Arch. surg.*, 1927, t. XIV, p. 231.

TOURNIER. Les affections pulmonaires à spirochètes de Madagascar, *Soc. de pathol. exotique*, avril 1926.

VINCENT. Note sur la fuso-spirochétose bronchiale, *Soc. de biol*, 15 mai 1926; — Spirochétose et gangrène pulmonaire, *Acad. de méd.*, 22 fév. 1927 ; — A propos de 24 cas de gangrène pulmonaire, *Acad. de méd.*, 8 mars 1927; — Spirochétose et gangrène pulmonaire, *Acad. de méd.*, 18 oct. 1926; — Sur la fuso-spirochétose bronchiale, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 3 déc. 1926.

WAHL. The pathology of some unnsual pulmonary lesions, *Southern. med. Journ.*, 1926, t. XIX, p. 591.

TRICENTENAIRE DE HARVEY [1]

Le Tricentenaire de Harvey a été l'occasion de fêtes et de cérémonies des plus brillantes à Londres.

Le Royal College of Physicians, sous l'égide duquel avait été organisée cette célébration, avait invité des délégués des principaux pays à participer à cette manifestation, il avait aussi prié à titre particulier des personnalités éminentes du monde scientifique en physiologie et en médecine et c'est ainsi que la France était représentée par les professeurs Chauffard, Gley, Teissier, Lemierre, Clerc, et le docteur Pierret.

Le premier acte eut lieu à Buckingham Palace où le roi Georges V reçut officiellement les délégués, conduits par Sir John Rose Bradford, président du Royal College qui présenta une adresse au roi. Celui-ci, dans sa réponse, rappela excellemment le rôle que joua le roi Charles, sous le règne duquel vivait Harvey, pour soutenir ce dernier dans la recherche de la vérité scientifique sur la circulation sanguine, à la lumière des expériences de physiologie *in vivo*, sur les animaux domestiques et sauvages entretenus dans les parcs royaux.

Rappelons qu'en France, on verra plus tard le grand Louis XIV créer une chaire spéciale au muséum, dont Dionis fut le premier titulaire, pour exposer la nouvelle doctrine circulatoire aux médecins et étudiants, à l'abri de l'éteignoir galiénique de la Faculté de médecine d'alors.

Dans l'après-midi se réunit un aéropage de sommités scientifiques et médicales du monde entier arborant les costumes académiques ou universitaires brillamment multicolores parmi lesquels les robes rouges françaises n'étaient pas les moins remarquées. La remise des adresses sur parchemin était particulièrement adaptée à cette réunion d'une Société savante vieille de quatre cents ans (n'oublions pas que l'Angleterre a su éviter la révolution) pour fêter l'un de ses membres les plus illustres.

Parmi les membres honoraires du College créés à cette occasion citons Pavloff, Rutherford, Balfour et puis Wenckebach.

Les discours furent limités à trois : l'un de Sherrington, d'Oxford, qui exposa la genèse de la découverte de Harvey en termes choisis, rappelant qu'il représentait le dernier terme de l'activité intellectuelle de l'époque de la Renaissance dirigée d'abord vers l'étude cosmique, puis l'activité artistique et l'analyse des formes extérieures, enfin la physiologie des organes internes, première pierre de la physiologie expérimentale moderne.

Puis vint un lumineux discours du professeur Chauffard qui obtint un légitime succès en parlant dans la langue de Shakespeare. Il attira l'attention de son auditoire en exaltant le caractère de courage qui caractérise l'œuvre de Harvey, rompant en visière avec tous ses prédécesseurs, sauf certains membres de l'Ecole de Padoue, malgré l'opposition violente qu'il rencontra.

Dans un parallèle des temps anciens et de la période moderne, quant à la rapidité de la divulgation, pour ne pas dire de la publicité, des découvertes scientifiques, le professeur Chauffard montra que Harvey attendit douze ans avant de publier son célèbre ouvrage *De motu cordis*; cette prudente temporisation eut pour dernier adepte en France, semble-t-il, Pasteur. Le génie est une longue patience et pourtant rien n'est plus moderne, même au point de vue technique, que l'œuvre de Harvey.

Vint ensuite une harangue en langue allemande, d'un intérêt probablement très grand mais dont nous n'avons pu saisir suffisamment le sel ni trouver dans les journaux anglais du lendemain une mention ou une trace permettant de suppléer à notre manque de compréhension.

Une éclatante démonstration devait nous être donnée le lendemain à l'University College sous forme d'un film représentant les expériences cruciales de Harvey. Il est possible que ce film, dû à la collaboration de Sir Thomas Lewis et de H. Dale soit un jour apporté à Paris par Sir Bradford pour être présenté au public médical et scientifique français. Nous ne saurions alors trop conseiller à tous ceux qu'intéresse la physiologie d'aller voir cette belle œuvre; nous en avons rarement vue d'aussi démonstrative ni d'aussi attrayante. Elle était nécessaire pour nous faire réaliser la beauté et la nouveauté pour l'époque de l'œuvre de Harvey dans toute son ampleur, à nous qui envisageons la circulation comme un fait d'une banale évidence.

Les professeurs Evans et Verney firent aussi une présentation des plus intéressante de leur expérimentation physiologique sur la préparation cœur-poumon des mammifères, en circulation et respiration artificielle leur permettant de mettre en évidence les modifications apportées à ces fonctions par l'acide carbonique ou l'adrénaline.

H. Dale présentait aussi un intéressant appareil de circulation artificielle, où deux pompes à clapet jouent le rôle des moitiés droite et gauche du cœur.

Sir Arthur Keith présentait des appareils datant de 1906 (destinés à illustrer dès ce moment les mouvements du cœur humain et à expliquer l'onde jugulaire négative) ainsi que le polygraphe original de Mackenzie.

Sir Thomas Lewis, en collaboration avec R. Grant et E. Harris fit le lendemain une démonstration des plus instructives sur les réactions circulatoires capillaires au froid et aux agents lésionnels.

Enfin L. Mackenzie, neveu de Sir James Mackenzie, présenta quelques-uns des appareils imaginés par ce dernier et lui ayant servi au cours de ses études cardiologiques bien connues.

La réunion au Saint-Bartholomew's Hospital, dont Harvey fût médecin de 1609 à 1630, s'est bornée à la visite de cet hôpital ancien et à un déjeuner officiel, occasion d'un discours de Sir William Herringham sur Harvey, premier homme de science moderne.

L'on ne réalise pas, en Angleterre, des solennités de ce genre sans recourir à la collaboration des anciennes Corporations de Londres; il en fût de même pour Harvey sous forme d'un banquet donné à l'Hôtel corporatif des épiciers, au cours duquel le verre vide n'est pas toléré et où l'honneur du Hanap commun est fait aux invités. On y conserve la pittoresque coutume de la mise en échec de toute tentative d'assassinat du buveur que l'on honore; il faut croire que l'usage de cette mort violente s'était répandu autrefois assez pour nécessiter l'institution obligatoire d'un cérémonial paralysant, encore conservé aujourd'hui dans des banquets dépourvus de

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

tout danger puisque les disparitions nécessaires, si elles sont encore mises en œuvre aujourd'hui ce dont nous voulons douter, se doivent faire d'une façon beaucoup plus discrète.

Chez les Maîtres tailleurs : soirée, dans une magnifique salle décorée d'ancienne argenterie, présentation au Prince de Galles au visage toujours empreint d'une souriante sympathie.

Enfin le dernier jour fut marqué par un banquet final au Guildhall (Hôtel de Ville) de Londres dans une immense salle de style gothique, malheureusement abîmée par des groupes sculptés commémoratifs plus récents et dont la valeur artistique tient toute entière dans l'effort fait par l'artiste pour y atteindre.

Après le découpage obligatoire des imposantes selles de bœuf rôties, parées de drapeaux aux couleurs de la Ville, exposées sur l'estrade et tendant leurs dos résignés (malheureusement complètement froids au point de vue gastronomique) au Chef découpeur, commencèrent les discours énoncés sur une plaquette-Menu, très bien venue.

Les menus étrangers paraissent être le dernier hommage rendu à la langue française, les traités diplomatiques deviennent bi- ou multilingues pour sacrifier au désir du complaisant vague moderne, les programmes de réjouissance des papilles linguales ont le goût de conserver une langue commune avec Brillat-Savarin, avec parfois quelques erreurs orthographiques dont le nombre paraît être en relation mathématique directe avec celui des erreurs culinaires; spécifions même que le menu du banquet dédié à la mémoire de Harvey en était digne.

Nous avons conçu une nouvelle admiration réelle pour les facultés de parole et de résistance de sir John Rose Bradford, président, qui assuma la charge de pas moins de cinq discours, d'importance variable, en fin de dîner, proposant les toasts en l'honneur du Roi, des membres de la famille royale, selon le cérémonial habituel; nous ne l'entendîmes pas donner la classique permission de fumer, mais au moment voulu se fit la distribution des accessoires végétaux indispensables à ce rite.

Les allocutions les plus applaudies du Président furent celles à la mémoire de Harvey et en l'honneur du Royal College of Physicians dont il rappela en un raccourci des plus suggestifs la glorieuse histoire médicale. Neville Chamberlain, ministre de l'Hygiène britannique, disposant à l'inverse de chez nous, hélas, d'un budget considérable et d'une influence qui lui est en partie liée, parla Médecins et Médecine comme un homme au courant de la question, de Harvey, d'Hygiène sociale ; il porta le toast aux délégués étrangers au nom desquels le professeur Castiglioni (de Padoue) répondit d'une éclatante façon.

Cet éclat de la parole, qu'elle soit politique ou médicale, paraît être décidément l'apanage des races méridionales, et dans un parallèle d'un enthousiasme saisissant entre la Renaissance italienne et celle tentée aujourd'hui sous le Consulat dictatorial, Castiglioni montra tout, et plus encore, ce qui, par ses études à Padoue, permit à Harvey de mettre sur pied, avec sa calme réflexion britannique, ses sensationnelles découvertes dont Fabricius d'Aquapendente avait été le pionnier.

Nous n'insisterons pas sur les autres toasts qui, sauf celui du professeur Welch, tombèrent dans la période de saturation mentale, contemporaine des premières vaso-constrictions circulatoires périphériques et cérébrales du début de a digestion, pour lesquelles la physiologie attend encore un Harvey.

Mais nous nous en voudrions de terminer ce court exposé d'une longue, mais ni fastidieuse ni interminable célébration, sans rendre hommage à la grande courtoisie de sir Bradford, à l'accueil cordial du docteur Crawford et à l'aimable empressement de H. M. Barlow, respectivement président, registrar et secrétaire administratif du Royal College of Physicians, vis-à-vis de toute la Délégation française, qui fut à l'honneur, et vis-à-vis de nous-même en particulier.

Dr R. PIERRET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 MAI 1928)

La variole et la vaccination en Algérie (rapport présenté au nom de la Commission permanente de vaccine). — M. L. CAMUS. Les très nombreux foyers de variole qui ont été constatés en France pendant les deux dernières années sont presque tous dus à des germes transportés d'Algérie par des travailleurs infectés. Cette constatation ne surprendra pas les personnes qui savent que depuis 1925 l'Algérie est gravement éprouvée par des épidémies de variole qui ont sévi dans ses trois départements. Aujourd'hui le fléau est vaincu, mais son retour offensif est encore possible, aussi importe-t-il de prendre toutes précautions utiles.

L'immunisation de toute la population sédentaire par la vaccination n'est que très incomplètement réalisée, et, d'autre part, les nomades échappent le plus souvent à la vaccination obligatoire. Des mesures vont être prises pour assurer la vaccination des différents groupements de la population. Les listes des assujettis vont être dressées, des équipes sanitaires mobiles convenablement organisées iront à la rencontre des caravanes et l'autorité administrative prêtera partout son concours à la bonne tenue des séances vaccinales.

Pour s'opposer aux désastres causés par la variole et d'une façon plus générale par toutes les maladies infectieuses, le gouvernement général de l'Algérie et l'administration centrale de l'hygiène en France devront étudier une organisation d'ensemble qui assurera aux travailleurs indigènes une préparation hygiénique plus complète avant leur embarquement et aussi une surveillance et une protection hygiénique après leur débarquement.

Mais, dès maintenant, l'Académie demande que la vaccination qui est imposée avant l'embarquement soit appliquée suivant le règlement actuel en vigueur pour la vaccination obligatoire, c'est-à-dire que le contrôle de l'opération ait lieu au huitième jour après l'inoculation. Le certificat de vaccination n'étant délivré qu'après le contrôle, on évitera ainsi d'embarquer des sujets infectés qui auraient été vaccinés pendant l'incubation de la maladie.

Il serait également très désirable, pour assurer une meilleure protection contre la dissémination des germes infectieux, de faire désinfecter les vaccinés avant l'embarquement et de stériliser leurs vêtements ainsi que les menus objets transportés à la main.

Les formes fétides des bronchectasies et leurs images radiologiques. (*Projections.*) — MM. SERGENT et JOBIN. Dans l'expectoration des bronchectasies fétides on trouve constamment des microbes anaérobies; on n'en trouve pas dans les bronchectasies non fétides. L'exploration radiologique au lipiodol montre que les bronchectasies fétides donnent des images sacciformes indiquant un drainage incomplet favorable au développement des anaérobies. Les bronchectasies non fétides, au contraire, donnent des images cylindriques et moniliformes, voire même ampullaires, indiquant de simples élargissements se drainant facilement.

A l'appui de cette différenciation, M. Sergent apporte trente observations de malades qu'il a étudiés à ce point de vue avec M. Jobin (de Québec). Les radiographies qu'il projette montrent les différences énoncées plus haut.

Il en résulte, au point de vue thérapeutique, que si la bronchoscopie avec aspiration et lavage des bronches est indiquée

dans les bronchectasies fétides, elle est inutile dans les bronchectasies non fétides qui se drainent naturellement.

Rapport sur les vœux présentés par M. Strauss en conclusion du rapport de M. Brouardel sur la tuberculose et les jeunes soldats. — M. LESAGE. Il y a quelques semaines, à la suite du dépôt au Sénat d'un projet de loi par M. Justin Godart, ancien ministre, sur l'incorporation *obligatoire* des conscrits tuberculeux dans des casernes spéciales, les casernes sanitaires, M. Brouardel faisait une communication sur ce sujet.

Il déposait le vœu que l'on profitât de l'âge d'incorporation pour placer les tuberculeux dans des conditions où ils pourraient être soignés et éduqués au point de vue de la prophylaxie de leur entourage.

Une commission fut nommée pour examiner ce vœu. Président : M. Roux. Rapporteur : M. Lesage.

La commission reconnaît que l'idée de M. J. Godart d'isoler les conscrits tuberculeux et de les éduquer est excellente. Mais elle s'est rendu compte des difficultés d'application (droit à pension, conseils de revision, libre choix du médecin, variétés de tuberculose, thérapeutique officielle, etc.).

La commission, devant ces responsabilités formidables de l'Etat, propose d'offrir aux conscrits de les isoler et soigner gratuitement dans des centres spéciaux pendant l'année militaire. On évite ainsi toute responsabilité à l'Etat.

— L'Académie aura à se prononcer sur ce vœu dans une prochaine séance.

Les dispositions anatomiques congénitales favorables à la production de la luxation récidivante de l'épaule. — M. ROUVIÈRE. Pour qu'une luxation récidivante d'origine non traumatique se produise, M. Rouvière pense que l'articulation scapulo-humérale doit réaliser les conditions suivantes :

1° Les bourses séreuses précapsulaires doivent communiquer avec la cavité articulaire par un seul orifice résultant de la disparition du ligament gléno-huméral moyen;

2° Cet orifice doit occuper tout l'intervalle compris entre les ligaments gléno-huméraux supérieurs et gléno-huméraux inférieurs.

3° Ce dernier ligament ne doit pas remonter bien haut sur la face antérieure de la jointure, ou bien ses faisceaux les plus élevés doivent être peu développés et par conséquent peu résistants.

L'auteur apporte à l'appui des faits cliniques ; il rappelle d'autres prédispositions décrites par Quénu, l'*encoche* de Broca et Hartmann, Grégoire et Fourmestraux ; la *tête en hachette* ou *en maillet* décrite par Louis Bazy.

Note préliminaire sur les modifications de l'excitabilité du système organo-végétatif sous l'influence des radiations. — M. ZIMMERN a cherché à mettre en évidence l'action des rayons X et des rayons ultraviolets sur l'excitabilité du sympathique. Il semble qu'aux doses normales il y ait une diminution de cette excitabilité, diminution précédée ou non d'une hyperexcitabilité.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 MARS 1928)

Fractures des maxillaires, résultats tardifs. Nouveau cas. — M. G. GINESTET. Il s'agit surtout de fractures balistiques et cette étude peut être considérée comme la suite et le complément d'une étude antérieure de l'auteur sur les fractures des maxillaires par armes à feu.

Lithiase sous-maxillaire. Procédé radiographique. — MM. Pujol et Bretton. Excellente observation d'une lithiase sous-maxillaire caractérisée par la présence dans le canal de Warton de deux calculs que les auteurs ont pu localiser d'une façon précise par rapport aux dents par la radiographie.

Considérations sur l'étude des tissus dentaires et des dents. — M. Herpin. L'auteur s'appuyant sur l'anatomie comparée poursuit l'étude scientifique de la formation des tissus dentaires et des dents et en particulier démontre qu'elle confirme les données récentes sur l'origine de l'émail et de la denture.

(Séance du 17 avril 1928)

Contribution à l'étude de l'anesthésie du nerf dentaire inférieur par voie sous-angulo-maxillaire. — MM. Bouvier et Viela (de Toulouse) décrivent une technique légèrement modifiée : leur point de repère principal est l'angle du maxillaire.

A propos d'une observation d'angine de Ludwig. — MM. Bercher et Leproust se rapportant à leur statistique du Val-de-Grâce, pensent que si le pronostic de l'angine de Ludwig paraît bien plus favorable chez les militaires, cela tient à la précocité de l'intervention : en pratique civile, le médecin et le chirurgien arrivent souvent trop tard.

Un cas de rhumatisme articulaire infectieux paraissant nettement déclanché par l'arrêt de l'écoulement d'une fistule jugale dentaire. — M. Thésée (de Brest).

Sustentation et rétention des appareils obturateurs des perforations palatines. — MM. Ponroy et Psaume envisagent successivement les divers appareils employés pour remédier aux pertes de substances palatines. Ils indiquent les meilleurs procédés permettant d'obtenir une stabilité correct et un résultat fonctionnel satisfaisant.

LIVRES NOUVEAUX

Du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte et en particulier de ses formes frustes (1), par le docteur Jean Mornet, interne des hôpitaux de Paris.

Le rétrécissement de l'isthme aortique a une existence anatomique fréquente mais une rareté clinique certaine. Quelle qu'en soit la variété anatomique, le syndrome fonctionnel est très effacé ou même absent, même au cours d'une longue existence. Il semble cependant, de l'avis de l'auteur, être toujours congénital, qu'il s'agisse d'un arrêt de développement ou d'une rétraction du canal artériel lors de son atrophie physiologique.

C'est surtout une affection du sexe masculin où les signes physiques sont habituellement suffisants pour empêcher le rétrécissement d'échapper au clinicien qui le recherche de parti pris.

Ce sont : un souffle systolique parasternal au deuxième espace gauche, avec propagation précordiale, claviculaire et interscapulovertébrale (caractère important); une circulation artérielle de suppléance sans réseau veineux parallèle, à la partie antérolatérale du thorax, circulation physiologiquement suffisante; des modifications du pouls fémoral enfin, très faible des deux côtés par rapport au pouls radial, ne donnant à l'inscription qu'un tracé arrondi et affaissé, avec conservation du synchronisme.

Parallèlement il y a aux membres inférieurs abaissement de la tension systolique et diminution de l'indice oscillométrique.

(1) Paris, G. Doin et Cie, 1927.

Pas de signes radiologiques positifs.

A noter la coexistence d'autres malformations cardiaques assez fréquente pour mettre le clinicien sur la voie.

Les formes cliniques sont nombreuses : formes complètes (pseudo-anévrismale en particulier), formes associées à des lésions cardiaques, formes frustes, les plus fréquentes.

L'évolution est celle des cardiopathies en général; la mort survient par insuffisance cardiaque et plus souvent peut-être par endocardite maligne ou apoplexie cérébrale ou rupture aortique, cette dernière facilitée par l'athérome auquel prédispose la lésion sténosante.

Si le diagnostic positif et différentiel est habituellement aisé le diagnostic du siège est le plus souvent quasi-impossible.

A cet important travail sont annexées 6 observations nouvelles dont 4 personnelles et inédites et une bibliographie qui ne compte pas moins de 98 références. R. LEVENT.

Le Mécanisme du cœur et ses anomalies. Etudes anatomiques et électrocardiographiques (1), par Emile Géraudel, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Le but de l'auteur de cet ouvrage est de déterminer, par l'étude des anomalies du mécanisme cardiaque, le fonctionnement normal du cœur.

Les anomalies du mécanisme cardiaque se rencontrent fréquemment en clinique et offrent de nombreuses variétés. Mais leur analyse n'est devenue possible que depuis la découverte de l'électrocardiographe qui permet de déterminer, avec une netteté et une précision auparavant inconnues, le travail de l'oreillette et celui du ventricule.

Pour tirer de l'anormal une idée de la norme, il est évident qu'il faut faire des hypothèses. A l'hypothèse classique, l'auteur propose de substituer celle des cardionecteurs à circulation variable qui rend un compte plus satisfaisant des faits observés.

Dans ce livre, on trouvera les documents et les hypothèses. Les documents, ce sont les nombreux tracés électrocardiographiques, quelques observations cliniques et les microphotographies des lésions trouvées à l'autopsie. L. G.

Structure des muscles striés. Etude cinématographique des contractions normales et atypiques des muscles et du myocarde, par R. Lutembacher. Un volume de 156 p. avec 103 fig. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 4 juin. — Jury : MM. Legueu, président; Couvelaire, M. Labbé et Lemierre. — M. Gorodetsky. La protection maternelle et infantile en Russie soviétique. — M. Dreyfus. Physiologie des diverticules vésicaux. — M. Seligman. La mesure thermo-électrique des températures cutanées. — M. Chatellier. Essais sur le thyroïdisme et la carie dentaire.

Mardi 5 juin. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Carnot, Jeanselme et Sézary. — M. Chalaby. Etude sur la grossesse interstitielle. — M. Jaïs. Les maladies coloniales en France avant et après la guerre.

Jeudi 7 juin. — Jury : MM. Marfan, président ; Nobécourt, Chabrol et Lereboullet. — M. Uzan. Etude du muguet et de son traitement. — M. Leroy. Le sulfarsénol dans les états hypothrepsiques.

(1) Un volume de 286 pages avec 200 figures. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Les services automobiles P.-L.-M. relient la station de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire. — Par la qualité de ses eaux, la station thermale de Saint-Nectaire s'est fait une renommée mondiale; les baigneurs y viennent, chaque année, plus nombreux.

Deux services quotidiens d'auto-cars P.-L.-M., en correspondance avec les trains de et pour Paris, Nîmes, Montpellier, Cette, Marseille, relient cette station, l'un jusqu'au 30 septembre à Clermont-Ferrand, l'autre, du 1er juin au 25 septembre, à Issoire.

De Saint-Nectaire, les auto-cars P.-L.-M. mènent à Murols, au Lac Chambon et au Mont-Dore et facilitent ainsi la visite de la région pour le plus grand agrément des baigneurs.

Les principales gares du réseau P.-L.-M. délivrent des billets directs pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont-Dore. Ces billets permettent d'enregistrer dès le point de départ les bagages pour les trois stations précitées, sans que le voyageur ait à s'en préoccuper à Clermont ou à Issoire.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paliard.

— Versailles. — Un concours pour la nomination de cinq internes en médecine (deux titulaires et trois provisoires) sera ouvert le vendredi 29 juin 1928, à 9 h. du matin.

La durée de l'internat est fixée à quatre ans, divisés en deux périodes de deux années; l'autorisation de l'administration et l'avis favorable des chefs de service sont nécessaires pour accomplir la seconde période. Une année supplémentaire peut être accordée exceptionnellement par l'administration, après avis favorable des chefs de service.

Les internes (titulaires et provisoires) sont nourris, logés, chauffés et éclairés (ou indemnisés); les internes titulaires reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 fr.; les internes non logés (titulaires ou provisoires) reçoivent une indemnité de 2.200 fr. par an.

Un prix annuel de 100 fr. (fondation de Bizy) et un prix biennal de 600 fr. (fondation Despagne) ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de 3e et 4e année (A. R.) et 4e et 5e année (N. R.) d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 22 juin 1928.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 h. à 11 h. du matin et de 2 h. à 4 h. du soir.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Par arrêté ministériel en date du 14 mai 1928, ont été déclarés aptes à remplir les fonctions d'aide de clinique à l'hospice national des Quinze-Vingts, dans l'ordre de classement ci-après : 1° M. Hurstel, 2° M. le docteur Moussette, 3° M. le docteur Maraval, 4° M. Blanchard, 5° M. Halphen.

— Par arrêté ministériel en date du 15 mai 1928, M. Hurstel, Raoul, est nommé aide de clinique titulaire à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Jean Lorgnier (de Saint-Omer), Poutier (de Lumbres).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Maurice Riot et Langlois (de Paris), Vanschengel (de Lille), Louis Lemaire (de Dunkerque).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Inspection de l'assistance publique. — Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en date du 30 mai 1928, M. le docteur Pigot, inspecteur de l'Assistance publique d'Indre-et-Loire, est nommé inspecteur de l'Assistance publique de la Seine, en remplacement de M. Delon, précédemment admis à faire valoir ses droits à la retraite.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le *Journal officiel* du 3 juin publie un décret modifiant le décret du 5 août 1908 relatif à la protection de la santé publique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Degos (de Paris) et Paul-Edouard Tardy, médecin de colonisation à Tiaret (Oran); M. Bernard Laignel-Lavastine, étudiant en médecine, décédé accidentellement. Nous prions son père, M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine, de recevoir l'expression très émue de notre profonde et bien affectueuse sympathie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Professeur : M. GOSSET.) — Charge de cours de radiologie clinique. (Chargé de cours : M. Ledoux-Lebard.) — *Cours de perfectionnement. — Diagnostic et traitement des maladies de l'appareil digestif.* — Sous la direction de M. le professeur Gosset aura lieu, à partir du 25 juin 1928, à l'usage des médecins et des étudiants pourvus d'au moins 16 inscriptions (N. R.) ou de 12 inscriptions (A. R.), un cours de diagnostic et de thérapeutique pratique des maladies de l'appareil digestif. Ce cours sera fait par M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, pour la partie radiologique, et par M. René-A. Gutmann, attaché médical de la Clinique, chargé des consultations de gastro-entérologie, pour la partie clinique et thérapeutique.

Les élèves collaboreront, sous la direction du docteur Gutmann, à la consultation et à l'établissement de la thérapeutique. Ils feront eux-mêmes, sous la direction du docteur Ledoux-Lebard, les examens radiologiques nécessaires. Lorsqu'il s'agira de cas chirurgicaux, ils assisteront ensuite aux opérations qui seront pratiquées par M. le professeur Gosset. Les divers examens complémentaires (tubages duodénaux, interprétation des radiographies simples ou en série) seront faits par eux ou avec leur assistance.

Cet enseignement, essentiellement pratique, aura une durée d'un mois et commencera le 25 juin 1928, à 10 h., à la Salpêtrière, service du professeur Gosset, pavillon Osiris.

Le nombre des inscriptions est limité à 10.

Le droit d'inscription est fixé à : 150 fr. pour les cours; 150 fr. pour les travaux pratiques.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 18 juin 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours sera fait en liaison avec les cours de M. le professeur Ombrédanne.

— Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière; Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le docteur Hartmann, commencera le lundi 18 juin 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE PARIS A LYON ET DE PARIS A BESANÇON. — A partir du 15 mai, le train rapide 13 qui circule entre Paris et Lyon, a sa marche accélérée. Ce train qui comporte des voitures Pullman de 1re et 2e classes, des voitures de 1re et 2e classes ordinaires et un wagon-restaurant comprend, en outre entre Paris et Dijon une voiture directe 1re et 2e classes pour Besançon.

Aller. — Départ de Paris, 12 h. 25; arrivée : Dijon, 16 h. 37; Besançon, 18 h. 54; Chalon-sur-Saône, 17 h. 46; Lyon-Brotteaux, 19 h. 27; Lyon-Perrache, 19 h. 46.

Retour. — Départ : Lyon-Perrache, 7 h.; Lyon-Brotteaux, 7 h. 15; Chalon-sur-Saône, 9 h. 07; Besançon 8 h. 22; Dijon, 10 h. 16; arrivée à Paris, 14 h. 25.

LIVRES NOUVEAUX

La tuberculose pulmonaire vue aux rayons X (1), par le docteur Jacques STEPHANI.

La radiographie pulmonaire qui, jusqu'il y a quelques années, jouait en clinique un rôle plutôt effacé, voit actuellement s'étendre de jour en jour le domaine que lui concèdent les spécialistes et même les praticiens.

Cette popularité croissante est due au fait que la nouvelle méthode, non seulement comble des lacunes que l'auscultation et les autres moyens de diagnostic clinique avaient toujours laissées, mais qu'elle en est même arrivée à créer à elle seule des tableaux pathologiques (les tuberculoses fibreuses diffuses par exemple) et à mettre en évidence des lésions avant elle insoupçonnées. En tuberculose pulmonaire, la grande classe des formes muettes ou mal traduites ne peut être comprise correctement qu'au moyen de la radiographie.

Malheureusement, aucun traité ne permettait jusqu'à présent au praticien ou au spécialiste de s'initier à la fois à la technique et à l'interprétation des radiographies pulmonaires. Cet ouvrage arrive donc à son heure et contribuera à donner au diagnostic radiologique la large place qu'il mérite en phtisiologie.

Dans les cent premières pages, l'auteur décrit jusque dans ses moindres détails la technique à suivre pour obtenir des radiographies correctes; il définit d'ailleurs au moyen de critères précis ce qu'on entend par une bonne et une mauvaise radio. Puis il pose les bases de l'anatomie pulmonaire radiographique normale et décrit en particulier toutes les images si variées et diverses que l'on doit s'attendre à trouver dans le poumon d'un individu bien portant. Il va sans dire que ceci constitue le premier point à traiter dans un ouvrage de ce genre et le plus urgent, car on ne saurait de toute évidence apprécier les modifications pathologiques du poumon tuberculeux si l'on n'en connaît pas le dessin normal.

Ce dessin, autrement dit l'ensemble de traits fins, de lignes enchevêtrées, de courbes diverses, de bifurcations et de croisements est devenu un véritable dédale depuis que la technique moderne des radiographies instantanées a permis d'arriver à reproduire sur les films des vaisseaux dont la finesse ne dépasse pas quelques dixièmes de millimètres.

Ceci fait, la plus grande partie de l'ouvrage est consacrée à la classification et à la définition des formes anatomo-cliniques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire.

Le dernier chapitre est consacré au diagnostic différenciel radiologique élémentaire.

Cet ouvrage n'est donc pas seulement un atlas mais avant tout un traité destiné à guider pas à pas le débutant dans la science encore nouvelle qu'est le radiodiagnostic de la tuberculose pulmonaire. Il constitue donc à ce point de vue une œuvre absolument originale dans la littérature médicale de langue française. L. G.

(1) Un volume in-8 avec 161 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, Payot, 106, boulevard Saint-Germain



IODURE DE POTASSIUM
ET MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par le docteur Paul MÉRIEL,
Ancien interne des hôpitaux,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse.

C'est aujourd'hui un fait universellement admis que la méningite tuberculeuse de l'adulte, contrairement à celle de l'enfant, se présente comme secondaire à une localisation du bacille sur un autre organe. Comment s'explique le réveil de ces lésions souvent latentes? Bien des fois, c'est à la faveur d'une infection secondaire surajoutée, ou encore d'un traumatisme chirurgical. On connaît bien ces interventions sur un foyer osseux, articulaire ou ganglionnaire qui se terminent parfois par un pareil désastre. Mais il nous a semblé que l'éclosion d'une méningite tuberculeuse à la suite de l'administration d'iodure de potassium était assez rarement signalée. Nous en avons observé un cas très net, dont voici d'ailleurs l'observation.

Observation (service du professeur Mériel). — Il s'agit d'un homme de trente ans, cuisinier de son métier qui a très bien supporté les fatigues de la guerre. En avril 1926, le malade remarque au niveau de la tête du deuxième métacarpien droit une saillie non enflammée et recouverte de squames. Celle-ci disparaissait au bout de deux mois; mais quelque temps après apparaît sur la première phalange du quatrième doigt une excroissance analogue. Celle-ci au lieu de diminuer, comme la première, augmente de volume et prend l'aspect d'une grosse « verrue » noirâtre, du diamètre d'une pièce de 1 franc. Elle repose sur une base œdémateuse et molle. En même temps, un œdème mou infiltre la main et le poignet. Une manifestation analogue à cette « verrue » se produit sur le bord cubital de l'avant-bras droit et le malade souffre de son coude dont les mouvements sont limités.

L'examen révèle ces principalas lésions qui ressemblent un peu à la tuberculose verruqueuse. Au niveau de la deuxième phalange du médius droit, il y a une fracture spontanée qui se traduit par des mouvements anormaux et de la crépitation; ces mouvements sont indolores. La main est œdématiée, boudinée; une ponction dans les endroits pseudo-fluctuants ne ramène rien. La réaction de Wassermann est négative.

Pour éliminer le diagnostic de mycose, on fait prendre au malade 8 grammes d'iodure de potassium pendant dix jours. Les quelques douleurs que ressentait le malade s'atténuent et le gonflement de la main diminue sensiblement.

Mais quatorze jours après le début du traitement, une céphalée violente, gravative s'installe. L'iodure est immédiatement supprimé, et une vessie de glace est posée sur la tête. Le lendemain, la céphalée persiste, s'accompagne de rachialgie. Le malade prend la position en chien de fusil. L'examen révèle une légère raideur de la nuque et un Kernig positif. Devant ce syndrome méningé, on pratique une ponction lombaire qui donne issue à un liquide clair, avec 30 lymphocytes et 0g80 d'albumine. Les jours suivants les vomissements cérébraux font leur apparition, la température oscille autour de 38 degrés, le pouls bat à 56, la somnolence est continuelle. Puis dix jours après le début de ces accidents, tout paraît s'arranger; la température baisse, la somnolence disparaît; le malade répond mieux aux questions. Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée, elle révèle 40 lymphocytes et 1 gramme d'albumine. Mais deux jours après, cette amélioration cède la place à une prostration de plus en plus grande, et la mort survient au bout de trois jours.

Formolage in situ des centres nerveux. L'autopsie révèle quelques exsudats à la base mais surtout marqués le long de l'artère sylvienne. Le diagnostic de méningite tuberculeuse est vérifié par l'examen histologique. L'examen des poumons a montré des lésions de ramollissement au niveau des deux sommets.

Ainsi donc comme le montre la lecture de cette observation, il semble bien que ce soit à l'action de l'iodure qu'on doive attribuer cette réactivation du foyer tuberculeux jusque-là latent. Ceci n'est pas fait pour nous étonner. Germain Sée, dans ses cliniques, et de nombreux auteurs après lui, ont administré de l'iodure de potassium à des tuberculeux, chez lesquels l'examen ne révélait pas de bacilles, et qui, à la suite de cette absorption, en ont présenté, avec accompagnement d'une aggravation des signes physiques. Mais comme le fait remarquer Pruvost, cette épreuve ne sera tentée que chez des malades auxquels elle ne peut nuire en aggravant l'évolution d'une lésion active.

Ne fait-on pas aussi absorber 0g50 à 1 gramme d'iodure pour fixer un pronostic, pour savoir si la température remontera, si l'expectoration réapparaîtra? Comme le dit encore Pruvost « il faut rejeter l'iodure chez les tuberculeux évolutifs, il conduit à des désastres, et provoque si bien un réveil du foyer qu'on s'en sert à titre d'épreuve quand on est presque certain de la guérison ». Ne voit-on pas aussi des lupus qui se tuméfient, se congestionnent quand on leur administre de l'iodure? Et notre maître, le professeur Audry nous disait encore qu'il ne donne jamais d'iodure à des syphilitiques suspects de tuberculose.

C'est la rareté de cette complication méningée au cours du traitement ioduré qui nous a engagé à publier cette observation, qui vient ajouter une cause de plus à celles qu'avaient signalées les auteurs classiques, comme provocatrices des réveils de la tuberculose latente de l'adulte et pouvant aboutir à une méningite.

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séances des 25 et 26 mai 1928.)

Comme il y a deux ans, le professeur Ch. Richet souhaite la bienvenue aux savants rassemblés qui représentent l'apothéose de la Biologie moderne et donne la parole à M. Joseph Barcroft, professeur à Cambridge, pour l'exposé de son rapport sur l'**hémoglobine et son rôle biologique.**

***

M. Barcroft parle anglais, mais il parle si lentement, il articule si bien, il sait mêler, à ce grave sujet, tant d'humour qu'on le suit sans peine dans ses déductions. Il se propose d'établir un lien entre les propriétés de l'hémoglobine qui sont significatives au point de vue biologique et ce que nous connaissons de ses propriétés chimiques et physiques.

I. — *La première propriété fondamentale de l'hémoglobine est le pouvoir de s'unir avec l'oxygène suivant des proportions qui dépendent de la pression partielle de l'oxygène à laquelle l'hémoglobine est soumise.*

La synthèse de l'hémoglobine se fait dans les organismes vivants. En quoi consiste-t-elle?

Considérons d'abord l'hématine. Nous partons du groupe-

ment pyrrol pour arriver d'abord au dipyrrhol, puis au noyau de la porphyrine, selon la formule de Küdler.

Peut-on obtenir un composé métallique de la porphyrine? Oui, mais trois seulement peuvent être oxydés : les porphyrines de cobalt, du fer et de manganèse. De ces trois métalloporphyrines, une seule peut se combiner avec la protéine, la porphyrine du fer, largement répandue dans la nature. On trouve aussi dans la nature, mais en petites quantités, une hémoglobine qui ne dérive pas de la protoporphyrine : c'est la chlorocruorine, déjà signalée par M. M. Edward et par de Quatrefages, plus récemment étudiée par Ray Lankester, qui lui a donné son nom et par Fox.

Des deux composants de l'hémoglobine, la globine n'est pas moins intéressante que l'hématine. Si celle-ci, en effet, peut former avec un grand nombre de substances azotées des composés dits hémochromogènes, aucun d'eux n'est capable de s'unir à l'oxygène débile. Celle-ci, au contraire, est capable, en s'unissant à l'hématine, d'acquérir cette propriété. Ainsi, de tout le domaine des porphyrines, des métaux et des substances azotées, la seule combinaison d'une métallo-porphyrine avec un corps azoté, qui ait persisté en tant que pigment respiratoire adéquat, est le composé formé par la protoporphyrine avec la globine non modifiée. Mais : 1° nous ne savons pas comment l'oxygène labile est fixé sur l'hémoglobine; 2° jusqu'à un certain niveau de l'échelle animale a persisté un composé qui joue le rôle de pigment respiratoire et qui ne renferme pas de métallo-porphyrine dans sa molécule : c'est l'hémocyanine. Dans ses rapports avec les gaz, ce corps ressemble plus à l'hémoglobine qu'à tout autre corps connu et pourtant ce n'est pas un sel de fer, mais un sel de cuivre, et il ne contient pas le noyau de la porphyrine. En dépit de ces différences, la courbe de dissociation de l'oxygène de l'hémocyanine est du même type que celle de l'hémoglobine; elle confère aussi au sang la même courbe de dissociation de CO^2 et la réciprocité entre l'oxygène et CO^2 qu'elle implique, quoique non exactement semblable, est très analogue.

Etudiant ensuite le rôle du fer, M. Barcroft montre que, bien que l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine réduite soient toutes deux des sels ferreux, il ne faut pas supposer que le fer soit un facteur négligeable dans l'union de l'oxygène labile avec l'hémoglobine. Plusieurs faits montrent son importance.

1° La porphyrine ne peut être séparée de l'oxyhémoglobine que très difficilement, alors qu'elle peut être détachée très aisément de l'hémoglobine réduite.

2° Le passage du fer ferreux au fer ferrique, c'est-à-dire le passage de l'oxyhémoglobine à la méthémoglobine fait perdre au composé son pouvoir de former une combinaison labile avec l'oxygène.

II. *La seconde propriété de l'hémoglobine ayant une signification biologique est son pouvoir de rendre le sang capable de transporter des quantités considérables d'acide carbonique, en présentant seulement un très léger changement de la pression en acide carbonique, quand il circule à travers les tissus.*

La courbe représentant l'équilibre entre le sang et l'acide carbonique a été obtenue par Jaquet et, plus tard, par Bohr. Jaquet a montré que le sang fixe une quantité d'acide carbonique beaucoup plus grande que le plasma, entre deux pressions quelconques, au voisinage de 40 millimètres de mercure. Les globules jouent donc un rôle prépondérant.

Action tampon de l'hémoglobine. — Le mécanisme de leur action fut interprété d'abord par Zuntz et Lœwy, et leur point de vue confirmé par Christiansen, Douglas et Haldane. Hasselbalch, L.J. Henderson. D'après eux, l'acide carbonique ne s'unit pas directement avec l'hémoglobine, mais avec le sodium pour former du bicarbonate de sodium. L'hémoglobine, qui est un acide comme CO^2, tend à s'unir comme lui avec le sodium. Cependant, l'oxyhémoglobine est un acide beaucoup plus fort que l'hémoglobine réduite, ce qui permet à la base de s'unir facilement à l'acide carbonique lorsque le sang abandonne de l'oxygène dans les tissus au voisinage des capillaires et, réciproquement, l'acide carbonique tend à être rejeté lorsque le sang se charge d'oxygène dans les poumons.

Ce mécanisme dépend surtout de la manière dont l'oxygène est lié à l'hémoglobine. Mais, ici encore, l'hémocyanine garde des propriétés analogues à celles de l'hémoglobine. En solution alcaline, l'acide carbonique tend à en chasser l'oxygène et la course d'équilibre de l'hémocyanine a le même profil général que celle de l'hémoglobine.

III. — *La troisième propriété biologique de l'hémoglobine est la solubilité adéquate.*

Toute la vie organique des animaux supérieurs repose sur ce fait que l'oxygène est fourni d'une façon intensive aux tissus, ce qui est dû à cette propriété du sang de pouvoir transporter soixante fois plus d'oxygène que la même quantité de solution de Ringer, sous une même pression. Comme 1 gramme d'hémoglobine seulement s'unit avec 1,34 centimètres cubes d'oxygène, il est évident que, pour remplir sa tâche, elle doit être extrêmement soluble.

Environ 14 p. 100 du sang sont constitués par l'hémoglobine, dont la concentration, dans les hématies, est de 35 p. 100. En accumulant ainsi l'hémoglobine dans les globules, l'organisme s'assure plusieurs avantages, dont le moindre n'est pas le transport de la totalité de l'oxygène que le sang véhicule. Notons en passant l'antagonisme du fer et du cuivre comme pigment sanguin : ou l'un ou l'autre, mais non les deux.

IV. — *Le quatrième point ayant un intérêt biologique est que l'affinité pour l'oxygène doit correspondre aux besoins de l'animal.*

L'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène est réglée de deux façons : 1° en utilisant le fait qu'il existe une grande variété d'hémoglobine ayant des affinités différentes; 2° en réglant l'affinité elle-même, ce qui est réalisé en plaçant l'hémoglobine dans un milieu favorable.

La spécificité en rapport avec l'affinité pour l'oxygène. — Les hémoglobines des différents animaux ont des affinités très variées pour l'oxygène (Douglas, Haldane et Haldane). Cette spécificité semble due à la globine.

Quant à l'influence du milieu extérieur sur l'équilibre, on peut dire que l'efficacité de l'hémoglobine pour l'oxygène peut-être influencée par la température, les sels, les acides et les alcalis. En particulier, pour cette dernière cause, l'expérimentation montre que, si la concentration en ion H augmente, l'efficacité de l'hémoglobine pour l'oxygène diminue.

L'étude de l'influence du *p*H et de la température sur l'équilibre entre l'hémoglobine et l'oxygène peut, d'ailleurs, être poussée plus loin, en ce qui concerne les variations que subit l'équation

$$[HbO^2] = K\,(O^2)\,(Hb).$$

L'équilibre $Hb + O^2 \rightleftarrows HbO^2$ résulte de deux réactions opposées

$$Hb + O^2 \rightarrow HbO^2$$
$$\text{et } HbO^2 \rightarrow Hb + O^2.$$

Chacune de ces réactions a été étudiée en détail par Hartridge et Roughton.

Les vitesses de ces réactions sont si grandes que leur mesure est très difficile; quand les conditions expérimentales sont réglées de telle sorte que les mesures puissent être faites aussi lentement que possible, les unités de temps employées dans la détermination de la réaction

$$Hb + O^2 \rightarrow HbO^2$$

sont de l'ordre de grandeur du millième de seconde et du centième de seconde dans la réaction

$$HbO^2 \rightarrow Hb + O^2.$$

La première réaction se fait environ 17 fois plus vite que la deuxième dans les conditions où elles sont mesurées.

Les faits remarquables qui ressortent sont que :

1° Les changements dans le pH n'influencent pas la réaction

$$Hb + O^2 \rightarrow HbO^2.$$

2° La température n'a pas d'effet sur la réaction

$$Hb + O^2 \rightarrow HbO^2.$$

3° Une élévation de température accélère la vitesse de la réaction

$$HbO^2 \rightarrow Hb + O^2.$$

4° Cette réaction n'est influencée que si le pH est compris entre certaines limites, soit $p\text{H} = 5.5$ et $p\text{H} = 7.5$, c'est-à-dire dans la région du point iso-électrique.

V. *Le cinquième point ayant un intérêt biologique est l'adaptation de l'hémoglobine aux changements du milieu dus à la température.* — Les hémoglobines trouvées chez des animaux vivant dans des conditions différentes ont des coefficients de température très différents. La grenouille, par exemple, a un coefficient particulièrement bas. Les adaptations les plus parfaites ont été réalisées chez les animaux à sang chaud. Dans les globules de ceux-ci, la concentration peut être, en effet, celle qui permet à l'hémoglobine de trouver les conditions optima pour la respiration. Remarquons, d'ailleurs, l'indépendance de concentration en ions H dans les globules et dans le plasma, et notons que la nature peut modifier la courbe de dissociation de l'oxyhémoglobine en maintenant constante la concentration du plasma en ions H. Heureusement, parce que : 1° Si l'intérieur du globule n'était pas modifié dans le sens d'une augmentation apparente de l'alcalinité, l'homme ne pourrait s'élever qu'à des altitudes plus faibles que celles qu'il atteint. Et cela parce que l'hémoglobine ne se chargerait pas suffisamment d'oxygène ; 2° D'autre part, si le plasma devenait plus alcalin, le centre respiratoire perdrait son stimulus, et la respiration, loin d'être augmentée, tendrait à s'arrêter. Il est de toute importance, au point de vue du centre respiratoire, que la concentration en ions hydrogène du plasma soit maintenue. Il est donc de toute importance, au point de vue de la respiration des tissus, que l'intérieur du globule devienne plus alcalin. En fait, ces conditions, qui paraissent antagonistes, sont toutes deux réalisées, et si l'homme, explorateur, en faisant l'ascension du Mont Everest, atteint le terme de son ambition, ce sera grâce à ce paradoxe de l'hémoglobine.

M. Ch. Richet remercie vivement le conférencier, et, humour pour humour, le compare à... Galien qui, le premier, il y a quelques siècles, a proclamé l'adaptation admirable de tous les organes à un but déterminé. M. le professeur Nicloux félicite, en la personne de M. Barcroft, l'école anglaise qui, si bien, a étudié les propriétés physico-chimiques et biologiques de l'hémoglobine. Il fait remarquer que la discussion restée si longtemps ouverte sur la méthémoglobine et sur la quantité d'oxygène que renferme ce curieux composé, considéré alternativement comme un composé plus oxygéné, moins oxygéné, ou renfermant autant d'oxygène que l'oxyhémoglobine, se présente aujourd'hui sous un nouvel aspect. Conant pense, en effet, que la différence essentielle entre la méthémoglobine et l'oxyhémoglobine réside dans le fait que le fer est à l'état ferrique dans le premier cas, à l'état ferreux dans le second. Barcroft accepte cette manière de voir dans son rapport et Nicloux pense même que l'on peut à la rigueur concevoir la molécule de méthémoglobine comme ne renfermant plus d'oxygène ; l'action des agents oxydants méthémoglobinisants n'ayant d'autre effet que de faire passer le fer ferreux de l'hémoglobine (ou de l'oxyhémoglobine) à l'état ferrique, d'où production de méthémoglobine, les agents réducteurs provoquant le phénomène inverse, d'où production de l'hémoglobine à partir de la méthémoglobine. M. Portier demande si M. Barcroft fait intervenir le poumon dans la sécrétion de l'hémoglobine. M. Giraud demande à M. Nicloux de lui exposer les preuves qui lui font considérer le fer comme étant à l'état ferreux dans l'oxyhémoglobine. M. Würmser voudrait savoir s'il existe des mesures de concentration de l'hémoglobine qui contrôlent les analyses chimiques de M. Nicloux. Au premier, celui-ci fait observer que les preuves sont surtout d'ordre négatif, au second, qu'il ne sait pas. M. Girard ajoute que c'est une des propriétés caractéristiques de la méthémoglobine de fixer beaucoup d'eau, de manière à se constituer une périphérie stable.

*
* *

Le samedi matin, M. Cesare Artom a fait un rapport, suivi d'une démonstration, sur **La polyploïdie dans ses corrélations morphologiques et biologiques.** Sujet bien technique, et — pour le moment — sans grand intérêt médical ! Il s'agit de la multiplication des chromosomes, laquelle peut intéresser, non seulement les cellules de la lignée germinative, mais aussi celles de la lignée somatique. Le terme de *polyploïdie* s'applique donc aux cas où les chromosomes simples d'une espèce ou d'une race ont subi une multiplication numérique. Et, comme tout organisme, animal ou végétal, traverse deux phases, une première, ou *gamophase*, une seconde, ou *zygophase*, caractérisées, celle-là par une garniture de chromosomes simple ou haploïde, celle-ci par une garniture double, ou diploïde, il sera facile de distinguer les races et les espèces au point de vue de leur condition chromosomique, en adoptant la terminologie suivante : les races univalentes ou diploïdes sont celles qui ont une gamophase haploïde et une zygophase diploïde ; les races bivalentes sont celles qui ont une gamophase diploïde et une zygophase tétraploïde, et ainsi de suite. On connaît également, surtout dans le règne végétal, des races triploïdes et même pentaploïdes. Ces races, en général, n'ont pas de gamophase, puisqu'elles ne se reproduisent plus par amphigonie.

Ceci étant, voici les principales conclusions de l'auteur :

1° On doit considérer comme polyploïdes les espèces dont la garniture chromosomique, au lieu d'être double, comme à l'état normal (état diploïde), a subi une multiplication, pour devenir triple, quadruple, etc...

2° Les espèces ayant un nombre de chromosomes multiple peuvent, au point de vue de leur origine, être divisées en espèces allo-polyploïdes et espèces auto-polyploïdes. Chez les premières, se trouvent réunis des chromosomes hétérogènes, provenant de lignées éloignées les unes des autres. Chez les secondes, au contraire, ce sont les chromosomes préexistant qui, à la faveur sans doute d'une mutation, ont subi une multiplication.

3° L'allo-polyploïdie est très fréquente dans le règne végétal et son origine se rattache à des phénomènes d'hybridation. Dans le règne animal, au contraire, les quelques cas de polyploïdie qu'on connaît, sont des cas d'auto-polyploïdie.

4° Dans le règne animal, la polyploïdie est quelquefois en corrélation avec la parthénogénèse. Mais il ne s'agit pas d'une corrélation nécessaire ; étant donné qu'on connaît des races et espèces polyploïdes non parthogénétiques. D'une façon générale même, l'apparition de la parthénogénèse au sein d'une espèce amphigonique peut être considérée comme un fait qui (dans le règne zoologique du moins) n'a rien à voir avec l'hybridation.

5° Le gigantisme est en rapport, d'une façon générale, avec la polyploïdie. Ce rapport, facultatif chez les végétaux, existe toujours et d'une façon constante chez les animaux, du moins à certaines phases de développement et pour certains organes composés d'éléments cellulaires par moments, comme le sont ceux du système nerveux.

*
* *

Le samedi soir, inauguration du buste du professeur Dastre au laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne, sous

la présidence de M. Charléty, vice-recteur. Trois discours seulement, mais tous trois excellents : M. Louis Lapicque, l'un des élèves préférés de Dastre, a, dans la plus émouvantes des allocutions, rappelé ce que la science devait à ce maître, qui n'a jamais cessé de définir la physiologie, la physique et la chimie des êtres vivants, dont les disciples s'appellent Ambard, Arthus, Cardot, Bierry, Dhéré, Victor Henri, Laugier, et qui, lui-même, avait été élève à l'école de Cl. Durand. Le professeur Foa, de Rome, dit quelle sympathie admiratrice lui inspirait Dastre, dont M. d'Arsonval, dans une spirituelle allocution, fait revivre la physionomie extraordinairement brillante. Cette cérémonie, à laquelle avaient été cordialement invités tous les biologistes, et à laquelle ont assisté, entre autres les professeurs Ch. Richet, Achard, Roussy, MM. Vernes, Netter, Zimmern, Martin, de l'Institut Pasteur, a été particulièrement brillante. Elle montre, une fois de plus, qu'en France aussi bien qu'ailleurs, nous avons le culte du souvenir. De grandes figures comme celles de Dastre sont-elles de celles que, si vite, on puisse oublier?

L. BABONNEIX.

XLIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE [1]

Paris, mai 1928.

Lupus circonscrit du sourcil et de la paupière, traité par l'excision et la greffe. — M. Dupuy-Dutemps. Le résultat fut excellent. Dans les cas analogues, l'auteur recommande de prélever le greffon très loin du foyer lupique. Les greffes ainsi faites résistent à l'extension et à la récidive, contrairement à celles pratiquées avec un tissu voisin du lupus.

Les kératites ulcéreuses dans l'hérédo-syphilis. — M. A. Terson insiste sur la fréquence rarement signalée du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des kératites ulcéreuses. Cette notion trop souvent méconnue permet d'instituer un traitement spécifique efficace et quelquefois même de dépister une hérédo-syphilis jusque-là muette.

M. Bellencontre rapporte trois cas récents de kératite ulcéreuse chez des hérédos méconnus et guéris par le traitement mercuriel.

Kératomalacie et rayons bleus. — M. Borel. Après avoir rappelé l'action pathologique des rayons X, infrarouges, ultraviolets, sur le globe oculaire, l'auteur rapporte un cas de kératomalacie consécutif à des applications de rayons X sur un eczéma du visage et guéri par les rayons bleus.

L'auteur se demande s'il ne faudrait pas voir là une preuve clinique d'un antagonisme biologique entre les rayons de courte longueur d'onde et les rayons de longueur d'onde plus élevée.

Sur l'appareil musculaire de l'iris. — M. Redslob apporte des arguments nouveaux en faveur de l'existence d'un muscle dilatateur de l'iris.

Le relâchement s'effectue sur l'iris en totalité et non pas seulement sur la portion sphinctérienne, il ne s'agit donc pas d'une simple inhibition du sphincter.

Le dilatateur a une puissance suffisante pour rompre quelquefois des synéchies. Son volume, mesuré par l'auteur, est le triple de celui du sphincter.

M. Redslob a trouvé chez l'homme et le lapin albinos, avec le microscope polarisant, des fibres radiaires bi-réfringentes d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la périphérie de l'iris. Enfin, l'auteur relate quelques observations qu'il a faites sur les terminaisons pupillaire et ciliaire du muscle dilatateur.

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

Les sources multiples de l'humeur aqueuse. — M. Magitot, confirmant une idée émise par l'auteur en 1916, les travaux de biochimie, ont montré que l'humeur aqueuse était un dyalisat du sang. Le liquide oculaire (comme le liquide céphalo-rachidien) est formé par les capillaires de l'uvée représentant la leptoméninge et de la rétine représentant le parenchyme nerveux. Les entrées et les sorties du liquide se balancent. Il n'y a aucun courant au sens propre du mot, mais un renouvellement lent du liquide.

L'auteur est convaincu de la vérité des conceptions d'Achard sur le système lacunaire et rappelle les vues de Mestrezat sur la lymphe originelle.

Trois cas d'iridoclite à trypanosomes. — M. Bargy signale un symptôme nouveau retrouvé dans les trois observations de cette rare complication de la maladie du sommeil : hémorragies de l'iris, soit hyphéma, soit aspect rouillé de l'humeur aqueuse. Le diagnostic repose, en outre, sur les signes de la maladie causale et sur la présence de parasites dans l'humeur aqueuse retirée par ponction de la chambre antérieure.

Paralysies de l'accommodation au cours de la grossesse. — M. Perrin en rapporte trois cas recueillis en trois mois survenus vers la troisième semaine après l'accouchement, s'accompagnant d'une grande lassitude et d'une diminution marquée de la sécrétion lactée. Guérison au bout de huit à quinze jours après suppression progressive de l'allaitement.

En l'absence de toute cause toxique ou infectieuse connue décelable, l'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'une auto-intoxication de la lactation.

Un cas d'embolie d'une branche de l'artère centrale de la rétine après injection de métarsénobenzol. — M. van Lint. Rapidité d'apparition après l'injection, absence de lésions cardio-vasculaires, jeune âge du malade, troubles concomitants (dus à des spasmes vasculaires?) sont les arguments invoqués par l'auteur en faveur de la responsabilité de l'injection médicamenteuse.

Hémorragies rétiniennes dans la maladie de Vaquez. — M. Borel, à cette occasion, insiste sur l'intérêt de l'examen ophtalmoscopique pour dépister la maladie de Vaquez; à son avis, ce moyen est aussi précieux que l'examen du sang.

M. Dupuy-Dutemps considère les hémorragies comme exceptionnelles.

Et M. Bailliart note l'inconstance des manifestations oculaires.

Tension artérielle rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien. — MM. Dubar et Lamache confirment les rapports étroits et parallèles qui existent entre la tension du liquide céphalo-rachidien et la tension artérielle rétinienne.

Dans les cas de cloisonnements sous-arachnoïdiens, la tension artérielle rétinienne rend compte de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, alors que la tension semble normale au manomètre de Claude.

M. Bailliart insiste sur les erreurs à éviter dans l'interprétation des résultats obtenus avec le dynamomètre. L'hypertension artérielle générale et les affections du nerf optique modifient par leur retentissement sur la circulation oculaire les conclusions habituelles.

Réflexions sur l'état actuel du problème de la pathogénie du décollement rétinien. — M. Marc Amsler (de Lausanne). Exposé sommaire (suivi de quelques commentaires), à l'aide d'un tableau synoptique, des hypothèses et des théories actuelles concernant la genèse du décollement dit idiopathique de la rétine.

Résultats du traitement médical du glaucome. — M. Abadie rappelle les observations présentées dans son rapport à l'Académie de médecine.

M. Bailliart fait remarquer que si les troubles subjectifs étaient améliorés ou avaient disparu, la tension des globes oculaires n'en était pas moins demeurée très au-dessus de la normale et toujours menaçante.

Les variétés de kystes hypophysaires. — M. Bourguet, à la lumière de l'embryologie, établit une classification des différents kystes hypophysaires, intrasellaires ou suprasellaires.

Cinq cas de bacillose oculaire traités par l'antigène de Nègre et Bocquet. — M. Magitot et Mlle d'Autrevaux ont obtenu la guérison de trois iritis tuberculeuses en deux ou quatre semaines; la guérison d'une kératite phlycténulaire avec lupus et une amélioration considérable d'une kératite interstitielle bacillaire, sans aucune réaction locale ni générale.

Notes sur le glaucome en Tunisie. — Pour MM. Cuénod et Nataf, la fréquence des lésions trachomateuses de la cornée, de l'iris et surtout du limbe expliquerait la fréquence du glaucome dans cette région. Autier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 9 mai 1928)

A propos des kystes hydatiques. — M. Lecène rapporte un nouveau cas de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires; guérison après simple cholédocotomie; issue de bile infectée; drainage.

A propos des apoplexies traumatiques tardives. — M. Lecène a opéré un malade ayant présenté, trente-six heures après un traumatisme grave des accidents paralytiques des membres et de la face; trépanation temporale, pas d'hématome, œdème du cerveau; le malade guérit en conservant de l'hémiplégie.

A propos du lipiodol intra-utérin. — M. Sicard, consécutivement aux critiques faites à cette méthode, insiste sur ce que les injections, causes d'accidents, ont été faites à l'étranger avec de l'iodypin.

Radiodiagnostic des trompes par injections de lipiodol. — M. Proust fait avec M. A. Béclère une communication sur cette question; pour lui, le lipiodol passe facilement dans le péritoine lorsque les trompes sont perméables, et le lipiodol est certainement antiseptique car il cause bien rarement des accidents; c'est une méthode qu'il ne faut pas généraliser mais qui peut rendre des services, surtout en matière de stérilité et qui, en tous cas, est moins dangereuse que l'insufflation tubaire.

M. J.-L. Faure n'a jamais vu d'accidents après l'insufflation.

M. Descomps a trouvé du lipiodol dans le péritoine plusieurs mois après une injection.

Pour M. Mocquot cette méthode est utile pour le diagnostic d'un cancer utérin; au contraire, M. Pierre Duval pense que de tels diagnostics sont incertains et qu'il est dangereux d'injecter du lipiodol dans ces utérus si septiques.

Grossesse et myomectomies. — M. Goullioud apporte dix-huit cas de grossesses survenues chez des femmes ayant subi une myomectomie abdominale; il n'a eu que 8 p. 100 de récidives après opération.

Appareil à suspension pour fractures du fémur. — M. Clavelin (rapport de M. Dujarier) présente un appareil à suspension prenant point d'appui sur l'ischion du côté sain pour les fractures du fémur. Les résultats dus à cet appareil semblent d'après radiographies être excellents.

A propos de l'anesthésie locale. — M. A. Schwartz insiste une fois de plus sur l'utilité de l'adjonction d'adrénaline à la cocaïne pour obtenir la perfection dans l'anesthésie locale.

(Séance du 16 mai 1928)

A propos du lipiodol intra-utérin. — M. Michon apporte un cas où, chez une femme de soixante-treize ans, le lipiodol intra-utérin a permis de faire le diagnostic de cancer du corps utérin avec fibrome calcifié inclus dans le Douglas.

M. Mauclaire trouve que dans les cas de malformations utéro-tubaires le lipiodol peut rendre des services.

Kystes hydatiques du rein. — M. Michon fait un rapport sur un travail de M. Oullier (de Constantine) au sujet de l'étude des indications opératoires dans les kystes hydatiques du rein; l'auteur en apporte quatre cas guéris après réduction sans drainage; ces kystes n'étaient pas injectés, non ouverts dans le bassin et se montraient comme des tumeurs abdominales; M. Oullier a fait l'opération sous cathétérisme préalable de l'uretère; incision sous-costale transversale; ouverture du péritoine, ponction du kyste, injection de formol, suture complète de la poche et réduction sans drainage; les suites ont été très simples; quelques-uns de ces kystes étaient de la taille d'une tête d'enfant.

Platyspondylie congénitale et fracture du rachis. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Clavelin.

Cloisonnement du vagin. — M. Hertz (rapport de M. Lecène) apporte une nouvelle observation de cloisonnement transversal du vagin avec diaphragme perforé. Guérison après opération par voie basse.

Diverticule du duodénum. — M. Duval fait un rapport sur une observation de M. Begolea (de Buenos-Aires) de diverticule de la deuxième portion du duodénum associé à des troubles biliaires. M. Duval étudie cette rare observation et se demande si dans de tels cas il vaut mieux intervenir sur la voie biliaire principale ou sur le diverticule.

Pancréatites aiguës. — M. Begolea (rapport de M. Duval) a envoyé un cas de pancréatite suraiguë survenue de suite après une cholécystectomie et suivi de mort; et un cas de pancréatite suppurée avec abcès pyogazeux du pancréas; issue à l'opération de plus d'un litre de pus.

Anévrisme de la bifurcation carotidienne. — M. Lenormant fait un rapport sur un très intéressant travail de M. Petit-Dutaillis qui, dans un cas d'anévrisme de la bifurcation carotidienne chez un homme de cinquante et un ans, a pu guérir son malade sans accidents par résection de la bifurcation et anastomose de la carotide externe avec la carotide interne. C'est la deuxième fois que cette opération est pratiquée.

Disjonction du maxillaire supérieur. — M. Martin présente une observation de M. Cadenat (de Toul) de disjonction du maxillaire supérieur droit par coup de pied de cheval chez un enfant de cinq ans. La réduction a été obtenue par ligature des dents; ces cas sont rares.

M. Viart présente un nouveau crochet pour faciliter les ligatures profondes.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1928)

Radiographies des tumeurs suprasellaires. — M. BÉCLÈRE insiste, à propos de la communication faite par M. van Bogaert, à la dernière séance, sur les taches qui permettent assez souvent, sur les radiographies, de reconnaître les tumeurs suprasellaires développées aux dépens des poches de Rathke, tumeurs généralement peu radiosensibles.

Tumeur médio-cérébelleuse. — M. Cl. VINCENT montre, guérie, la malade atteinte de tumeur suprasellaire qu'il a déjà présentée en juillet dernier. L'intervention, pratiquée d'urgence, n'a pas permis l'ablation de la tumeur; mais la radiothérapie profonde a amené une guérison pratiquement complète.

Névraxite varicellique. — MM. O. CROUZON et R. LIÈGE. — Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, qui, au huitième jour d'une varicelle intense avec fièvre élevée, a été prise de troubles nerveux graves, moteurs et sensitifs. L'atteinte du névraxe a été très diffuse. Trois ans après le début des accidents, des séquelles importantes persistent. La question se pose de savoir s'il s'agit du réveil d'une affection latente à virus neurotrope sous l'influence de la varicelle, ou si, comme le pensent certains auteurs, la varicelle peut se localiser en même temps sur la peau et sur le système nerveux. L'état actuel de nos connaissances sur les virus neurotropes ne permet pas de résoudre le problème.

M. BABONNEIX insiste sur la fréquence relative des complications nerveuses de la varicelle. Il a observé, à plusieurs reprises, des méningites aiguës bénignes, de nature indéterminée, dans le voisinage des varicelleux.

Névralgie sciatique consécutive à une fracture de la colonne lombaire. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD présentent un homme qui, en décembre 1927, à la suite d'une chute à la renverse, fut atteint d'une fracture de la Ve vertèbre lombaire qu'il est facile de constater sur la radiographie. Actuellement, il conserve une sciatique droite avec hypoesthésie dans le territoire de L_3, L_4, L_5 et S_1. L'irritation des troncs radiculaires peut être due, soit à une compression osseuse, soit à un épanchement sanguin. Il faut ajouter que le malade est diabétique.

Crampe des écrivains. Spasme de torsion du bras droit avec hyperpronation. Mouvements choréo-athétosiformes. Torticolis spasmodique. Syphilis probable. — M. JUSTER pense qu'il s'agit, chez son malade, d'une affection qui évolue progressivement et que, dans ce cas, la crampe des écrivains et le torticolis spasmodique se rattachent au groupe des spasmes de décérébration, des dyscinésies d'attitude, des mouvements choréiques, et dépendent de la même lésion cérébrale et de la même cause : vraisemblablement la syphilis, que font supposer chez ce malade un vitiligo et une leucoplasie nette.

Mouvements involontaires à allure de spasme rythmique de la tête, de la nuque et du cou chez un malade atteint d'encéphalite. — MM. O. CROUZON et DUCAS. Il s'agit d'un malade qui, depuis deux ans, présente des mouvements involontaires d'extension et de flexion de la tête, ainsi qu'un spasme d'ouverture de la bouche, qui réalise un bâillement spasmodique. Ces troubles, qu'accompagnent des spasmes dans le domaine de la main, de l'œsophage et du larynx, évoluent avec un syndrome parkinsonien fruste, caractérisé par l'hypertonie des muscles du bras et de la nuque, par une exagération des réflexes de posture et par le phénomène de la roue dentée. Cet ensemble s'est installé deux ans après une encéphalite, pour laquelle le malade avait été hospitalisé aux Enfants-Malades.

Par leur allure rythmique, par leurs modifications sous l'influence de certains gestes antagonistes et de certaines conditions physiologiques, ces mouvements rappellent le torticolis spasmodique, et sont à rapprocher des spasmes et du syndrome excito-moteur décrits par M. KREBS et Mlle LÉVY.

M. LAIGNEL-LAVASTINE rappelle que les phénomènes de ce genre peuvent être fort améliorés par le datura.

Dystrophie myotonique. Étude biochimique du syndrome endocrinien. — MM. FAURE-BEAULIEU et DESBUQUOIS présentent un malade de trente-quatre ans, atteint depuis dix ans, sans étiologie héréditaire ni familiale, de cette affection, dont on retrouve ici les trois syndromes constituants : myotonique, myopathique et dystrophique.

Le premier est représenté au complet par la persistance de la contraction volontaire lors de la fermeture de la main (signe de la préhension), par la réaction myotonique à la percussion d'un grand nombre de muscles, par le galvano-tonus durable; il s'y adjoint une ébauche de tétanie latente (léger signe de Trousseau).

Le second, plus fruste, n'est représenté que par l'amyotrophie faciale, qui réalise un facies myopathique typique, avec une abolition de presque tous les réflexes tendineux.

Le troisième est très prononcé : calvitie précoce et étendue, cataracte double, atrophie testiculaire.

Ce cas est rapproché de ceux de Harvier, Foix et Cathala, de Crouzon et Bouttier.

Les auteurs apportent une contribution à l'analyse des troubles endocriniens impliqués dans le syndrome dystrophique, en donnant les résultats de recherches biochimiques, qui indiquent une insuffisance thyroparathyroïdienne :

a. Abaissement notable (15 p. 100) du métabolisme basal;

b. Syndrome humoral d'alcalose, d'hypocalcémie et d'hypophosphatémie.

Recherches sur les tremblements. — M. DE JONGH présente une série de tracés de tremblements de diverses origines, dont il propose une classification anatomo-physiologique. Tandis que les tremblements d'origine cérébrale ont un rythme de 10 par seconde, le clonus spinal un rythme de 8 par seconde, la fréquence de 5 ou 6 par seconde du tremblement parkinsonien serait le propre de l'origine mésencéphalique. Ce tremblement mésencéphalique pourrait être considéré comme le contraire de la catalepsie.

Nystagmus vélo-pharyngé strictement unilatéral, chez un hypertendu. — MM. J.-A. SICARD, VERNET et P.-R. BIZE présentent un sujet de quarante-trois ans, hypertendu, qui, brusquement, présenta des troubles de la voix et de la déglutition. L'examen permit de constater l'existence de secousses myocloniques rythmiques du voile du palais et du pharynx, strictement unilatérales et localisées à ces deux groupes musculaires, sans qu'il y ait participation du larynx et de l'orifice tubaire. Ces myoclonies sont les seules manifestations neurologiques constatées chez ce malade, ce qui n'est pas habituellement le cas. Peut-être relèvent-elles d'un foyer microscopique siégeant, comme dans certains cas semblables, au niveau du faisceau central de la calotte.

Signe de Babinski amphibole. — M. TRÉNEL présente une malade chez laquelle le réflexe plantaire se produit d'une manière asymétrique à droite et à gauche. La réponse, du côté gauche, est en flexion ou en extension selon les conditions de l'examen. A droite, il y a flexion nette. L'examen électrique montre une inversion de la chronaxie des muscles de la jambe gauche.

M. BABINSKI ne croit pas que le signe de l'orteil existe chez ce malade. Le réflexe plantaire doit être exploré sur le pied réchauffé.

Technique nouvelle de coloration de la gaine de myéline. — M. VERNE a appliqué la réaction de Schiff à la colo-

ration histologique. Sa technique, simple, rapide et économique, ne s'applique qu'aux pièces fixées au sublimé ou au chlorure de platine, mais non aux pièces fixées par le formol. Elle colore électivement la myéline, mais non les enclaves graisseuses. Les caractères de coloration des produits de dégénérescence de la myéline n'ont pas encore été étudiés.

Un procédé clinique simple pour le diagnostic des tumeurs médullaires : l'épreuve de Queckensted-Stookey. — MM. Cl. Vincent et Marcel David insistent sur la haute valeur de l'épreuve manométrique de Quechensted-Stookey pour le diagnostic des tumeurs médullaires. Ils en rappellent la technique, les indications, les causes d'erreur. Les auteurs emploient toujours le tube manométrique capillaire de Stookey, appareil très simple, qui montre les déplacements du liquide céphalo-rachidien lui-même, et qui donne ainsi des renseignements d'une objectivité indiscutable. Ils le préfèrent au manomètre de Claude, qui donne peut-être une mesure plus précise de la pression du liquide céphalo-rachidien, mais qui transmet avec moins de précision ses mouvements de translation, et dont l'inertie est parfois trop grande.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'une technique rigoureuse : chez le malade couché, et en résolution musculaire avec respiration libre, ils pratiquent toujours les trois temps suivants : la compression jugulaire, la contre-épreuve de compression abdominale, enfin la compression jugulaire après évacuation d'une dizaine de centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Cette épreuve a de multiples avantages ; elle est très sensible, et elle a permis de déceler des tumeurs médullaires dans des cas où l'albuminose rachidienne et l'épreuve du lipiodol, contrôlée par la radiographie, s'étaient montrées normales. Elle peut, d'autre part, mettre en évidence des arachnoïdites ou des tumeurs au début. Enfin et surtout, c'est un procédé clinique à l'usage de tout praticien, car il ne nécessite aucun outillage compliqué. Si l'épreuve laisse un doute, il y a avantage à la faire suivre immédiatement du lipiodolo-diagnostic.

Les auteurs trouvent superflue la technique d'Ayer, qui joint à l'épreuve de Queckensted l'expérience de la compression abdominale pendant la ponction sous-occipitale.

M. Sicard fait remarquer que l'épreuve de Queckensted peut être également appliquée à la ponction sous-occipitale pour reconnaître les oblitérations de l'aqueduc de Sylvius. Il note que la compression directe de la veine jugulaire explique sans doute la rapidité de l'évolution de l'hypertension cranienne dans les tumeurs de la région du trou déchiré postérieur.

M. Barré préfère le manomètre de Claude au tube de Stookey, qui comporte l'issue d'une plus grande quantité de liquide, et qui peut provoquer, par suite, une baisse artificielle de la pression initiale.

Anomalie d'innervation du médian et du cubital. — M. G. Bourguignon, à propos d'un cas d'anomalie d'innervation reconnu par l'examen électrique à l'occasion d'une résection de névrome du cubital suivie de suture, étudie la répartition de l'innervation des muscles de la main entre le médian et le cubital. Dans le type le plus fréquent, le deuxième lombrical est innervé par le médian, le cinquième par le cubital, le troisième et le quatrième sont mixtes.

La chronaxie du faisceau pyramidal. — M. G. Bourguignon explore la chronaxie du faisceau pyramidal en faisant passer un courant entre deux électrodes placées l'une sur la nuque, l'autre sur le globe oculaire fermé. Il montre que, dans le faisceau pyramidal, les fibres nerveuses gardent la même chronaxie que celles du neurone périphérique et du muscle correspondant. Tout le système moteur est isochrone.

Chez les hémiplégiques spasmodiques, la chronaxie du faisceau pyramidal est allongée 10 ou 15 fois, lors même qu'une certaine motilité volontaire est conservée. Dans les lésions du neurone périphérique, au contraire, toute motilité volontaire disparaît dès que la chronaxie est augmentée dans un rapport de 1 à 2.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 MARS 1928)

De l'action antitoxique d'un extrait de levures à base de lipoïdes et d'ergostérine. — M. Lemoine (de Lille) propose pour traiter les maladies infectieuses, un extrait qu'il a obtenu en traitant des levures par l'éther et qui agit comme une antitoxine. Dans des recherches antérieures, il avait utilisé dans le même but, la pyocyanase, extrait alcoolique de cultures sèches de bacilles pyocyaniques, puis un extrait de ces mêmes cultures obtenu par l'éther. Avec ce dernier produit il avait eu d'excellents résultats dans le traitement des maladies dues au streptoccoque, les signes d'infection disparaissent rapidement.

C'est en se référant à des travaux publiés par E. Gérard, puis à des recherches plus récentes de Benoît, qui avaient abouti à montrer la similitude de composition des extraits de cultures et des extraits de levures, que Lemoine eut l'idée d'employer ces derniers dans le traitement des maladies infectieuses où agit le pyocyanique. Il se servit de l'extrait éthéré de levures dans toutes les maladies à streptoccoque, érysipèle, fièvre puerpérale, scarlatine, septicémie et aussi dans d'autres affections où le streptoccoque agit comme microbe associé. Dans la scarlatine en particulier et dans la rougeole, il obtint des résultats vraiment impressionnants ; la température et les phénomènes généraux disparaissent en moins de quarante-huit heures.

Si les conclusions posées par Lemoine sont confirmées, les données du problème de la vaccination se trouveront complètement changées, puisqu'il aura démontré que ce sont des corps chimiques qui, dans les vaccins possèdent le pouvoir vaccinant. On s'en doutait déjà un peu puisqu'il est aujourd'hui bien admis que les microbes contenus dans les vaccins n'agissent pas en tant que corps vivants, et que la présence des corps microbiens n'est même plus nécessaire puisque leurs lysats sont en général doués d'une activité thérapeutique égale à la leur.

L'extrait de levure utilisé par Lemoine, se compose essentiellement de lipoïdes, d'ergostérine et de composés azotés indéterminés ; c'est à l'ensemble de ces produits que cet auteur attribue le pouvoir vaccinant.

Élimination du salicylate de soude suivant la voie d'absorption. — M. Lesné, Mme Ardouin-Linossier et M. Beaufils, ont choisi cinq enfants de neuf à quatorze ans, atteints de rhumatisme articulaire aigu sans albuminurie. Ceux-ci ont absorbé 1 gramme de salicylate de soude, puis, après élimination complète, instillation rectale de 1 gramme de salicylate ; en troisième expérience injection intraveineuse.

Voici les résultats du début d'élimination :

1° Ingestion ou injection intraveineuse : de cinq à quinze minutes ;

2° Instillation rectale de la dixième à la quinzième minute au moins.

La durée d'élimination :

1° Ingestion : vingt-huit heures ;
2° Instillation rectale : vingt-cinq heures ;
3° Injection intraveineuse : trente-quatre heures.

La quantité d'acide salicylique éliminée (méthode calorimétrique) :

1° Ingestion : 68 p. 100 ;
2° Instillation rectale : 45 p. 100 ;
3° Injection intraveineuse : 88 p. 100.

La conclusion générale est :

1° La voie rectale paraît ne devoir être qu'une voie adjuvante;

2° La voie intraveineuse n'est pas à préférer à la voie buccale qui est facile, active et par conséquent voie de choix.

L'avantage de la voie intraveineuse est la rapidité d'action sur la douleur.

Un médicament précieux dans les collibacilluries. Le chlorure d'ammonium. — MM. Aug. Becart (de Paris) et Gaehlinger (de Châtel-Guyon) montrent que l'alcalinité urinaire favorise la pullulation et exalte la virulence du colibacille d'origine intestinal.

Il est donc nécessaire chez la plupart des malades, d'acidifier les urines.

Ce résultat peut être obtenu par l'hexaméthylène tétramine, par l'acide phosphorique, la phytine, le chlorure de calcium.

Ces médicaments éclaircissent parfois très rapidement les urines mais ils ont souvent des inconvénients gastriques (pyrosis) et intestinaux (augmentation de la constipation).

Ils préconisent le chlorure d'ammonium à la dose journalière de 2 à 4 grammes.

Sous l'influence du chlorure d'ammonium associé à la médication anticolitique (vaccination par voie buccale) les urines s'éclaircissent, le pus disparaît et les mictions cessent d'être douloureuses.

Les colibacilles persistent encore quelque temps, mais diminuent rapidement en nombre et en virulence et ne donnent plus lieu à aucune réaction d'irritation.

Etant donné, le mauvais goût du médicament, il faut l'ordonner sous forme de comprimés glutinisés à 0g50 (quatre à huit par jour).

L'occlusion intestinale, médicament curable. — M. G. Leven montre qu'il est des cas d'occlusion intestinale diagnostiquée par des chirurgiens de valeur qui ont décidé d'intervenir sans délai, où il a pu démontrer la nature aérocolique de l'occlusion, et guérir les malades en un temps qui oscille généralement entre quelques minutes et une heure.

La nature aérocolique de l'occlusion était démontrée par l'analyse clinique soigneuse, la recherche de l'aérophagie ancienne ou aiguë, et surtout par l'action immédiate de la thérapeutique instituée.

Comme le traitement d'épreuve est extrêmement court, il serait utile, avant toute opération d'occlusion intestinale, de vérifier l'hypothèse d'occlusion par aérocolie. Si la preuve n'est pas rapidement faite l'opération interviendra.

La thérapeutique d'épreuve est essentiellement basée sur l'emploi des mouvements d'expiration prolongée (exercices de la bougie soufflée de Leven), sur l'étude de l'action de l'attitude sur les symptômes constatés (voir *Presse méd.*, 30 juin 1926), sur l'emploi des bains très chauds et sur le cathétérisme gastrique.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors

— ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

NOTES POUR L'INTERNAT

TÉTANOS

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

2. **Forme partielle des membres.** — Début. — Soit chez un blessé injecté, après une incubation de plusieurs semaines.

Soit *très tardivement* à l'occasion d'une *réintervention* sur la blessure (donc faire une réinjection avant toute réintervention).

Parfois la plaie se modifie, suppure ou reste atone.

On voit apparaître :

Des *douleurs brusques* dans le membre blessé;

Des *crampes* dans ce membre parfois des « secousses électriques » pendant le sommeil.

Les muscles voisins de la plaie sont contractés et la raideur s'étend bientôt à tout le membre.

Etat. — Tout le membre est contracturé.

S'il s'agit du membre inférieur, en extension.

Du membre supérieur, en flexion.

Des *secousses cloniques* très douloureuses surviennent sur ce fond de contracture.

On a montré l'importance de deux signes :

L'*exagération des réflexes* tendineux avec parfois clonus du pied et signe de Babinski.

L'*hyperexcitabilité des nerfs et des muscles* aux courants galvanique et faradique.

Signes généraux. — Très peu marqués, pouls normal. Un peu d'anxiété.

Évolution. — On note parfois au cours de l'évolution une tendance à la généralisation mais qui s'atténue vite. La guérison survient mais assez lente et l'hypertonie persiste longtemps. Les rechutes sont à craindre.

3. On a pu décrire des formes :

Paraplégique,
Monoplégique,
Hémiplégique.

4. **Formes frustes.** — Elles ont une incubation très longue : plus de deux mois. Elles se réduisent à une contracture localisée à un groupe musculaire ou à des secousses cloniques. Leur pronostic est favorable.

DIAGNOSTIC

La ponction lombaire dans les formes généralisées est inutile. Elle peut être utile dans les formes de diagnostic difficile. Le liquide céphalo-rachidien dans le tétanos est en règle normal.

Il est classique de diagnostiquer :

Le *trismus au début* avec une arthrite temporo-maxillaire, du trismus des accidents de la dent de sagesse, des angines et des phlegmons de l'amygdale. L'examen local permet le diagnostic.

Les *contractures généralisées* sont à diagnostiquer :

De l'intoxication *par la strychnine* : les contractures commencent aux membres. La bouche est sèche, la pupille est en mydriase.

De l'*urémie nerveuse* dans sa forme tétanique, rechercher les autres signes d'urémie, examen du sang.

Des contractures d'une *méningite cérébro-spinale* : il y a du Kernig, de l'herpès. La ponction lombaire permet le diagnostic des cas douteux.

Des *hémorragies méningées*. La ponction lombaire tranche également le diagnostic des cas difficiles.

De la *tétanie*, le trismus est moins marqué.
Evolution par crises.
Signe de Chvoster.

Diagnostic des formes partielles. — Forme faciale, éliminer les tics, l'hystérie, l'encéphalite épidémique.

Tétanos des membres : discuter une monoplégie ou hémiplégie d'origine cérébrale, mais surtout les névrites de guerre.

L'hystérie.

Les myoclonies, la chorée, ne peuvent être des diagnostics difficiles. Toujours penser au tétanos et rechercher la porte d'entrée.

TRAITEMENT

1. **Traitement préventif.** — C'est celui qu'il faut toujours mettre en œuvre car il permet d'empêcher dans la plupart des cas l'apparition du tétanos. C'est lui qui crée des formes moins graves.

A. Le traitement chirurgical des plaies est capital, il faut éplucher les tissus contus, mettre à plat. Enlever les corps étrangers, les projectiles, la bourre vestimentaire.

B. L'injection préventive de sérum antitétanique doit être faite de façon systématique.

Injecter 20 centimètres cubes de sérum sous-cutané aussitôt après la blessure et réinjecter au bout de huit ou quinze jours.

Faire une nouvelle injection avant les réinterventions éloignées.

C. L'anatoxine. — La vaccination préventive par l'anatoxine est une méthode nouvelle. Elle semble donner des résultats très intéressants, mais c'est une vaccination. Elle est inefficace quand la plaie est faite.

2. **Traitement curatif.** — Il est malheureusement peu efficace et quand le tétanos est déclaré le pronostic est très sombre.

A. Traitement chirurgical. — Il faut supprimer le foyer de toxines par excision ou cautérisation de la plaie.

B. Sérothérapie. — Il faut faire une sérothérapie massive injecter des doses énormes de sérum antitétanique : 200 à 300 centimètres cubes par jour, par toutes les voies :

Sous-cutanée et intra-musculaire,
Intra-rachidienne,
Le long des nerfs.

C. D'autres médications doivent être associées.

Le malade sera mis au repos dans l'obscurité. On lui donnera du *chloral*, 10 grammes par jour. Il agit par son action sédative et même agirait indirectement en favorisant l'action du sérum.

L'*anesthésie générale* peut être indiquée dans les grandes crises de contractures.

On a essayé enfin les injections d'acide phénique sous-cutané qui ont pu donner des résultats.

Malgré tout, la mort reste très fréquente dans les formes généralisées.

Accidents du sérum. — Outre les accidents habituels de la sérothérapie, on peut noter :

Des polynévrites,
Un pseudo-tétanos.

Ces accidents rarissimes ne doivent jamais faire priver les malades des remarquables effets de la sérothérapie.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 44, p. 799.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bourges. — L'Hôtel-Dieu de Bourges demande un étudiant de nationalité française (16 à 20 inscriptions) pour remplir les fonctions d'interne.

S'adresser à l'Économe, secrétaire des hospices de Bourges.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — Anatomie : MM. Ameline, 19; Banzet, Ménégaux, Fèvre, Seillé, Redon, 18.

Physiologie : MM. Ménégaux, Fèvre et Seillé, 19; Banzet, Redon et Ameline, 18.

Chirurgie : MM. Ameline, 19; Fèvre et Seillé, 18; Banzet, Ménégaux et Redon, 17.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours s'ouvrira, le mercredi 12 décembre 1928, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique médicale et de pathologie interne à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

— Tours. — Dans notre numéro du 30 mai dernier, nous avons annoncé que le concours pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie et de physiologie s'était terminé par la nomination de MM. Huc et Roy.

Nos lecteurs auront certainement rectifié d'eux-mêmes cette erreur matérielle; une seule place était mise au concours, et c'est à l'unanimité que le jury a proposé M. Huc à la désignation du ministre.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Loucheur a été nommé ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en remplacement de M. André Fallières, démissionnaire.

M. Alfred Oberkirch, député, a été nommé sous-secrétaire d'Etat de l'hygiène.

MARINE. — Composition du jury de concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1928 :

Ligne médicale. — Président, M. le médecin général de 2e classe Aurégan; membres, MM. Bellot, médecin en chef de 2e classe; Brun, médecin principal; membres suppléants, MM. Ploye et Vialard, médecins principaux.

Ligne pharmaceutique et chimique. — Président, M. le médecin général de 2e classe Aurégan; membres, MM. Foerster, pharmacien chimiste en chef de 2e classe; Le Coz, pharmacien chimiste de 1re classe; membre suppléant, M. Bremond, pharmacien chimiste principal; M. le pharmacien chimiste de 1re classe Le Coz sera, en outre, chargé de faire subir aux candidats les épreuves d'aptitude physique.

Les épreuves écrites auront lieu les 17 et 18 juillet 1928, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 3 février 1928.

HOMMAGE AU DOCTEUR LE NOIR. — Un groupe d'amis, de collègues, d'anciens élèves et élèves du docteur Paul Le Noir, désireux de lui offrir un témoignage d'affection, de respect et de reconnaissance, ont confié au sculpteur Dammann le soin de graver à son effigie une médaille.

Les souscriptions sont reçues par le docteur Georges Baillière, éditeur, trésorier du Comité, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Les souscripteurs ayant versé une somme de 100 francs (réduite à 60 francs pour les étudiants), recevront au cours d'une cérémonie à laquelle ils seront convié une réplique en bronze de la médaille.

Les souscriptions peuvent être envoyées : par chèque barré au nom de M. Baillière, par mandat postal au nom de M. Baillière, par chèque postal au nom de MM. Baillière et fils (compte chèques postaux Paris 202).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre-Emile Duhamel et François Cartier (de Paris); Auber, sénateur de la Martinique; Alexis Michel, médecin général de la marine; Young, directeur de l'Institut de recherches médicales de la Côte-de-l'Or, mort de la fièvre jaune, victime du devoir professionnel; nous apprenons aussi la mort d'une nouvelle victime du devoir professionnel : M. Raymond Vétillard, externe à l'hôpital Bretonneau, est décédé à l'âge de 26 ans aux suites d'une scarlatine contractée dans son service.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. (Professeur : M. CUNÉO.) — Cours de M. le docteur Marcel THALHEIMER, prosecteur. — *Chirurgie abdominale*, sous la direction de M. le professeur A. Gosset et en liaison avec un cours de perfectionnement de chirurgie abdominale fait aux mêmes dates et avec le même programme à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 47.

Ouverture du cours le lundi 25 juin 1928, à 14 h.

Ces cours auront lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le droit à verser est de 150 fr. pour chaque partie de ce cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — *Cours de revision en dix leçons.* — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, fera la première leçon le mardi 19 juin, à 17 h., amphithéâtre Vulpian, et les suivantes les jeudis, samedis et mardis, à la même heure.

Programme du cours. — Historique général de l'orthopédie. — Chirurgie orthopédique du rachis et des membres. Présentation de nombreuses photographies.

CHRONIQUE

LA RÉCEPTION A LUCHON DE LA CARAVANE SCIENTIFIQUE DES PROFESSEURS ET ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

La Municipalité de Luchon et la Compagnie fermière de cette ville thermale et climatique, ont tout récemment reçu professeurs, internes des hôpitaux et étudiants en pharmacie de Paris. MM. les professeurs Delepine et Grimbert, membres de l'Académie de médecine, étaient accompagnés de MM. les professeurs Cousin, Delaby.

M. le docteur Moliněry, directeur technique des Etablissements thermaux et de l'Institut de physiothérapie de Luchon, a exposé aux visiteurs la thérapeutique de cette station, thérapeutique conditionnée par un périmètre géothermal à peu près unique au monde. Luchon possède, en effet, des eaux sulfurées sodiques, mésothermales et hyperthermales les plus radioactives de France et parmi les plus radioactives du monde, 51,5 millicrocuries par litre (professeurs Moureu et A. Lepape) réparties en plus de 60 sources variant de 26 à 66 degrés.

Maladies de la gorge et des bronches, affections de la peau, rhumatismes, furent étudiées en fonction de la carence de soufre que présentent ces diverses maladies.

Après cet exposé, le corps médical luchonnais fit visiter les différents services techniques et l'on pénétra dans les galeries qui vont constituer le Vaporarium. Le Vaporarium de Luchon va être l'application large, complète et totale de l'idée que les anciens et, en particulier, les Romains, s'étaient faite de leur organisation balnéo-thermale. Il consistera en une grande salle circulaire de 30 mètres de circonférence environ et de 5 mètres de hauteur où aboutiront un certain nombre de galeries creusées à même la roche et accusant des températures passant de 32 à 48 degrés. La superstructure sera édifiée dans le courant de l'année.

M. le professeur Delepine remercia en termes particulièrement heureux la Ville, la Compagnie fermière et le docteur Molinery formant, dit-il, des souhaits pour que toutes les stations fassent un effort scientifique analogue à celui dont il venait d'être le témoin et souhaita à cette station thermale toute la prospérité qu'elle méritait à tous égards.

Une ascension à Superbagnères permit aux visiteurs de se rendre compte de l'importance climatique de la station de Luchon qui permet à ses malades d'être tantôt à 600 mètres, tantôt à 800, avec des échelons jusqu'à 1.800.

Une réception organisée par la Compagnie fermière réunit le soir, en une charmante soirée dansante, tous les éléments de la colonie étrangère et maîtres, étudiants et étudiantes de la caravane d'études scientifiques de la Faculté de médecine de Paris.

L. G.

LES JOURNÉES THERMALES DU CENTRE

Les Journées thermales organisées pour la troisième fois par le *Centre médical* et réservées cette année aux affections des voies respiratoires ont eu lieu pendant les vacances de la Pentecôte. A la Bourboule, M. Giraud, professeur d'hydrologie à la Faculté de Montpellier, entretint les congressistes de la cure bourboulaise.

Au Mont-Dore, M. Maurice Villaret, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Paris, exposa les particularités de la cure du Mont-Dore.

Une journée de travail eut lieu ensuite à Clermont-Ferrand sous la présidence du professeur Castaigne.

M. Jean Bernard traita du traitement des tuberculeux par la cure d'altitude et MM. Piéry, professeur d'hydrologie à la Faculté de Lyon, et Billard, professeur à l'Ecole de Clermont firent deux conférences sur les projections intratissulaires d'eaux minérales.

L'actualité de ce programme si intéressant avait attiré un grand nombre de confrères qui sont revenus charmés par ces journées de travail entrecoupées d'admirables promenades dans une des plus belles régions de France.

L. G.

REVUE GÉNÉRALE

NOTIONS ACTUELLES SUR L'ANATOMO-PATHOLOGIE L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET L'ÉTIOLOGIE DU ZONA

Par Paul DUCAS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Quand nous avons entrepris cette Revue générale, nous avons cru devoir limiter ainsi notre étude, car aucun fait clinique saillant ne nous paraissait pouvoir modifier l'excellente description donnée dans ce journal par Roger et pour l'étude clinique du zona nous ne pouvons faire mieux que renvoyer le lecteur à sa Revue générale (1923, n° 14).

Par contre, de nombreux travaux anatomopathologiques et expérimentaux ont été entrepris sur le zona depuis la guerre. Ils ont modifié légèrement nos idées à ce sujet et il nous a semblé qu'il pouvait être intéressant de réunir en un seul article des idées qu'on pourra trouver dans différentes monographies, auxquelles nous avons fait de très larges emprunts. Nous passerons donc en revue rapidement ces différents travaux, puis nous essayerons de montrer les conclusions qu'on peut en tirer, et les conceptions qu'on peut se faire, grâce à eux, sur l'étiologie et la pathogénie du zona.

Anatomie pathologique. — 1° Lésions cutanées. — On connaît les données classiques sur les lésions du zona qu'on peut résumer ainsi : hyperplasie des cellules du corps muqueux de Malpaghi qui subissent la dégénérescence ballonnisante de Unna, compression des groupes cellulaires voisins par la tuméfaction ainsi formée, infiltration des papilles de la base de la vésicule par des cellules rondes, dilatation des vaisseaux et des fentes lymphatiques.

Dans ces dernières années, Lehner, Wohlwill, Marinesco sont revenus sur le caractère inflammatoire de ces lésions.

A la période initiale alors que l'exudation fait encore défaut, l'examen histologique permet de mettre en évidence un processus inflammatoire du chorion et de la couche papillaire. La lésion ne paraît donc pas due à la perturbation anatomique ou physiologique du système nerveux, mais serait bien une lésion de nature toxi-infectieuse (Lhermitte et Nicolas).

Quand la vésicule est constituée, à côté des lésions légères de l'épiderme qui ne présente qu'un fort épaississement de la couche cornée, il faudrait noter l'existence d'infiltration du derme par des cellules rondes réunies en amas, formant parfois de véritables manchons autour des follicules, des tubes excréteurs sudoripares, des vaisseaux et des filets nerveux. Ces derniers sont altérés et il existe une désintégration myélénique des filets des nerfs dermiques, qui sont de plus infiltrés par les lymphocytes et les mastocytes. Enfin on note des lésions vasculaires : tuméfaction des capillaires, extravasations sanguines s'étendant assez loin dans le tissu cellulo-graisseux, avec amas de pigment et inclusion de granulations dans les cellules réticulo-endothéliales.

D'autre part Lipschutz, Luger et Lauda, Marinesco insistent sur une lésion spéciale du noyau des cellules malpigdiennes qu'ils ont désignée sous le nom de *corpuscules zostériens.*

Le noyau des cellules atteintes présenterait les modifications suivantes : la partie centrale du réseau de chromatine disparaît, l'autre partie est repoussée à la face interne de la membrane nucléaire qu'elle déforme. Le centre du noyau est occupé par des inclusions soit unique, soit doubles. Ces corpuscules acidophiles sont aussi nombreux qu'il y a de noyaux et on les retrouve dans tous les noyaux des cellules géantes. Ils se distinguent du nucléole par leurs propriétés tinctoriales. Ces corpuscules ont été trouvés tant dans les cellules cornéennes et dans la paroi des vésicules de la cornée des lapins inoculés (Lipschutz) que dans les fragments de peau prélevés par biopsie dans les territoires atteints de zona (Marinesco). On les trouve surtout dans les premiers stades de la maladie quand le contenu des vésicules est encore séreux tandis que dans les stades ultérieurs par suite de la nécrose des cellules épithéliales et de l'apport des leucocytes on ne les voit plus.

Tandis que Luger et Lauda les interprétaient comme un phénomène de chromatolyse nucléaire, Lipschutz et Marinesco les considèrent comme un produit de réaction du noyau contre le virus neurotrope, ce qui le rapprocherait des corpuscules de Negri trouvés dans la rage, de Guarnieri dans la vaccine... Nous verrons plus loin les conclusions tirées de ces comparaisons.

2° Lésions neurologiques. — α. Lésions radiculo-ganglionnaires. — Classiquement les lésions du zona sont surtout des lésions radiculo-ganglionnaires : à la période aiguë elles prédominent sur le *tissu interstitiel* des ganglions et sur les fibres radiculaires à leur entrée et sortie. Elles consistent en une infiltration monocytaire, cellules rondes dont le noyau se colore d'une façon intense, qui se disposent en nappes plus ou moins diffuses à l'intérieur des ganglions ou dans la capsule et forment parfois de véritables nodules au centre desquels il y a souvent des foyers hémorragiques. Les fibres conjonctives sont légèrement multipliées. Le *tissu nerveux,* présenterait surtout des lésions secondaires. Au siège de l'hémorragie les cellules ganglionnaires sont complètement détruites dans la zone inflammatoire, elles sont étouffées, altérées avec atrophie pigmentaire. A la périphérie elles peuvent encore se reconnaître mais on ne peut différencier leur structure. On ne trouve jamais de cellules à noyaux excentriques ou de chromatolyse partielle comme dans les affections dégénératives du système nerveux.

Plus tard le sang extravasé se résorbe, le pigment hématique se modifie *in situ.* Il y a neurophagie des cellules nerveuses qui sont déchiquetées. Les éléments capsulaires prolifèrent et les racines postérieures peuvent dégénérer, contrastant avec les racines antérieures qui sont restées normales.

Ces lésions en général sont localisées aux gan-

glions du côté atteint et prédominent sur les ganglions correspondant aux territoires cutanés frappés. Elles sont maxima au niveau du pôle postérieur elles sont centrales, ou s'étendent à la périphérie avec une réaction méningée voisine. Dans les cas de zonas des nerfs craniens on les retrouverait sur les ganglions équivalents (ganglion de Gasser, géniculé, Andersen, jugulaire, plexiforme...).

Peu de détails ont été ajoutées à l'étude de ces lésions. A l'occasion d'un cas de zona, Marinesco revient cependant sur le fait qu'elles ont un caractère surtout inflammatoire. Ce processus d'inflammation chronique prédomine surtout dans la région sous-capsulaire alors qu'au centre du ganglion on ne trouve que des cellules plasmatiques et une infiltration très légère des faisceaux nerveux. La propagation se ferait donc pour lui, des espaces péricapsulaires lymphatiques à l'intérieur du ganglion.

β. Lésions médullaires. — La constance de ces lésions avait permis d'édifier la théorie radiculoganglionnaire du zona. Elle avait l'avantage d'expliquer la topographie de l'éruption, l'anesthésie quand celle-ci existe, le caractère et le siège des douleurs (Nicolesco, Thèse), la variation des réactions méningées (irritation des espaces sous-arachnoïdiens quand le ganglion est frappé dans son pôle interne, intégrité quand la lésion frappe le pôle externe du ganglion en dehors de la zone de réflexion du feuillet viscéral de l'arachnoïde).

Pourtant cette localisation étroite des lésions avait déjà amené quelques objections. Dejerine, Thomas et Laminière, Achard avaient montré l'existence en plus des lésions dégénératives des fibres radiculaires, de lésions médullaires, mais ils n'avaient pas insisté sur leur importance.

Différents auteurs les constatent à nouveau (Edinger, Wilhem Magnus, Besche, von der Scheer, von Zumbusch, Schlesinger, Wohlwill, Thaleimer, Arnesen). Lhermitte et Nicolas dans une importante étude, Marinesco à l'occasion d'un examen histologique d'un cas de zona, reviennent sur cette question et insistent sur l'importance des lésions médullaires,

On peut résumer ces dernières de la façon suivante : Elles sont comme les lésions ganglionnaires d'ordre inflammatoire et comportent : *une réaction vasculaire* (dilatation des vaisseaux, foyers hémorragiques, accumulation dans les gaines périvasculaires de cellules mononuclées, surtout marquées au niveau de la corne postérieure des segments correspondants à la lésion zonateuse; *une infiltration cellulaire*, prédominant dans la corne postérieure, mais qui gagne la pièce intermédiaire, peut même envahir la corne antérieure et réaliser un véritable tableau de poliomyélite postérieure aiguë (1) [von Zumbusch]. Quelquefois même elle atteint le côté opposé à celui du zona. Elle consiste en une infiltration lymphocytaire, avec parfois création d'amas de mononucléaires qui forment des foyers mal circonscrits et susceptibles d'être aperçus à l'œil nu, une destruction cellulaire avec atrophie des cellules, chromatolyse qui contraste avec l'intégrité du côté opposé. Mais cette lésion n'est pas constante et si von der Scheer, von Sturmann trouvent une moins bonne coloration des cellules, si Lhermitte insiste sur la nécrose qui rappelle celle des ganglions et qui porte sur la corne postérieure avec disparition de la coloration élective des fibres et des cellules nerveuses; Edinger par contre était frappé par la conservation morphologique des cellules nerveuses; Schlesinger insiste sur le contraste qui existe entre l'importance des exsudats et le peu d'intensité des altérations cellulaires (cellules apparaissant normales). Cette non atteinte des cellules nerveuses permettrait même d'opposer ces lésions de la myélite zostérienne à celle des polyomyélites aiguës.

On voit donc que par leur fréquence, leur caractère inflammatoire exudatif et nécrotique, ces lésions rappellent en tous points les lésions ganglionnaires. Comme elles, elles prédominent du côté du zona mais elles rayonnent souvent sur les parties médullaires sus- et sous-jacentes. Elles peuvent même dépasser la moelle et atteindre la protubérance et le bulbe (Thalimer). Elles sont importantes car elles permettraient de comprendre bien des cas de zona que la théorie radiculoganglionnaire ne peut expliquer : *il existe en effet des cas de zona où l'on n'avait pas trouvé de lésions ganglionnaires*, ou bien où il y avait discordance entre la diffusion de l'éruption et la limitation des altérations ganglionnaires (cas de Nieuwenhuysse, Curschmann et Eisenlohr, Dubler, Pitres et Woillard, cas de von Zumbusch où seuls les ganglions de la partie moyenne et inférieur de la moelle sont touchés, alors que le zona est généralisé, cas de Wolhwill où il y a intégrité des ganglions rachidiens, des racines postérieures, des nerfs périphériques contrastant avec des altérations médullaires. Inversement, il existe des cas où les lésions ganglionnaires ne s'accompagnaient pas de zona dans le territoire correspondant (Hesser).

Elles expliqueraient, d'autre part, *et les altérations sensitives* qui peuvent aussi bien être dues aux lésions de la corne postérieure qu'à l'atteinte des ganglions. Déjà Achard avait montré l'analogie existant entre ces troubles et ceux de syringomyélie. De plus, il était bien difficile d'expliquer par des lésions limitées à certains ganglions l'existence de paresthésies dans des territoires différents de ceux où siège le zona (Haskovec-Gundersen, Achard); *et les troubles moteurs*. Classiquement, ils sont rares et pour Souques on ne doit tenir pour dues au zona que les paralysies dont les troubles moteurs localisés ont anatomiquement des rapports étroits avec l'éruption et apparaissent en même temps. Ils se verraient surtout dans les zonas céphaliques (paralysie faciale, oculaire, vélopalatine, masticatrice, etc.). Leur mécanisme serait le suivant : les paralysies zostériennes sont d'ordre radiculaire, la racine antérieure est intéressée soit par compression par le ganglion [d'où l'absence de paralysies au niveau de la région lombo-sacrée où les ganglions

(1) Ce terme est employé souvent à tort. Head et Campbell s'en servent pour désigner les lésions ganglionnaires, et Lhermitte trouve qu'il prête à critique, car les lésions ne sont pas comparables à celles de la poliomyélite antérieure aiguë.

sont situés non plus dans les trous de conjugaison, mais dans l'espace épidural qui est large et spacieux (Sicard)], soit par extension du processus inflammatoire depuis le pôle externe du ganglion au point où les deux racines s'accolent (funiculite zostérienne), (d'où leur caractère transitoire et curable, les branches motrices ayant été superficiellement touchées).

Mais de nombreuses observations ont montré que pour rares, ces troubles moteurs n'en étaient pas exceptionnels (1). Il existe des cas de zona où les troubles moteurs atteignent des territoires éloignés de la racine sensitive correspondant au territoire frappé par le virus. Tels sont les cas de Claude et Schœffer où ces auteurs invoquent une extension du processus méningé et où Lhermitte admet une extension du virus par le tronc cérébral. Les cas de Lagenhen où il existe une paralysie du VIe au cours d'un zona du filet naso-ciliaire, de Much (paralysie du VIIe au cours d'un zona des IIe et IIIe cervicales), de Lampe, de Brought, Bloedern et Roberts, de Frey, Kulneff, Poisson, Robin, Bourgeois et..... de Söderbergh où il existe des troubles moteurs de la paroi abdominale au cours d'un zona intercostal (2).

Enfin les lésions médullaires permettraient de comprendre les zonas à symptomatologie anormale, soit qu'ils s'accompagnent de troubles des réflexes (Boyer et Le Roux, Lhermitte (exagération du réflexe rotulien au cours d'un zona chronique), soit qu'il y ait des troubles des réflexes cutanés (Alhin, zona de D_5 et D_7 avec abolition des réflexes cutanés abdominaux), soit qu'il y ait un syndrome méningé particulièrement accusé (Adie, zona avec syndrome méningé clinique et sérologique), soit enfin qu'il y ait des troubles bulbaires surajoutés (2).

On voit donc qu'à côté de la théorie radiculoganglionnaire « on retrouve un ensemble de faits positifs qui conduisent à un examen nouveau de la thèse médullaire soutenue par Brissaud » qui s'appuyait il est vrai sur de simples données cliniques. Le zona ne se contente pas de toucher le ganglion et ses dépendances, il atteint la moelle créant une véritable myélite sostérienne (tephromyélite aiguë de Lhermitte).

η. Lésions sympathiques. — Il nous reste encore à parler des lésions sympathiques sur lesquels on a attiré recemment l'attention. Déjà Sicard, Roger et Vernet, Souques avaient montré l'existence clinique de différents troubles d'origine vaso-motrice et trophique (pigmentation des cicatrices, caractères causalgiques de l'algie zostérienne qui n'est pas calmée par la section de la racine postérieure). Plus récemment, André Thomas, Jeanselme, Lortat-Jacob et Baudoin reviennent sur ce sujet. On peut noter, en effet, au niveau de l'éruption ces troubles qu'on a l'habitude de considérer comme rattachés au sympathique (modifications des réflexes pilomoteurs qui font défaut sur le territoire de l'éruption, mais peuvent être exagérés dans les régions voisines, troubles de la sudation, modification du dermographisme qui est plus vif au voisinage du zona, troubles de la sinapisation, l'érythème n'apparaissant qu'au-dessus ou au-dessous de l'éruption (André Thomas), existence d'un syndrome de Claude Bernard Horner, de causalgie et de troubles trophiques de la main et du mamelon dans le cas de Jeanselme, syndrome oculosympathique fruste et dissocié dans le cas de Jacquet et Bariety). Wertheimer, à propos des algies faciales post-zostériennes pense que la diffusion des douleurs, leur absence de topographie, leur association à des troubles vaso-moteurs et sécrétoires sont en faveur d'une participation sympathique que vient confirmer l'inefficacité habituelle des thérapeutiques employées.

L'interprétation donnée à ces faits est d'ailleurs variable ! Certains pensent qu'il ne s'agit là que d'une répercussion ou d'une irritation de la chaîne sympathique. Head et Campbell avaient pourtant déjà montré que les lésions histologiques des ganglions rachidiens étaient prédominantes au niveau des ganglions qui reçoivent le plus les excitations venues du sympathique viscéral, et dans les zones du ganglions d'où partent les fibres sympathiques. Séverin à propos d'éruptions zostériformes survenant au cours d'affections viscérales, montre à nouveau les relations neuro-sympathiques qui existent entre ces deux phénomènes. Il en conclut même que l'apparition d'éruptions zostériennes correspondant à des lésions viscérales peut permettre de rechercher les territoires commandés par les filets sympathiques en relation avec tel ou tel viscère.

Mais plus importantes encore sont les constatations anatomiques : déjà, Dejerine, Thomas et Laminière avaient noté l'existence de lésions dégénératives des rami communicantes, se prolongeant dans la colonne intermédiolatérale de la moelle. Plus récemment Edinger, von Zumbusch, von Scheer... et Lhermitte décrivent à nouveau ces lésions (existence de foyers hémorragiques ou inflammatoire de la colonne latérale).

Conclusions. — On voit donc que l'ancienne conception du zona, affection du système radiculoganglionnaire doit être modifiée. Les lésions sont beaucoup plus étendues. Elles peuvent toucher tous les éléments du névraxe : filets nerveux périphériques, ganglions, racines, et moelle, système sympathique. Partout elles ont le même caractère inflammatoire et s'il est vrai que les lésions ganglioradiculaires restent les plus importantes, on ne peut leur faire jouer à elles seules, un rôle dans la genèse du zona.

II. Etude expérimentale du zona. — Durant ces dernières années elle a donné lieu à de nombreuses recherches. En effet, par comparaison avec l'herpès on a essayé d'inoculer le zona. D'autre part, Marinesco, Levaditi comparant l'herpès, le zona, l'encéphalite se sont efforcés de mettre expérimentalement en évidence les rapports qui existent entre les différentes affections qu'ils englobent dans le cadre des « ectodermoses neurotropes ».

Les premières recherches d'Achard, Loeper et Lau-

(1) Voir la Revue générale de Beaudoin, la monographie d'Achard.

(2) Tous ces cas sont rapportés, dans l'étude de Lhermitte et Nicolas, où l'on retrouvera les indications bibliographiques.

bry, F. Widal, L. Le Sourd, avaient porté surtout sur le liquide céphalo-rachidien. Ces recherches étaient restées vaines. Le plus souvent les liquides restent stériles, ou bien quand on trouvait un microbe, celui-ci appartient à des espèces diverses et il s'agit vraisemblablement d'infections secondaires. Pourtant Nicolau et Banciu décrivaient comme agent bactériologique l'existence de coccies, en groupe de chainette, prenant le gram, se colorant par le bleu, s'ensemençant sur agar humain et pouvant être repiqués.

Mais ce n'est guère qu'après les recherches de Grueter, Löewenstein, Doerr, Woechting et Schnabel sur l'herpès, que par comparaison l'ère des recherches modernes du zona va commencer. On va tenter d'inoculer le zona, soit avec le liquide du contenu de la vésicule, soit avec le liquide céphalo-rachidien (Bloch et Terris) soit avec des ganglions lymphatiques prélevés sur le territoire zonateux. Les inoculations sont faites à la cornée du lapin et du cobaye (Kreidig, Baum, Doerr, Teissier, Gastinel et Reuilly) à des lapins, souris, pigeons, moutons et témoins (Blanc et Caminopetros). Bloch et Terris font les inoculations dans la chambre antérieure de l'œil, sur la peau, sur la cornée. Ils mettent en contact des fragments de ganglions lymphatiques avec le névraxe. Le plus souvent le résultat de ces différentes recherches est négatif. « L'inoculation du contenu d'efflorescences zostériennes par les voies les plus diverses, l'insertion des ganglions lymphatiques, l'injection de liquide céphalo-rachidien n'occasionnent ni kératite ni dermite papulo-vésiculaire, alors que dans les mêmes conditions, le virus thérapeutique est constamment virulent (Levaditi). Il semblait donc que le zona n'était pas inoculable. Pourtant différentes recherches aboutissent à certains résultats.

Quelques auteurs ont pu obtenir en inoculant la cornée du lapin des réactions cornéennes légères et fugaces, des kératites avortées. A l'examen histologique on note des lésions légères de la cornée [œdème, desquamation épithéliale, infiltration leucocytaire (Lipschütz)].

D'autres auteurs par inoculation transcranienne obtiennent une encéphalite (Meisseri-Truffi). Mais ces résultats sont inconstants, les passages en série sont impossibles.

Beaucoup plus importantes sont les recherches de Lipschütz, contrôlées par Marinesco et Draganesco. Inoculant la cornée de lapin avec le contenu de vésicules d'Herperzoster, ces auteurs réussissent à créer une kératite caractérisée par les déformations des noyaux et l'existence des corpuscules zostériens qu'ils avaient décrits dans les cellules de la vésicule zostérienne. Il s'agirait d'une réaction du protoplasma atteint par un virus invisible. Marinesco inoculant un ganglion cervical d'un chat avec le contenu des vésicules de zona note des lésions histologiques chez l'animal sacrifié (prolifération des cellules, quelques neurones sont comprimés et atrophiés). Dans un autre cas (inoculation du liquide céphalo-rachidien centrifugé d'un malade atteint de zona à la chambre extérieure de l'œil d'un lapin), il obtient une bande d'infiltration. Après sacrification de l'animal, il inocule l'émulsion du cerveau et du mésocéphale à la cornée du lapin et reproduit la kératite.

Mais ces expériences ont été discutées. Blanc et Caminopetros n'ont jamais retrouvé ces inclusions. Luger et Lauda croient qu'il ne s'agit que d'une chromatolyse nucléaire. Levaditi déclare qu'on peut être surpris, étant donné la communauté de ces formations à l'herpès et au zona, de la différence constatée dans l'inoculation des deux virus.

D'autres faits méritent d'être relevés : Kundralitz réussit à inoculer à deux enfants la sérosité claire de vésicules ou zona, inoculation pratiquée dans le derme. Cette inoculation aboutit au bout de onze jours à l'apparition de plusieurs vésicules à l'endroit inoculé. Ces vésicules persistent deux à trois jours et se desséchèrent. Enfin chez un enfant l'inoculation faite dans le tissu cellulaire sous-cutanée produit le quatrième jour une infiltration avec rougeur qui persiste plusieurs jours.

Plus récemment Glaubersohn et Wilfant inoculent deux nourrissons dans des conditions telles qu'il n'y a pu y avoir aucun contact entre eux et l'enfant atteint de zona qui a servi de point de départ. Il n'y a pas eu d'épidémie de varicelle, les enfants étaient sains et n'avaient pas été vaccinés. Les auteurs ont obtenu des éruptions vésiculeuses chez un des nourrissons qui a réagi à une deuxième inoculation.

Que conclure de ces faits. Il semble qu'il faut être prudent dans leur interprétation. Peut-être peut-on dire avec Marinesco que le virus du zona dans certaines conditions est transmissible mais cette transmission est plutôt rare et les lésions produites n'ont nullement l'intensité de celle de l'herpès. De plus l'étude en série n'a pu être obtenue. L'étude expérimentale du zona a donc été loin de donner les résultats qu'on pouvait attendre d'elle par comparaison avec l'herpès.

III. **Étiologie et Pathogénie.** — Ainsi les données anatomiques et l'étude expérimentale du zona en montrant la nature spéciale inflammatoire des lésions cutanées et nerveuses, la possibilité de l'existence d'un virus zonateux spécifique, viennent singulièrement confirmer la théorie infectieuse du zona et l'existence de la fièvre zostérienne défendue par Landouzy, qui se basait sur des données cliniques (existence d'un syndrome fébrile initial avec sa période d'incubation, ses troubles généraux, les caractères de l'adénopathie primitivé, les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien), et épidémiologiques (apparition du zona à des époques déterminées, immunité créée par une première atteinte, avec absence de récidives).

Pourtant si cette origine infectieuse n'est pas douteuse tout au moins pour cette manifestation morbide spéciale que l'on peut désigner sous le nom de fièvre zostérienne, l'existence d'un virus spécifique est plus discutée. Les ressemblances observées entre différentes affections (cliniques, épidémiologiques, voire expérimentales) ont pu faire que certains auteurs se sont demandé s'il n'y avait pas identité de germe entre ces affections. Deux surtout ont retenu l'attention : l'herpès et la varicelle.

A. Rapports entre l'herpès et le zona. — Les deux affections présentent en effet des symptômes qui les rapprochent, l'aspect des lésions cutanées (même aspect vésiculeux en bouquet sur une base érythémateuse), possibilité de troubles nerveux identiques (l'herpès dans certaines formes pouvant s'accompagner de gêne, de véritables douleurs névralgiques à caractères paroxystiques, d'hyperesthésie cutanée dans les régions où vont apparaître les troubles cutanés), identité de réaction méningée (l'herpès pouvant s'accompagner lui aussi de lymphocytose-albuminose (Ravault).

On pouvait donc penser qu'il ne s'agissait que de formes cliniques spéciales dues à un même virus, d'autant plus qu'il existait en apparence au moins des formes transitoires : zonas dont le siège n'est pas unilatéral, qui ne sont pas franchement radiculaires, et peuvent s'accompagner de vésicules aberrantes qui n'offrent plus des caractères typiques (petitesse de volume, absence d'ulcération, de cicatrices). — Herpès pouvant au contraire siéger dans des territoires nerveux déterminés, pouvant être unilatéraux, surtout apparaissant au cours d'affections du système nerveux et présentant des caractères cliniques tels qu'ils réalisent une éruption intermédiaire entre le zona et l'herpès et que bien souvent on peut se demander si les éruptions zostériformes décrites au cours des affections nerveuses ne sont pas de l'herpès?

Pourtant ces apparences ne sont que grossières : *cliniquement* l'aspect n'est pas tout à fait le même (absence de zone érythémateuse prévésiculaire, moindre conglomération des vésicules), la topographie est bien différente (l'herpès atteint des régions que le zona ne touche pas, ou du moins exceptionnellement, muqueuse buccopharyngée (1) génitale). Si parfois il semble y avoir analogie, en réalité d'une part dans les cas d'herpès unilatéraux ce n'est pas leurs rapports avec l'innervation qui leur donnent cet aspect, mais leur faible étendue car il s'agit toujours d'éruptions discrètes, d'autre part dans les cas de zonas à vésicules aberrantes, les vésicules primitives du zona ont toujours des caractères typiques qui permettent de les reconnaître facilement.

Les *conditions d'apparition* sont bien différentes, l'herpès étant influencé par les irritations locales cutanées et muqueuses, affections vénériennes, traumatismes..., le zona s'observant surtout chez l'adulte et le vieillard, l'herpès affectionnant plutôt le jeune âge.

Histologiquement la nature des lésions n'est pas la même : pas de dégénérescence ballonnisante, mais transudation du plasma dans l'épiderme et œdème intercellulaire, transformation fibreuse des cellules du corps muqueux qui se nécrosent et flottent dans le liquide d'œdème.

Biologiquement loin de conférer une immunité l'herpès récidive, c'est là un caractère des plus importants et nous verrons quand nous discuterons l'origine des éruptions zostériennes que pour Levaditi tout zona qui récidive n'est pas du zona mais de l'herpès. Nous avons vu qu'expérimentalement les résultats étaient très différents. Le virus de l'herpès a pu être cultivé et filtré (Blanc et Caminopetros, Luger et Lauda). Il résiste à la dessiccation, se conserve dans la glycérine. On a pu le retrouver non seulement dans les vésicules cutanées, mais dans la salive des malades, dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien (Ravault et Robeau, Bastai et Busaca). Il est inoculable à la peau, au sujet lui-même, à d'autres sujets (Fontana, Teissier). Le lapin est très sensible à son inoculation qui se traduit par un syndrome encéphalitique des plus nets. Il se propage par voie nerveuse, créant des lésions d'encéphalite très spéciales qui l'ont fait rapprocher du virus de l'encéphalite. Il suffit de rappeler les difficultés rencontrées dans l'étude du virus zonateux pour voir la différence qui existe entre eux. A ce sujet plus démonstrative encore, est l'étude pratiquée par Marcel Bloch et Terris. Sur un sujet présentant de l'herpès et du zona, ces auteurs tentent l'inoculation du contenu des vésicules. Toutes les inoculations pratiquées avec les vésicules d'herpès sont positives, toutes celles faites avec le zona restent sans résultats.

De même les recherches sur l'immunité montrent également une différence entre les deux affections : il est possible d'inoculer le germe de l'herpès à des cornées ayant déjà réagi au virus zonateux par des réactions fugaces (Mariani-Leïger). Pourtant Luger et Lauda auraient en inoculant le contenu de vésicules de zona à la cornée, pu produire une kératite transmissible en série, avec apparition de névraxite et une immunité croisée analogues à celles obtenues avec l'herpès. L'interprétation de ce résultat est d'ailleurs discutable et nous rappellerons que Levaditi pense qu'il ne s'agit là que d'une inoculation de virus herpétique qui a infecté secondairement les vésicules de zona. La présence de virus herpétique dans les vésicules de zona serait d'ailleurs tout à fait accidentelle.

Dans l'ensemble il semble bien qu'il s'agisse là de deux virus différents, et Flandin ainsi que Levaditi ne pensent pas qu'on puisse établir un rapport entre l'herpès et le zona. Si le mécanisme par lequel ils agissent a des ressemblances (atteinte de la peau, irritation d'une zone nerveuse) les deux virus s'opposent et par les caractères cliniques des affections qu'ils déterminent et par leurs actions. « Tandis que le virus herpétique ne fait que lécher les organes nerveux, le virus zostérien les mord et laisse des traces plus durables » et Levaditi oppose le zona affection infectieuse spécifique neurotrope dont la transmission aux animaux réceptifs est impossible à l'herpès maladie surtout dermotrope, transmissible et peu immunisante. (*A suivre.*)

(1) Des cas ont cependant été signalés. Zona bucco-pharyngé de Worms et Lavergne (*Paris méd.*, 16 juin 1922).

L'Asthme et son traitement. Etiologie, pathogénie et diagnostic, par J. André (du Mont-Dore). Un volume de 372 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 MAI 1928)

Influence de l'insuline sur le trouble du métabolisme des lipides dans le diabète grave. — MM. Marcel LABBÉ, Floride NEPVEUX et HIERNAUX. Le métabolisme des lipides est fortement et rapidement influencé par l'insuline; l'hormone pancréatique paraît agir directement sur les lipides et plus rapidement que sur les protides et que sur les hydrocarbonés même.

La pneumokoniose des piqueurs de grès. — MM. HEIM DE BALSAC, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL ont procédé à une enquête sur les conditions actuelles du travail, la morbidité et la mortalité des ouvriers dans l'industrie des pavés de grès. Il résulte de cette enquête que seuls les carriers et les piqueurs de grès sont menacés de pneumokoniose en raison de l'inhalation des poussières gréseuses. Chez les malades examinés on ne trouve de bacilles tuberculeux que dans une proportion de 8 p. 100. Il est vraisemblable que lorsque l'attention aura été suffisamment attirée sur la nécessité de la distinction entre la tuberculose et les pneumokonioses revêtant le masque de la tuberculose, les statistiques de mortalité se rapprocheront des constatations de morbidité précisées dans la présente enquête.

Recherches sur le mode de propagation de la fièvre aphteuse. — MM. C. KLING et A. HÖJER.

Contribution à l'étude de l'immunité vis-à-vis du streptocoque dit scarlatineux. — MM. G. RAMON, R. MARTIN et A. LAFAILLE.

(SÉANCE DU 30 MAI 1928)

Sur la vitesse d'absorption du gaz sulfureux par l'hydrate de magnésium. — MM. Paul RIOU et A.-P. BÉRARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1928)

Les éruptions dues au maniement de la laque. — M. DARIER donne lecture de son rapport sur les maladies pouvant être occasionnées par le travail de la laque. Il conclut qu'il s'agit d'éruptions d'ordre absolument banal, temporaires et atteignant un petit nombre d'ouvriers. Ces éruptions sont du même ordre que celles qui peuvent atteindre les ouvriers ébénistes travaillant au vernissage au tampon.

Les objets en laque, lorsqu'ils sont mouillés, peuvent devenir toxiques et on affirme même que des joueurs de mahjong ont pu parfois en ressentir les inconvénients.

En résumé, M. Darier estime que les seules précautions à prendre sont des mesures de propreté et qu'il n'y a pas lieu de demander une protection à la législation.

L'Académie approuve ses conclusions.

Sur la préparation des malades à l'opération. — M. DELBET apporte un travail, basé sur des expériences, dans lequel il insiste sur la préparation des malades à l'opération, et en particulier sur le régime alimentaire pré-opératoire.

Sur la prétendue contagiosité des cancers. — M. REGAUD montre que dans les hospices de l'Œuvre du Calvaire où sont hospitalisées des cancéreuses et des incurables non cancéreuses, la cohabitation n'a jamais amené une contagion cancéreuse. L'absence de précautions particulières de la part de dames infirmières n'a jamais occasionné de contagion.

Ces constatations sont d'accord avec les données de la pathologie expérimentale et comparée. C'est par des causes bien différentes que s'expliquent les groupements de cas de cancer qui ont donné naissance à l'opinion erronée de la contagion. Ces causes sont multiples; mais elles se résument dans ce fait que des individus appartenant à des communautés où des catégories humaines et animales sont exposés en commun aux causes locales variées qui favorisent ou déterminent les cancers. Ces causes résultent de l'habitat, de la race et de la famille (hérédité), de la profession, de tares organiques, d'habitudes collectives de diverses natures, de certains parasitismes, etc.

Il est donc inutile et il est nuisible d'inquiéter le public par la crainte d'une contagion parce qu'aucun fait médical ni expérimental correctement établis ne la justifie.

La codéine et la convention de Genève sur les stupéfiants. — M. Pierre BRETEAU montre que, d'après la convention internationale de Genève sur les stupéfiants, la quantité de stupéfiant transformée en un dérivé non stupéfiant doit être déclarée séparément. C'est le cas de la morphine transformée, par synthèse chimique, en codéine. Un contrôle sévère de la réalité de cette transformation est indispensable. La fabrication d'un stupéfiant ou d'un produit qui en dérive doit être surveillée très étroitement. Elle ne peut être libre. Une autorisation spéciale s'impose avec, pour limite, les besoins légitimes du pays, comme cela existe à l'étranger.

La fonction uréo-secrétoire des hypertendus. — MM. G. RICHARD et J. ROESCH ont étudié chez 329 hypertendus observés pendant plusieurs années consécutives, les variations du chiffre de la constante uréo-secrétoire, en les comparant aux modifications tensionnelles. Ils constatent que la constante n'a pas varié dans 35 p. 100 des cas, qu'elle a augmenté dans 42 p. 100, et qu'elle s'est améliorée dans 22 p. 100 seulement des cas. Chez 72 malades seulement sur 329, on peut noter un certain parallélisme entre les modifications de la tension et celles de la constante d'Ambard. Dans la plupart des cas où le chiffre de K est allé en augmentant d'une année à l'autre, cette augmentation était due à une réduction du débit uréique dépendant d'un fléchissement myocardique.

Les propriétés thérapeutiques du lacto-sérum. — M. Maurice RENAUD dans des observations faites avec toute la rigueur convenable et qui avaient été entreprises pour déterminer le mécanisme de l'heureuse influence que le régime lacté exerce sur l'organisme, a reconnu que c'est bien au lacto-sérum que le lait doit ses propriétés thérapeutiques. Celui-ci est apparu comme un agent d'une particulière efficacité, capable de déterminer une importante chasse biliaire, de provoquer l'évacuation complète et rapide de l'intestin et de stimuler la diurèse d'une façon tout à fait remarquable. Cette action stimulatrice sur les principaux viscères se fait surtout sentir quand le lacto-sérum est absorbé par des sujets à jeun.

Les principes qui se dégagent de cette étude conduisent à prescrire les régimes lactés sur des bases nouvelles.

Il faut, en effet, si on veut obtenir le maximum d'efficacité, prescrire séparément le lait aliment et le lait agent thérapeutique, ce qui permet d'une part d'introduire une grande variété dans la prescription des régimes lactés stricts ou mixtes et de les adapter exactement aux exigences spéciales de chaque cas particulier et, d'autre part, d'obtenir par la prise systématique de quantités variables de lacto-sérum une action thérapeutique dont il est facile de doser l'efficacité pour dégorger le foie, assainir le tube digestif et accroître la diurèse ce qui répond aux indications fondamentales posées dans la plupart des affections aiguës et chroniques.

Œsophagoscope à calibre variable. — M. Charles CLAOUÉ (de Bordeaux) présente un œsophagoscope à calibre variable.

Cet instrument de construction simple permet d'introduire dans l'œsophage un tube mince dont on peut ensuite doubler le calibre. L'auteur fait ressortir les avantages techniques et pratiques : plus grande facilité de l'introduction, simplification de l'instrumentation, facilités dans l'extraction des corps étrangers dans les biopsies, dans le traitement des spasmes du cardia.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la première division (médecine et spécialités médicales).

Classement des candidats : en première ligne : M. Bradford (de Londres) et Syllaba (de Prague) ; en deuxième ligne, exæquo et par ordre alphabétique : MM. Balwin (de Saranac-Lake), Janowsky (de Varsovie), Long (de Genève), Minovici (de Bucarest) et Egas Moniz (de Lisbonne).

Sont élus : MM. Bradford (de Londres), Syllaba (de Prague).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 MAI 1928 (*fin*).

Traumatisme cranio-cérébral. Contamination spécifique. Paralysie générale trois ans plus tard. — MM. MARCHAND et COURTOIS. Une jeune fille de vingt et un ans se tire une balle de révolver au niveau de la bosse frontale droite. Trépanation et guérison rapide. A vingt-six ans, elle contracte la syphilis. Trois ans après début d'une paralysie générale. A l'autopsie atrophie des lobes frontaux. L'examen histologique confirme le diagnostic de paralysie générale. Les lésions cérébrales causées par le trajet du projectile ont joué un rôle d'appel pour la localisation du trépanème dans le cerveau et ont contribué à l'apparition des premiers symptômes.

Œdème des quatre membres d'origine syndrocrinienne. Guérison par l'opothérapie. — M. VAUCHER.

Le lait-aliment est le lait-agent thérapeutique. Principe pour l'utilisation thérapeutique du lacto-sérum. — M. Maurice RENAUD rappelle d'abord que le lacto-sérum, exerce une action efficace sur le fonctionnement du tube digestif, du foie et des reins.

Cholagogue puissant, le lacto-sérum, ainsi que le tubage duodénal a permis de le constater, détermine, dès qu'il a franchi le pylore un important flux de bile, vidant d'abord les voies biliaires et la vésicule de la bile épaisse qui y demeure accumulée, puis provoquant une sécrétion considérable de bile claire hépatique.

L'observation montre ainsi que c'est au lacto-sérum que le lait doit toutes les propriétés que les cliniciens lui connaissent et que ces propriétés ont leur maximum d'efficacité quand le lacto-sérum est pris à jeun en dehors de tout processus de digestion.

(SÉANCE DU 25 MAI 1928)

Dysostose cranio-faciale héréditaire. — MM. CROUZON et SEVAL décrivent un nouveau cas de dysostose cranio-faciale héréditaire.

Il s'agit d'une femme atteinte de cette maladie et dont le père était atteint d'une affection semblable.

Cette maladie pouvait être considérée comme une malformation hérédo-syphilitique. Or, la malade actuelle a contracté la syphilis typique sans aucune probabilité d'hérédo-syphilis antérieure.

Dysostose cranio-faciale avec luxation de la hanche. — M. APERT et Mlle BACH présentent les photographies et radiographies d'une fillette de trente mois avec crâne élevé, couvert d'impressions digitiformes, yeux exorbités, prognathisme, maxillaire inférieur caractéristique d'une dysostose cranio-faciale héréditaire, type Crouzon.

Œdème dysthyroïdien. — M. APERT et Mlle BACH présentent l'observation et les photographies d'une fillette atteinte d'un œdème palpébral, facial et corporel considérable que n'expliquait aucun trouble rénal ou viscéral. L'administration d'extrait thyroïdien amena en quelques jours la disparition des œdèmes et à plusieurs reprises on peut les faire reparaître et disparaître en cessant ou en reprenant le traitement.

Angine ulcéreuse et pseudo-membraneuse, avec association fuso-spirillaire, polyadénopathie, et mononucléose sanguine : forme ulcéreuse de l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne. — MM. P. CHEVALLIER et P.-R. BIZE rapportent un cas de cette affection.

L'évolution s'en fit en plusieurs phases ; phase d'incubation de quinze jours environ. Phase d'angine érythémateuse, de huit jours. Phase d'angine ulcéro-membraneuse, de huit jours également.

Un frottis de gorge montra une association fuso-spirillaire typique.

Hématologiquement, la formule sanguine était : hyperleucocytose, inversion de la formule avec mononucléose, présence de quelques rares cellules indifférenciées et de myélocytes, la cellule type étant un élément monocythoïde chargé de grains azurophiles.

Un cas d'endocardite maligne primitive à forme prolongée consécutive à une vaccination jennérienne. — MM. P. BRODIN et Charles RICHET fils rapportent l'observation d'un homme de quarante-sept ans, diabétique ancien mais n'ayant plus de sucre dans les urines qui, peu de jours après une vaccination jennérienne avec forte réaction a présenté un état infectieux mal caractérisé.

L'apparition d'un léger souffle de la base alors qu'il n'existait antérieurement aucune lésion cardiaque a permis de porter précocement le diagnostic d'endocardite maligne, affection qui a évolué lentement vers une insuffisance cardiaque complète.

Amélioration persistante deux ans après la dénudation artérielle dans un cas d'oblitération de l'artère humérale droite. — M. André CAIN. Les douleurs intolérables, la pâleur, le sphacèle débutant qui avaient cédé quarante-huit heures après l'intervention, n'ont pas réapparu. Les signes d'oblitération persistent. Il existe une rétraction des tendons fléchisseurs des quatrième et cinquième doigts.

Maladie osseuse de Recklinghausen ; volumineux kyste frontal. — MM. André LÉRI et J.-A. LIÈVRE montrent une malade qui présente une très volumineuse saillie de l'os frontal droit. Il s'agit d'un vaste kyste communiquant avec les fosses nasales.

Polyglobulie tardive d'origine cardio-pulmonaire traitée et guérie par la radiothérapie. — MM. PAGNIEZ, RAUQUÈS et I. SALOMON présentent un malade de soixante ans, dyspnéique et cyanosé depuis plusieurs années qui avait à son entrée à l'hôpital, en novembre dernier, une polyglobulie de 7.200.000 globules, en même temps qu'un état bronchitique et des signes d'insuffisance cardiaque, sans lésion valvulaire.

Le malade fut soumis à des séances de radiothérapie uni-puis bi-hebdomataires, d'abord sur la rate puis sur les extrémités des os longs.

L'irradiation splénique modifia peu la polyglobulie qui demeura au-dessus de 6.200.000. Dès que furent commencées les irradiations médullaires, la polyglobulie commença à décroître rapidement, et en l'espace de six semaines le chiffre normal de 4.500.000 était atteint.

Les accidents d'intolérance du traitement spécifique de l'aortite syphilitique. Réaction de réactivation et réaction de résolution. — M. Ed. DOUMER (de Lille) ne croit pas qu'il soit légitime de rapprocher du phénomène d'Herxheimer les réactions cardio-vasculaires fâcheuses que provoque parfois,

sur les sujets qu'on soigne pour aortite syphilitique, le traitement spécifique à base d'arsénobenzène intraveineux ou de bismuth.

Elles sont plus probablement liées aux conséquences mêmes de l'action curatrice du traitement sur la lésion et aux réactions locales congestives qu'entraînent le remaniement et la résorption du tissu syphilisé sous l'influence du médicament.

Pneumonie prolongée et à rechute de l'enfance. Discussion sur le mécanisme de la guérison. — M. Jean Cathala. Un enfant de deux ans fait une pneumonie prolongée droite; il atteint péniblement 37 degrés au dix-neuvième jour, sans qu'une crise franche ait marqué la terminaison de sa maladie. Pendant une période intercalaire de neuf jours s'ébauchent les signes d'une convalescence traînante. Au vingt-neuvième jour, il fait une rechute franche, écourtée, qui guérit au quatrième jour. Lors des deux épisodes la défervescence a coïncidé avec une injection de vaccin de Weill et Dufour.

On peut admettre que dans la première pneumonie l'organisme n'a pas répondu par une poussée brusque d'anticorps pour réaliser le phénomène de choc spontané par hypersensibilité, phénomène qui a pu se produire lors de la deuxième pneumonie, du fait de la sensibilisation allergique due à la maladie première.

Granulie froide subaiguë à forme toxique. — MM. F. Trémolières et J. Moussoir rapportent un cas de granulie généralisée apyrétique terminée en quatre mois par la mort. C'est la radioscopie puis la radiographie qui donnèrent la clef du diagnostic, montrant les deux champs pulmonaires bourrés de granulations distinctes les unes des autres.

PRATIQUE MÉDICALE

LA CARENCE SEXUELLE FÉMININE ET SA THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur H. Drouin.

Y a-t-il chez la femme une carence sexuelle et faut-il lui faire une place nosographique? L'auteur répond affirmativement et il en donne la preuve par de nombreux cas de malades présentant des troubles divers, somatiques et psychiques, qu'il n'hésite pas à placer sous la dépendance directe de cette carence. Suivant que celle-ci est totale ou partielle elle se traduit par des états de privation, d'insatisfaction ou d'incomplétude, ces deux derniers se manifestant chez les femmes ayant une vie génitale, mais se refusant à l'imprégnation séminale : les troubles sont alors souvent plus marqués que chez celles qui sont en état de complète abstinence.

La fatigabilité, l'insomnie, l'aigreur du caractère, l'irritabilité, l'angoisse, l'hypergénésie, l'onanisme, les troubles vagotoniques sont l'expression ordinaire de ces manifestations carentielles. Leur traitement idéal serait évidemment le recours au mari, ou à l'amant avec de saines pratiques sexuelles. Ce n'est pas toujours facile dans la pratique et le médecin consulté à l'occasion de ces troubles devra souvent se contenter de la médication spermatogénétique par l'androstine, qui a fait ses preuves d'efficacité, et qu'on prescrira soit sous forme ingérable, soit sous forme injectable. Les résultats de ce traitement sont en général excellents et redonnent l'équilibre à ces systèmes nerveux désaxés. Car, s'il est vrai que les lois de la nature ne se laissent pas tourner, un

(1) *Revue Internat. de méd. et de chir.*, mars 1928.

traitement adéquat peut du moins apporter ses bienfaits à celles qui pour des raisons parfois noblement justifiées, ne peuvent s'y soumettre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DISCIPLINE DES AUXILIAIRES DES PROFESSIONS MÉDICALES EN ITALIE

Nous extrayons du *Journal officiel du Royaume d'Italie*, n° 176, la loi du 23 juin 1927, n° 1.246, sur la discipline des auxiliaires des professions médicales :

ART. I. — *Quiconque désire exercer le métier de mécanicien pour dentiste, opticien, orthopédiste, infirmier, baigneur, masseur, doit être muni d'une licence et être âgé de dix-huit ans.*

Les limites et modalités d'exercice de ces professions seront déterminées par un règlement édicté par les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique.

ART. II. — *Une loi spéciale instituera les cours d'enseignement pour l'obtention des licences.*

ART. III. — *Quiconque, sans avoir la licence ou le diplôme d'habilitation exercera n'importe quel métier auxiliaire des professions médicales, sera puni d'une amende de 200 à 500 lires.*

En cas de récidive, de quinze à trente jours de prison et une amende de 500 à 1.000 lires.

Le matériel qui aura servi à l'exercice illégal sera confisqué.

En attendant la décision de l'autorité judiciaire le cabinet sera fermé par ordre de la Préfecture de police et le matériel mis sous séquestre.

ART. IV. — *Sera puni des mêmes peines celui qui, étant autorisé à exercer une de ces professions, aura prêté son nom ou son activité pour permettre ou faciliter l'exercice illégal.*

La condamnation a pour effet de suspendre l'exercice de la profession pendant un temps égal à celui de la peine prononcée.

ART. V. — *Les contraventions aux dispositions du règlement en tant qu'elles ne sont pas en opposition avec la loi sont passibles d'une amende de 100 à 300 lires.*

ART. VI. — *Ceux qui, lors de la publication de cette loi, auront exercé régulièrement et directement, au moins depuis deux ans, les professions visées à l'article I seront admis, pendant une année à partir de la publication de la loi, à passer un examen d'habilitation devant un jury d'examen.*

Le certificat obtenu permettra la continuation de l'exercice.

ART. VII. — *Les administrations des hôpitaux pourront provisoirement conserver les infirmiers en service, même s'ils n'ont pas passé l'examen d'habilitation. Au bout de neuf ans cependant, après la publication de la loi, tous devront avoir le diplôme.*

ART. VIII. — *Jusqu'au moment où seront organisés les cours prévus à l'article II, le ministre de l'Intérieur a la faculté d'instituer des examens extraordinaires pour ceux qui désirent exercer une de ces professions et ont au moins quatre années d'apprentissage.*

ART. IX. — *La licence et l'examen d'habilitation sont soumis aux droits suivants :*

a. *Pour les opticiens, les orthopédistes, 50 lires ;*

b. *Pour les mécaniciens pour dentistes, infirmiers, baigneurs, masseurs, 30 lires.*

Il n'est peut-être pas sans intérêt de signaler aux médecins les dispositions prises chez nos voisins pour la sauvegarde de la santé publique qui se confond au reste avec la défense des prérogatives médicales ; d'autant que de nouvelles dispositions contre l'exercice illégal sont à l'étude et que, d'autre part, l'Enseignement dit technique devient de plus en plus envahissant : il tendrait volontiers à se substituer à l'Instruction Publique pour pouvoir plus aisément tailler une place à sa clientèle aux dépens, en particulier, du Corps médical.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de médecine (1), publié par MM. G.-H. ROGER, F. WIDAL et P. TEISSIER. Secrétaire de la rédaction : M. Garnier ; en 22 fascicules.

Le fascicule 18, consacré à la pathologie du système nerveux et à la sémiologie générale, vient de paraître. Comme les précédents, il constitue une mise au point parfaite de la pathologie nerveuse. Par le choix de ses collaborateurs, par le souci de la présentation, il est digne des précédents et fait le plus grand honneur à ses directeurs et à son éditeur.

L. G.

Le rôle du calcium en biologie et en thérapeutique (2), par G. BOINOT, docteur en pharmacie.

L'importance du calcium en physiologie normale et pathologique est l'un des sujets qui ont le plus sollicité en ces dernières années les biologistes et qui a pu perdre de sa nouveauté mais n'a fait que gagner en importance.

L'auteur de cette thèse y a condensé en une centaine de pages l'état présent de nos connaissances sur la question.

Nous signalerons en particulier l'étude de la teneur en Ca des tissus, des organes, du sang, envisagée tant isolément que dans les rapports avec les autres minéraux de l'économie ; l'étude du rôle du Ca dans les phénomènes digestifs et dans ceux de la coagulation sanguine ; l'étude des variations sous diverses influences du taux du calcium, en particulier dans le sang, les urines, le système osseux.

A cette revue générale l'auteur a joint un exposé critique des méthodes dosimétriques du calcium, méthodes macroscopiques et microscopiques et un résumé des indications thérapeutiques où l'on retrouve, avec la chimiothérapie classique, l'indication des méthodes récentes (opothérapie, actinothérapie associées à la récalcification.

Travail étayé de très nombreuses références bibliographiques.

R. LEVENT.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 12 juin. — Jury : MM. Teissier, président ; J.-L. Faure, Bezançon et Vaudescal. — M. BASILIADÈS. Etude de la septicémie et de son traitement. — M. CRANTIN. L'apport d'oxygène dans l'anesthésie générale.

Mercredi 13 juin. — Jury : MM. Bernard, président ; Couvelaire, M. Labbé et Debré. — M. SOUYOULDJIS. Etude statistique sur la basiotripsie. — M. JULIEN. Etude sur la coqueluche. — M. SELIGMAN. La mesure thermo-électrique dans les températures cutanées.

Jeudi 14 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président ; Terrien, Dechambre, Moussu, Bresson et Coquot. — M. VARENNE. Etude de l'appareil lacrymal chez les animaux domestiques. — M. RIBOUX. La chèvre dans l'Indre.

Samedi 16 juin. — Jury : MM. Jeanselme, président ; Marfan, Tiffeneau et Rathery. — M. MOUSSA. La folie de Nietzsche. — M. HOGARTH. Etude et traitement du diabète insipide. — Mme PATHE-AMIOT. Des différentes narcoses en chirurgie générale.

(1) In-8 relié. — Prix : 85 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, L'Expansion scientifique française, 1927.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Laquerrière, Guilbert, Darbois, Mallet, Gernez, Ribadeau-Dumas et Berger.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours sur titres aura lieu le jeudi 13 septembre 1928, à 16 h. 30, à l'hospice général, pour la nomination d'un chef de laboratoire chargé de la direction du laboratoire d'anatomie pathologique à créer à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Pathologie : MM. Ménégaux, 17; Ameline, 19; Redon, 17; Fèvre, 18; Banzet, 17; Seillé, 19.

Epreuve de médecine opératoire. — MM. Banzet et Redon, 23; Ameline, Fèvre, Ménégaux et Seillé, 22.

Epreuve de dissection. — MM. Fèvre, 28; Ameline, Banzet, Ménégaux et Seillé, 27; Redon, 26.

Sont proposés : MM. Ameline, 134; Fèvre, 132; Seillé, 131.

— ALGER. — Un emploi d'agrégé de médecine à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclaré vacant.

Un emploi d'agrégé d'histoire naturelle pharmaceutique est déclaré vacant à la même Faculté.

— BORDEAUX. — La chaire de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques et la chaire de toxicologie et hygiène appliquée sont déclarées vacantes.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général inspecteur Rigollet, membre du Comité consultatif de santé, est nommé, tout en conservant ses fonctions, directeur du Service de santé du corps d'armée colonial.

M. le médecin général Lecomte, disponible, est nommé, à compter du 14 mai 1928, adjoint au directeur du Service de santé du corps d'armée colonial à Paris.

M. le médecin général Boyé, adjoint au directeur du Service de santé du corps d'armée colonial, est nommé, à compter du 14 mai 1928, adjoint à l'inspecteur général du Service de santé aux colonies.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 8 juin publie les lettres échangées entre le ministre des Affaires étrangères et l'Ambassadeur de Belgique à Paris concernant un arrangement pour la notification des cas de maladies contagieuses constatés dans la région frontière franco-belge.

SERVICES D'HYGIÈNE DES ÉTATS-UNIS. — M. le docteur R. Pierret (de La Bourboule) vient d'être nommé médecin consultant des services publics d'hygiène des Etats-Unis d'Amérique.

XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (MONTPELLIER, octobre 1929.) — La XXe session du Congrès de l'Association des médecins de langue française se tiendra à Montpellier au

mois d'octobre 1929. Les rapports traiteront des sujets suivants :

1° *Etiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine.* — Rapporteurs : MM. Cantacuzène (de Bucarest), P. Tessier et Costes, Sacquépée et Liégeois (de Paris).

2° *L'hypotension.* — Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (de Paris), Dumas (de Lyon), G. Giraud (de Montpellier).

3° *Le traitement des syndromes anémiques.* — Rapporteurs : MM. E. Hédon et Jeanbrau (de Montpellier), Lambin (de Louvain) et J. Carles (de Bordeaux).

Le bureau comprend : professeur Vedel, président; professeurs Vires et Leenhardt, vice-présidents; professeur Rimbaud, secrétaire général; professeur agrégé Carrieu, trésorier; professeur agrégé Boulet, secrétaire adjoint.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin général inspecteur Jacob, ancien chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin, ancien professeur, puis directeur du Val-de-Grâce; membre de la Société de chirurgie. Anatomiste éminent, chirurgien de grande valeur, Jacob fut à la fois un savant et un chef. Nous nous inclinons avec respect devant sa mémoire.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROFESSEUR GOSSET (charge de cours de radiologie clinique). — *Radiodiagnostic gynécologique.* — MM. Ledoux-Lebard et Claude Béclère feront le dimanche 17 juin et les trois dimanches suivants quatre conférences sur le radiodiagnostic gynécologique (hystéro-salpingographie).

Ces conférences, accompagnées de projections, auront lieu à 10 h. 30, dans la salle de cours de la Clinique chirurgicale du professeur Gosset à la Salpêtrière (pavillon Osiris).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux*, par M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire.

M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire, commencera le lundi 18 juin 1928, à la Salpêtrière, dans la Clinique Charcot, une série de 12 leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux. Ce cours, d'un ordre essentiellement pratique, sera accompagné d'exercices techniques de laboratoire, avec présentation de pièces macroscopiques et étude de préparations histologiques.

Les élèves seront initiés aux techniques d'histopathologie nerveuse et pourront se constituer une collection des coupes qu'ils auront exécutées.

Le cours aura lieu tous les jours, de 14 à 16 h., à la Clinique Charcot de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital), du 18 au 30 juin 1928.

Les inscriptions pour ce cours, comportant un droit de 250 fr., sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur J.-L. FAURE.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Bonnet et Chevalier, chefs de clinique, feront un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique, du lundi 25 juin au mardi 10 juillet 1928.

Le cours complet en 14 leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 18 h.

Les examens de malades auront lieu de 18 à 19 h. Les élèves sont priés de suivre les opérations et les consultations chaque matin, de 10 h. à midi.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. Les élèves des cours précédents, les internes et externes des hôpitaux seront admis gratuitement à la condition de se faire inscrire à l'hôpital Broca le premier jour du cours. Une carte d'entrée leur sera délivrée leur permettant l'accès de l'amphithéâtre.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHRONIQUE

LE V. E. M. DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY AUX STATIONS DE SAVOIE.

Profitant des vacances de la Pentecôte, les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy, au nombre d'une cinquantaine et sous la direction de leur maître, M. le professeur Maurice Perrin, sont allés cette année visiter les stations hydro-minérales de la Savoie.

Le vendredi 25 mai, reçus par les docteurs R. Merklen, Françon, Lelong et Blanc, ils ont visité en détail l'établissement thermal et l'Institut mécano-thérapique d'Aix-les-Bains.

L'après-midi, après avoir salué la maison de Lamartine, ils sont allés sur le lac de Bourget, chanté par le poète, et à l'Abbaye royale de Hautecombe.

Le lendemain, ils se sont rendus en auto-cars à Challes-les-Eaux, « La Reine du Soufre », dont l'établissement se trouve dans un véritable nid de verdure, site des plus agréables « où la campagne ne s'est pas endimanchée ».

Par la route d'Albens, ils ont gagné Annecy et après une courte halte, sont arrivés le soir à Thônes.

Au cours de sa troisième journée de voyage, la caravane thermale fit une magnifique randonnée. Successivement les cars traversèrent le col des Aravis, Megève, Saint-Gervais, Le Fayet, Chamonix. Puis il y eut visite de l'établissement du Fayet et dîner au col de Voza où, jouissant d'une visibilité parfaite, les voyageurs eurent une vue magnifique sur tout le massif du Mont-Blanc et la chaîne des Aiguilles Rouges.

Le but thermal du V. E. M. était Evian. La caravane y arriva le lundi de la Pentecôte, à midi, après avoir passé au col des Gets et à Saint-Jean-d'Aulph. Elle reçut à Evian, de M. Barillot, directeur de la Société des Eaux, des docteurs Ballet, Cottet et Lévy Darras, médecins consultants, un accueil particulièrement aimable.

Et ils furent émerveillés, non seulement par la visite de l'établissement thermal d'Evian-Cachat, si luxueux, et comprenant tous les derniers perfectionnements de la science thermale, mais aussi par le cadre remarquable dans lequel se trouve Evian, qui est véritablement la perle du lac Léman.

Les étudiants rentrèrent à Nancy le mardi 29 mai avec un bagage scientifique accru par la visite de ces stations et avec le souvenir d'un voyage de toute beauté. J.-L. MASSOT.

RÉSECTIONS GASTRIQUES EN DEUX TEMPS

Par A. TIERNY (d'Arras),

Ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jean.

Cette opération peut se faire par nécessité, chez d'anciens opérés qui « ne vont pas » et qu'il faut réopérer. Elle peut se faire volontairement pour dédoubler les risques, dans les cas graves.

Le chirurgien spécialisé pratique souvent des résections secondaires de l'estomac, chez des malades qui ont été gastro-entérostomisés, pour ulcus duodénal, ulcus gastrique, ulcus jéjunal ou cancer gastrique.

L'exérèse en deux temps se fait volontairement chez des sujets atteints de sténose complète du pylore, avec cachexie, par suite de lésion néoplasique ou non, ou chez des malades déjà opérés par d'autres chirurgiens, pour ulcus gastriques ou duodénaux et qui, après simple gastro-entérostomie, « ne vont pas ».

a. Ancien malade opéré pour ulcus duodénal. — Avant l'opération le malade souffrait d'un des troubles suivants : hémorragies, douleurs, hyperacidité. Après l'opération, il présente encore quelques troubles. Chez quelques-uns, il existe un ulcus peptique secondaire, qui nécessite la gastrectomie large, systématique et précoce. En dehors des cas d'ulcus jéjunal, il est des cas moins graves qui « ne vont pas très bien ». Il faut alors pratiquer, secondairement, la résection du pylore, et celle des deux tiers ou trois quarts environ de l'estomac, si le malade saigne ou souffre de renvois acides. L'hyperchlorhydrie disparaît, l'ulcération est supprimée et le malade ne présente plus aucun trouble.

b. Ancien malade opéré d'ulcus gastrique. — Certains chirurgiens pratiquent encore la gastro-entérostomie pour ulcère gastrique; quelques opérés vont bien dès que le spasme pylorique disparaît, dès que le contact des aliments est moins prolongé, mais souvent, hélas, ils continuent à souffrir, à saigner, sans compter les risques de cancérisation secondaire qui sont fréquents. *La mort naturelle d'un ulcus gastrique gastro-entérostomisé est le cancer gastrique.* (Victor Pauchet). Dans ces cas, un chirurgien pratiquera la résection secondaire de l'estomac et de l'ulcus.

Je ne m'arrête pas à ces cas particuliers, je n'ai en vue, dans ce travail, que la gastrectomie en deux temps, faite systématiquement, chez un sujet cancéreux, ou ulcéreux cachectique, que l'opérateur trouve trop faible pour subir la gastrectomie en un temps. Je prends comme exemple deux cas classiques :

L'ulcère calleux de la petite courbure, près du pylore, et le cancer juxta-pylorique. Je ne parle pas des cancers duodénaux; ils sont tellement rares en pratique qu'il ne faut pas les envisager.

Voici les questions que je voudrais résoudre :

Dans quels cas faut-il faire la gastrectomie en deux temps pour ulcus gastrique prépylorique sténosant?

Dans quels cas faut-il faire la gastrectomie en deux temps pour cancer pylorique?

A quel procédé gastro-entérostomique faut-il avoir recours?... Faut-il faire usage du bouton ou de la suture? Faut-il placer la bouche très haut ou au point déclive?

Combien de temps après la première opération faut-il pratiquer la seconde?

Faut-il enlever la première gastro-entérostomie au cours de la résection gastrique secondaire?

Les résections gastriques faites en deux temps donnent-elles une mortalité plus faible et — en cas de cancer — une survie aussi longue?

a. Dans quels cas faut-il faire l'opération en deux temps? — Parfois, dans les cas d'ulcus gastriques ou duodénaux, par suite de difficulté technique ou de la cachexie. Ces cas varient avec chaque opérateur. Je ne veux donc pas les envisager et ne considérerai que les cas de cancer juxta-pylorique ou d'ulcère gastrique prépylorique sténosant : le premier est une tumeur qu'il faut à tout prix supprimer s'il n'y a pas de métastases hépatiques ou péritonéales, parce que nous savons que la lésion est fatalement mortelle. Le second est un ulcère calleux qu'il faut supprimer également, car un très grand nombre d'ulcères calleux sont en voie de transformation cancéreuse ignorée. Si la gastro-entérostomie peut, dans ces cas, donner des survies éloignées, il est préférable, si l'opération peut être faite sans danger, de pratiquer la résection qui donne la guérison définitive. Voici donc les deux seuls cas que nous envisageons : ulcère calleux et cancer.

L'opérateur recourra à l'opération en deux temps, quand il se sera rendu compte que les forces du malade sont insuffisantes pour supporter la résection en un temps. Sans doute, l'expérience technique du chirurgien jouera un rôle primordial dans cette appréciation.

En cas d'acidose, de cachexie famélique, d'anémie forte, de polynucléose, il est préférable de faire l'opération en deux temps, bien que la gastro-entérostomie ne suffise pas pour prévenir les gastrorragies nouvelles. Après la gastro-entérostomie, le sujet qui ne pouvait s'alimenter, absorbe des aliments suffisants : lait, eau sucrée, purées, qui rapidement le remontent. Ne demandons pas plus à l'opération, qui sera faite sous anesthésie locale.

b. Quelle sorte de gastro-entérostomie faudra-t-il pratiquer? — La plus rapide, celle qui nécessite le moins de manipulations pour éviter les adhérences. Je donne la préférence au bouton dans l'opération en deux temps : j'emploie le bouton de Jaboulay, parce qu'il réduit les manœuvres au minimum.

c. Faut-il placer la gastro-entérostomie loin du pylore? — En principe, oui. L'opérateur cherchera à la pratiquer le plus loin possible du pylore et le plus près possible de la grande courbure, mais il ne

faudra pas exagérer le transport de cette bouche vers la gauche, l'estomac ne se viderait pas et le malade mourrait malgré cette intervention.

e. La difficulté de la résection secondaire est-elle plus grande que la résection primitive? — La difficulté dépend du cas particulier. L'opérateur est gêné par la gastro-entérostomie surtout si celle-ci a été faite à la suture; la résection est facile après anastomose au bouton; elle est facile quand l'anastomose a été portée assez loin vers la gauche; elle est facile si l'estomac est très grand; elle est facile si l'ulcus calleux ou le cancer sont limités.

f. Combien de temps après la gastro-entérostomie primitive, faut-il faire la résection de l'estomac? — Avant que le malade ait quitté l'hôpital, en principe au bout de quinze jours. En effet, si le sujet retourne chez lui, il ne revient pas se faire opérer, car il est amélioré et peut s'alimenter. L'augmentation de son poids lui inspire confiance et quand il vient se faire opérer secondairement, cette intervention est inutile parce que trop tardive. Ce que je dis ici s'adresse aussi bien à l'ulcère calleux qu'au cancer, car, en cas d'ulcère calleux, le sujet a des possibilités de faire un cancer secondaire pendant les quelques années qui suivent. L'opération secondaire immédiate n'est pas plus grave que l'opération éloignée. En quinze jours, un malade alimenté, lavé et transfusé, aura une résistance suffisante et pourra être opéré dans de bonnes conditions. S'il existe quelques adhérences, elles sont encore fragiles et ne nuisent pas à l'intervention. Le péritoine se défend aisément et le succès est à peu près certain.

g. Faut-il supprimer la gastro-entérostomie au moment de la gastrectomie secondaire? — Si l'opérateur peut conserver la bouche anostomotique, il le fera : l'opération est ainsi plus courte, plus facile, plus bénigne. Toutefois, si cette bouche crée des difficultés nouvelles, si elle empêche l'opérateur de faire une exérèse suffisante, ou une restauration convenable de l'estomac, il faut la supprimer. C'est la possibilité de cette suppression secondaire de la bouche qui me fait conseiller l'application du bouton. Celui-ci rend facile la suppression de la bouche.

En résumé, si l'opérateur peut conserver la bouche anastomotique, il le fera; si cette conservation paraît compromettre le résultat éloigné, il faudra, sans hésiter, la supprimer. Si l'anastomose a été faite avec suture, il faudra, comme pendant l'opération d'un ulcus jéjunal secondaire à un ulcus duodénal, pratiquer systématiquement la section de l'anse jéjunale avant et après l'anastomose et les suturer bout à bout. Si, au contraire, l'anastomose a été faite au bouton, il suffira d'un coup de tampon suivi d'une suture en bourse pour supprimer cette communication étroite.

h. Quelle est la gravité immédiate des opérations de gastrectomie faites en deux temps? — Si la tumeur est comprise entre l'anastomose et le duodénum, si l'opérateur peut, sans risque pour le résultat éloigné, supprimer seulement le segment cancéreux ou ulcéreux, en ménageant assez d'étoffe pour garantir l'efficacité de la résection, l'opération est bénigne. Si l'opérateur pratique la suppression de la bouche anastomotique, quand celle-ci a été faite avec des sutures, l'opération est *un peu* plus grave, sauf pourtant si le chirurgien au caractère décidé recourt à cette suppression sans hésiter, sans tâtonner et sans faire des essais de conservation.

i. Quels sont les résultats éloignés? — S'il s'agit d'un ulcus calleux, la guérison est définitive. S'il s'agit d'un cancer, les résultats éloignés sont certainement plus mauvais qu'avec l'opération en un temps. Les malades opérés en deux temps pour cancer à l'estomac avec conservation de la première anastomose meurent dans l'année. La récidive fréquente est surtout caractérisée chez les sujets qui ont été opérés avec des sutures et chez lesquels on n'a pas pratiqué la resection secondaire de la bouche. Sur ce dernier point, je ne saurais fournir aucune statistique.

Conclusions. — Si une lésion sténosante du pylore cancer ou ulcus calleux, s'accompagne d'acidose, de cachexie famélique, de polynucléose, si l'intervention se montre trop difficile, n'hésitez pas à avoir recours à l'opération en deux temps.

Faites la gastro-entérostomie trans-méso-colique postérieure avec un bouton de volume moyen; réopérez le malade quinze jours plus tard; soyez très sobre de manœuvres, de façon à ne pas créer d'adhérences; faites une incision abdominale très courte; vous l'agrandirez pour la seconde intervention. Si, au moment de la seconde opération, la gastro-entérostomie gêne les manœuvres, n'hésitez pas à la supprimer; cette suppression est très facile si l'anastomose a été faite au bouton. Dans ces conditions, il n'y a aucune raison pour que les résultats éloignés ne soient pas aussi bons qu'avec l'intervention en un temps.

Ne cherchez pas systématiquement à faire la gastro-entérostomie vers la gauche, sous prétexte de ménager l'étoffe gastrique au moment de la seconde intervention. L'anastomose faite au bouton rend la résection secondaire très facile, car elle peut être supprimée aisément.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence (1928). — Cet Annuaire du docteur Porcheron, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (376 pages) tous les renseignements relatifs au Corps médical de six départements: Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse et Principauté de Monaco. Il paraît pour la onzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité. Au début de l'ouvrage on trouve, en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens. — Prix : 9 fr. contre remboursement, ou 8 fr. par mandat et chèque postal à Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille, C. C. postal 108-43.

ACTUALITÉS

LA SYNTHALINE

Si la découverte de l'insuline est depuis un passé déjà lointain le fait de beaucoup le plus notable de l'histoire du diabète, clinique et thérapeutique, il faut se garder de considérer cet extrait pancréatique comme un produit parfait et dénué de tout inconvénient, même dans les cas où son efficacité répond le plus fidèlement à l'attente. Sa préparation et son dosage sont d'autant plus délicats qu'on est plus mal fixé sur sa nature chimique; son prix est élevé et sa diffusion laisse à désirer; elle agit vite mais rapidement aussi son action s'éteint; enfin elle n'est active que par voie sous-cutanée ce qui est bien des conditions de la pratique journalière est un inconvénient majeur.

La connaissance plus précise de son mode d'action fit donc rechercher une substance chimiquement définie et qui par un mécanisme analogue permettrait d'atteindre à des effets comparables à ceux de l'insuline.

Depuis longtemps (Watanabe, 1918), on connaissait les effets hypoglycémiants de la guanidine à qui on attribuait de ce fait le rôle de premier plan dans les convulsions de la tétanie. Mais la toxicité de cette substance supprimait toute marge thérapeutiquement utilisable entre la dose hypoglycémiante et la dose convulsivante mortelle (Frank).

On se tourna donc vers des substances dérivées de la guanidine et conservant une puissance hypoglycémiante suffisante pour un pouvoir toxique le plus faible possible.

Frank, Nothmann et Wagner, aboutirent ainsi à un corps qu'ils dénommèrent discrètement *synthaline.* On tend, sans en avoir la certitude, à en faire une pentaméthylèneguanidine, ou une substance voisine. Elle est puissamment hypoglycémiante en regard de sa toxicité et surtout de celle de produits analogues. De plus elle conserve toute son activité lorsqu'on l'administre par voie digestive; son pouvoir hypoglycémiant serait dix fois supérieur à celui de la guanidine.

Propriétés physiologiques. — EXPÉRIMENTATION CHEZ L'ANIMAL. — S'inspirant des propriétés hypoglycémiantes pour le lapin de la guanidine, Frank le premier entreprit, comme nous l'avons dit, l'étude de produits dérivés et s'arrêta à la synthaline.

Chez l'animal sain (mouton, lapin), la synthaline a une *action hypoglycémiante*, moins nette d'ailleurs que celle de l'insuline; avec des doses fortes l'abaissement est lent, durable, mais est parfois précédé d'un stade d'hyperglycémie paradoxale.

Concurremment, *le phosphore inorganique diminue,* souvent parallèlement avec le sucre; il y a ici, aussi, parfois ascension paradoxale du taux de P.; dans les cas d'intoxication grave cette ascension peut atteindre en vingt à vingt-quatre heures un taux supérieur à 100 p. 100.

L'acide lactique augmente, chez le mouton au moins, cet effet est inconstant chez le lapin.

Il y a *baisse légère de la calcémie.*

Les accidents d'intoxication surviennent au bout de quelques heures, en particulier des *crampes* comme avec l'insuline; elles paraissent bien être habituellement en relation avec l'hypoglycémie puisque supprimées par l'administration de glucose; dans quelques cas cependant où celle-ci est inefficace on tend à les attribuer à une intoxication guanidique; c'est aussi à ces deux mécanismes que selon les auteurs est attribuée la mort. Il existe enfin des intoxications lentes que nous aurons l'occasion d'étudier.

A noter que *les effets expérimentaux sont les mêmes* — et aussi les effets cliniques — que l'on donne la synthaline *par voie sous-cutanée ou par voie digestive*; dans ce dernier cas il faut seulement pour obtenir un effet égal des *doses plus fortes de moitié.*

Chez le lapin inanitié, l'action sur la glycémie est *analogue à celle de l'insuline* mais moins constante. Les petites doses sont habituellement inactives, les moyennes n'agissent pas toujours. *Il faut donc des doses fortes* pour faire tomber la glycémie de 30 à 50 p. 100 et seulement au bout de cinq à six heures.

A noter parfois l'apparition d'une hyperglycémie paradoxale.

Chez l'animal inanitié et phloridziné. — Malgré les différences qui séparent le diabète vrai de la glycosurie phloridzique, il paraît certain (Dietrich, Löwi, Hirayama, Gottschalk) que ces deux processus restent comparables par le parallélisme des modifications imprimées au métabolisme.

Snapper (1) [d'Amsterdam] a provoqué chez des chiens inanitiés *un syndrome phloridzique* avec glycosurie abondante, somnolence, crampes, convulsions épileptiformes, coma par acidose enfin, qui semblait présager une mort inévitable. L'*administration de synthaline amène une guérison rapide* de tous ces accidents, guérison à tel point solide, que, plusieurs jours durant, les injections de phloridzine sont impuissantes à provoquer une rechute de l'acidose.

Chez le chien rendu *diabétique par dépancréatation partielle* chez qui la glycosurie est généralement prononcée et l'hyperglycémie notable surtout dans la période digestive, on obtient par la synthaline une *diminution de la glycosurie et de la glycémie* qui témoigne d'une meilleure tolérance des hydrocarbones.

Si la dépancréatation est totale, 80 milligrammes de synthaline (sous-cutanée) font, en neuf heures environ *tomber la glycémie* de 4,26 p. 1.000 à 0,9 p. 1.000 chiffre sensiblement normal; mêmes effets *per os* en forçant la dose comme nous l'avons dit plus haut.

L'effet sur l'acidose ne peut être constaté, celle-ci étant parfois devancée par la mort.

OBSERVATION CHEZ L'HOMME. — *Chez l'homme normal* on retrouve les mêmes effets sur la glycémie

(1) Nous sommes heureux de remercier ici M. le professeur docteur Snapper qui a bien voulu nous communiquer de précieux documents et nous faire profiter de sa particulière compétence touchant la synthaline.

que chez l'animal normal. Ils sont surtout nets dans la période d'*hyperglycémie physiologique* due à l'ingestion de glucose. Cette hyperglycémie est *nettement diminuée* (Rathery, Levina, Maximin), mais cette action est lente (3 à 4 heures pour Frank, 1 à 1 heure 30 pour Strauss). Lorsqu'elle se produit, l'hyperglycémie est en tous cas beaucoup *moins persistante* que lorsque le sujet n'a pas reçu de synthaline (Gavrila).

Il y a donc, en pratique, meilleure tolérance des hydrates de carbone.

Chez le diabétique, la synthaline agit plus ou moins puissamment sur les divers éléments du syndrome clinique.

La polydipsie diminue ainsi que la polyurie qui peut faire place à l'oligurie.

La *glycosurie diminue*; effet qui ne se fait guère sentir avant la vingt-quatrième heure mais qui persiste souvent vingt-quatre ou quarante-huit heures après cessation du traitement. On voit en même temps s'atténuer puis disparaître l'*élimination urinaire de corps cétoniques*.

Le milieu sanguin se modifie : l'*acidose sanguine disparaît*, la réserve alcaline se rétablit aux environs de la normale.

La *glycémie s'abaisse* en un temps variable : diversité d'effet qui tient peut-être aux diversités cliniques. En tous cas l'abaissement est toujours beaucoup plus lent que par l'insuline. Cette lenteur même rend plus malaisés à saisir les effets du médicament sur l'hyperglycémie alimentaire du diabétique. Mais en la mesurant, comme le conseille Snapper, trois fois en vingt-quatre heures on constate *que le taux de la glycémie ne diffère pas à jeun ou dans la période digestive*.

L'hypercholestérinémie est réduite. Le quotient respiratoire augmente (Lublin).

Sur l'état général les effets sont variables. On peut observer, mais moins habituellement qu'avec l'insuline, l'augmentation des forces physiques. L'augmentation de poids se produit parfois brusquement dès le début du traitement mais elle est sans durée; comme le pense Gavrila il s'agit probablement de rétention hydrique. La synthaline atténue l'intensité du prurit et la gravité des accidents infectieux et gangréneux.

Les *effets locaux* sont analogues à ceux de l'insuline bien que moins intenses; comme elle, la synthaline, chez les diabétiques et aussi chez les non-diabétiques semble favoriser la cicatrisation; elle garderait même son efficacité dans des cas où l'insuline a perdu la sienne, infection purulente notamment.

Mode d'action. — Il est mal connu et discuté; pour Frank et la plupart des auteurs il serait le même que pour l'insuline.

En raison de diverses particularités d'autres hypothèses ont été formées :

Pour Bertram, la synthaline est un excitant du X et par lui déclenche la sécrétion pancréatique; l'hyperglycémie paradoxale serait due à l'excitation concomitante de la surrénale, pour Moschini, il y aurait encore d'autres organes excités, le foie en particulier.

Arndt, Muller et Schemann attribuent l'hyperglycémie paradoxale à une destruction rapide et massive des réserves glycogéniques du foie, l'hypoglycémie n'en serait que la conséquence; les grosses doses atteindraient même les autres réserves glycogéniques de l'organisme.

Pour Staub enfin, la synthaline ne serait qu'un poison cellulaire général entravant toutes les oxydations; de ce fait les hydrates de carbone seraient transformés en acide lactique.

Valeur pratique de la synthaline. — En dépit des travaux déjà nombreux de divers auteurs, les divergences sont grandes entre les auteurs. Il s'en faut de beaucoup que la synthaline ait comme l'insuline rallié tous les suffrages.

Nous ne ferons que citer l'opinion d'auteurs qui, comme Grafe, Neubauer, Adler contestent la réalité même de l'action médicamenteuse et ne tiennent compte que des effets toxiques qui les ont forcés à abandonner le médicament. Staub va même jusqu'à le considérer comme dangereux dans le diabète. Savy et Puig se montrent peu satisfaits mais après deux tentatives seulement. Jansen aussi est peu encourageant.

Ce sont là des vues extrêmes. D'autres auteurs élèvent toutefois des réserves assez fortes. Priesel et Wagner, Einecke pour le diabète infantile.

Sans être aussi sévères que Merklen et Wolff pour qui l'association synthaline-insuline n'a que peu d'avantages et la synthaline seule a surtout des inconvénients, Chabanier et Lebert lui reconnaissent un intérêt plus scientifique que clinique; son association avec l'insuline ne se ferait qu'avec des inconvénients notables.

A ce chœur de critiques, il convient pourtant d'opposer des avis contraires, nombreux et autorisés aussi.

L'ensemble des cliniciens, de Frank, Nothmann et Wagner (1926) à Snapper (1927-28) s'accorde à reconnaître l'*action habituellement favorable* de la synthaline sur la *glycémie qui est abaissée et sur la glycosurie qui diminue*. Si Frank et ses collaborateurs parlent d'un abaissement de la cétonurie, il ne semble pas que d'autres auteurs aient obtenu des effets semblables (Rathery, Levina, Maximin). L'*action sur l'acidose ne paraît pas constante* mais a pourtant été notée par Frank, par Gavrila, par Snapper mais *elle est lente*. L'ensemble des auteurs enfin et, sur un nombre de cas notable, semble s'accorder pour reconnaître une *meilleure utilisation des hydrates de carbone* mais aussi *qu'il ne faut pas compter, au contraire, sur un relèvement d'état général comme par l'insuline* et c'est là un grave reproche.

Peut-être peut-on ainsi concilier les divergences en tenant compte de la diversité entre les diabètes traités — ce qui est connaissance des indications — et de l'importance des effets obtenus. C'est ainsi que tout en reconnaissant les *effets sur la glycosurie* les auteurs s'accordent à reconnaître l'*impossibilité de la faire disparaître*. Si le régime seul atténue la glycosurie d'un malade, l'adjonction de synthaline augmente encore la tolérance ou permet d'élargir le régime sans retour offensif de la glycosurie. Les

études de Snapper ont montré que la *glycosurie minimum* que pouvait donner la synthaline était de *25 à 35 grammes*; on ne peut obtenir moins sans donner des doses déjà toxiques. Certains auteurs enfin voient dans la synthaline un adjuvant ou même un remplaçant de l'insuline dans certains cas très spéciaux (polynévrite insulinique. Snapper).

Parallèle entre la synthaline et l'insuline. — La synthaline agit lentement; l'insuline rapidement.

La synthaline agit longtemps et même après cessation du traitement; l'insuline a une action passagère.

La synthaline a une action partielle sur le syndrome urinaire et sanguin; l'insuline a une action totale.

La synthaline agit lentement et incomplètement sur l'acidose; l'insuline agit vite et énergiquement.

L'insuline relève l'état général; la synthaline ne l'influence pas ou l'aggrave.

Aussi, à l'opposé de l'insuline, la synthaline n'a-t-elle que des indications restreintes.

Indications. — La principale est le *diabète moyen* avec bonne tolérance aux hydrocarbones. On peut ainsi, selon l'occurrence, freiner la glycosurie ou élargir le régime. Et encore : *certains diabètes avec tuberculose* où Rathery, Levina et Maximin ont obtenu de meilleurs effets que par l'insuline.

Certains *accidents de l'insuline* (douleurs polynévritiques) où l'on peut continuer la cure générale (Snapper).

Le *vieillard* tolère bien la synthaline qui a parfois de bons effets aussi sur les *complications chirurgicales du diabète*.

Utilisation des effets locaux : *cicatrisation d'ulcères variqueux insulinorésistants* (Gomes da Costa).

Contre-indications. — Les unes *relatives* :

Diabète simple avec large tolérance, la synthaline est inutile.

Les autres *absolues* :

Lésions hépatiques (Adler, Morawitz, Snapper).

Lésions pulmonaires qui prédisposent à l'hyperglycémie paradoxale.

Diabète infantile; même avec l'insuline la synthaline est inactive ou toxique (Priesl et Wagner, Einecke).

Diabète grave avec dénutrition et acidose.

Précoma et coma. — Action infidèle et trop lente.

Posologie. Mode d'administration. — Ne jamais oublier que la synthaline s'accumule; les doses excessives augmentent le besoin éventuel en insuline.

On devra donc *se guider sur le résultat des diverses analyses* pour établir la posologie; *faire interrompre le traitement de façon périodique*.

Equivalences. — *Un milligramme de synthaline* ou *une unité d'insuline* (probablement 1/100 de milligramme) *font tous deux disparaître 1g1 à 1g2 de glucose urinaire.*

Posologie. — On donne actuellement la synthaline *par périodes de trois jours consécutifs séparés par un ou deux jours de repos.*

Doses quotidiennes (Frank) : *le premier jour 2 fois vingt-cinq milligrammes, le deuxième jour 1 fois vingt-cinq milligrammes, le troisième jour 2 fois vingt-cinq milligrammes.* Merklen et Wolff ne dépassent pas vingt milligrammes pro die.

La synthaline est présentée en *tablettes dosées de dix à vingt-cinq milligrammes.*

Accidents de la synthaline. — Ils sont plus encore que son mode d'action la cause de la réserve des cliniciens. Leur fréquence semble en faire un accompagnement jusqu'ici assez fidèle des cures synthaliniques.

Troubles d'intolérance. — Ce sont les seuls qu'on observe en clinique; ils sont par eux-mêmes assez graves pour faire arrêter la cure.

Le début se fait par de l'anorexie, du dégoût des graisses, une saveur métallique, de la pesanteur épigastrique; bientôt apparaissent des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

Dès le début le malade a accusé une exagération de la fatigue habituelle avec la synthaline; il s'y joint bientôt des vertiges, des lipothymies, de l'amaigrissement, de la céphalée.

Les troubles en restent là habituellement. Morawitz et Snapper ont cependant noté de l'augmentation de volume du foie, de l'ictère, de l'urobilinurie. Des lésions hépatiques ont été constatées post mortem après des cures trop prolongées (dégénérescence graisseuse) en même temps que des lésions rénales (néphrite, dégénérescence des tubuli).

La précaution première pour éviter les accidents consiste dans une posologie prudente; on interrompra dès qu'apparaissent l'anorexie et les troubles dyspeptiques.

On a employé contre les accidents divers médicaments : belladone (Nothmann et Wagner), les opiacés, le carbonate de calcium, le camphre monobromé (Schwab) ; Adler et Riedel ont enfin signalé l'action préventive et curative de la « décholine », sel de soude de l'acide hydrocholique.

Quoi qu'il en soit il s'agit là de troubles fréquents et graves auxquels il ne convient pas d'exposer les malades à la légère dans l'espoir d'améliorations qui ne sont pas encore aussi complètes qu'on avait d'abord espéré les obtenir. Indications restreintes, usage pratique d'exception, tel est le bilan actuel d'une médication qui en est encore à la phase expérimentale et dont il convient d'attendre, non sans confiance, le perfectionnement.

R. LEVENT.

LA VACCINATION ANTITUBERCULEUSE PAR L'INJECTION SOUS-CUTANÉE DE B. C. G.

M. Weill-Hallé publie dans la *Presse médicale* (9 juin 1928) une étude d'ensemble résumant la technique de la vaccination par B. C. G. Voici l'ensemble des règles que M. Calmette et lui croient devoir adopter :

« 1° La vaccination par B. C. G. peut être pratiquée par voie sous-cutanée chez les nourrissons qui

ont dépassé le dixième jour. Elle s'adressera surtout aux enfants menacés de contamination et aux adultes, notamment au personnel infirmier soumis à des dangers de contamination permanente et aux indigènes venant de pays indemnes de tuberculose.

2° Il est indispensable de s'assurer, avant toute vaccination pratiquée dans ces conditions, de l'absence d'une contamination antérieure.

Dans ce but, les sujets à vacciner seront préalablement éprouvés par le test de Pirquet et soumis d'abord à une quarantaine de cinq à six semaines, s'il y a eu danger de contamination.

3° La dose de vaccin à injection sera de 1/50 de milligramme, soit environ 800.000 corps bacillaires.

4° Les sujets ainsi vaccinés devront nécessairement rester éloignés du foyer de contamination, pendant quatre semaines au minimum, soit jusqu'à l'établissement probable de l'immunité. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1928)

L'encéphalo-myélite toxoplasmique chronique du lapin et de la souris. — MM. C. LEVADITI, R. SCHOEN et V. SANCHIS BAYARRI décrivent les particularités histo-pathologiques et parasitaires de l'encéphalite toxoplasmique du lapin à évolution chronique. Ils y ajoutent les résultats de leurs investigations concernant l'infection toxoplasmique du névraxe chez la souris.

Il résulte de leur travail :

1. Que l'encéphalo-myélite toxoplasmique du lapin peut revêtir une allure chronique, auquel cas le névraxe continue à être contaminé par des toxoplasmes enkystés, ressemblant aux kystes parasitaires décrits dans l'hydrocéphalie humaine (Janku) ;

2. Que l'encéphalo-myélite toxoplasmique de la souris peut, elle aussi, évoluer d'une manière chronique. Certains animaux vivent jusqu'à cent jours et ont une apparence normale, malgré les altérations intenses dont leur névraxe est le siège, et quoique porteurs de germes virulents pour le lapin.

Septicémie à vibrion septique au cours d'une ostéomyélite aiguë. Rôle favorisant du staphylocoque. — MM. WEINBERG et DAVESNE rapportent un cas mortel d'ostéomyélite compliquée d'une septicémie à vibrion septique. Le point de départ de cette infection fut un furoncle du coude qui donna naissance, en quelques jours, à un petit anthrax et envahit les tissus profonds et même l'os.

L'état général du malade, le jour de l'intervention chirurgicale fut si grave que le médecin traitant demanda d'urgence l'examen bactériologique des produits de râclage du coude. L'analyse microscopique a révélé la présence de staphylocoques et d'un grand nombre de bacilles très mobiles, sporulés, se colorant par la méthode de Gram et ressemblant beaucoup au vibrion septique. Malheureusement, l'injection de sérum antigangréneux n'a pu être faite et le malade est mort, le lendemain, de septicémie aiguë. L'étude bactériologique complète a montré que le bacille mobile était bien le vibrion septique.

L'observation rapportée par Weinberg et Davesne doit inciter à rechercher d'une façon systématique la présence de microbes anaérobies dans les formes graves d'ostéomyélite. Lorsque les frottis des produits de râclage montrent la présence de bacilles gardant la coloration de gram, il est urgent de recourir à l'injection de sérum antigangréneux sans attendre le résultat définitif de l'examen bactériologique qui demande au moins vingt-quatre heures.

Dans la partie expérimentale de leur travail, les auteurs confirment que le staphylocoque favorise le développement du vibrion septique. Le mécanisme de l'action de ce microbe aérobie doit être complet : non seulement il favorise la germination des spores et le développement des microbes anaérobies, en attirant sur lui les phagocytes ; mais, en résorbant de l'oxygène, il doit diminuer la pression locale et provoquer des « nids d'asphyxie », comme ceux observés par Fides après l'injection de substances nécrosantes.

Tuberculose transplacentaire. Tuberculisation du cobaye après inoculation du sang du cordon. — MM. Emile SERGENT, Henri DURAND et BENDA ont à nouveau constaté que le sang du cordon provenant d'une femme tuberculeuse pouvait transmettre au cobaye une infection tuberculeuse dont les caractères expérimentaux se rapprochent de ceux que réalise l'inoculation à l'animal de virus filtrant tuberculeux.

Possibilité d'une étape abacillaire mais virulente en période latente de la tuberculose. — MM. Henri DURAND, R. KOURILSKY et BENDA ont constaté, chez un malade observé pendant la phase encore cliniquement latente d'une tuberculose pulmonaire, que les crachats quoique dépourvus de bacilles étaient néanmoins très virulents pour le cobaye, chez lequel ils déterminaient une tuberculose expérimentale sans chancre d'inoculation, exclusivement ganglionnaire, qui rappelle les lésions observées après l'inoculation de virus filtrant. C'est seulement lorsque les bacilles ont apparu dans les crachats que l'inoculation a réalisé la forme classique de tuberculose expérimentale. Il peut donc exister une période antébacillaire, abacillaire, mais virulente au début de la tuberculose pulmonaire.

Étape antébacillaire virulente au début ou au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — MM. Henri DURAND, R. KOURILSKY et BENDA démontrent que la phase antébacillaire mais virulente de la tuberculose existe non seulement dans la phase latente initiale de la tuberculose, mais aussi pendant l'évolution des tuberculoses aiguës caséeuses. La portion de cette notion est donc générale : elle permet de comprendre pourquoi une tuberculose ouverte peut se montrer abacillaire et être néanmoins virulente. La phase d'élimination bacillaire de la tuberculose pulmonaire peut donc être précédée d'une phase préalable d'émission non bacillaire m ai virulente.

Augmentation de l'action de l'insuline dans l'imperméabilité rénale expérimentale. — MM. M. LOEPER, A. LEMARIÉ et J. TONNET ont constaté qu'au cours de l'imperméabilité rénale progressive, réalisée expérimentalement chez le lapin par la ligature successive des deux pédicules rénaux, le pouvoir hypoglycémiant de l'insuline se trouvait accru dans des proportions notables. L'abaissement de la glycémie passe de 8 p. 100 chez l'animal normal à 50, 66 et même 80 p. 100 lorsque les reins sont fonctionnellement supprimés. L'hypoglycémie se prolonge en outre au delà des limites normales.

L'action de l'insuline dans l'imperméabilité rénale de l'homme. — MM. M. LOEPER, RAVIER et TONNET ont étudié par les mêmes méthodes et après injection des mêmes doses l'action de l'insuline dans l'imperméabilité rénale des néphrites, des affections cardio-rénales, et constaté des hypoglycémies infiniment plus accentuées que chez le sujet normal ou non imperméable.

La chute de la glycémie atteignait chez les premiers jusqu'à 84 p. 100, et chez les seconds jusqu'à 51 p. 100 du taux du sucre initial.

L'hypoglycémie est également prolongée chez ces malades, et se maintient plus de vingt-quatre heures.

Ces faits intéressent le thérapeute, et le mettent en garde contre l'administration de doses élevées ou répétées d'insuline chez les imperméables. Ils intéressent aussi le biologiste, car ils laissent supposer qu'il doit exister chez les rénaux une rétention de l'insuline autochtone.

Étude quantitative de l'action de l'histamine sur l'excitabilité des fibres inhibitrices cardiaques du nerf vago-sympathique. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Saradjichvili ont recherché chez le chien l'action de l'histamine sur l'excitabilité du pneumogastrique modérateur cardiaque. Leurs expériences montrent que l'injection d'histamine augmente graduellement la chronaxie qui revient ensuite peu à peu à son état normal, tandis que les lois de sommation ne varient pas sensiblement. On peut en conclure que cette substance agit sur les filets nerveux modérateurs du cœur à l'exclusion des éléments auxquels aboutissent ces filets nerveux.

Action de la nicotine sur l'excitabilité nerveuse motrice. — M. et Mme Mazoué ont déterminé la part qui revient aux divers facteurs dans l'excitabilité du nerf moteur (sciatique de la grenouille) sur lequel on fait agir une solution de nicotine. La durée et la modalité d'application sont sans influence sur la marche du phénomène; la concentration intervient d'une façon continue mais non régulière, enfin la distance entre la cathode et le point d'application a une grosse importance; c'est en ce point que l'on note le maximum d'augmentation de la chronaxie.

Sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang de femmes tuberculeuses pendant la période de la menstruation. — M. J. Valtis et Mlle J. Hisiowicz ont recherché les éléments filtrables du bacille de Koch pendant la période menstruelle dans le sang de femmes présentant une tuberculose pulmonaire, apyrétiques et sans signes évolutifs.

Dans 2 cas sur 5 ainsi étudiés, ils ont pu mettre en évidence dans le sang la présence des éléments filtrables du bacille de Koch.

Après inoculation du sang filtré et non filtré (dans un cas), les cobayes ont présenté la forme clinique de tuberculose qui caractérise les éléments filtrables du bacille de Koch.

A la suite de ces constatations, les auteurs insistent sur l'importance de la forme atypique de l'infection tuberculeuse du cobaye dans le diagnostic bactériologique de la tuberculose.

Sur les propriétés biologiques des voiles jeunes de bacilles tuberculeux. — MM. L. Nègre, A. Boquet et J. Valtis ont constaté que les bacilles des voiles jeunes, dans les quatre premiers jours de leur développement, se caractérisent par une virulence moindre que les bacilles plus âgés et par un pouvoir antigène plus élevé. Ils provoquent cependant, chez les animaux tuberculeux, les mêmes réactions thermiques et cutanées que les bacilles normaux.

Sur l'absorption de la tuberculine. — MM. A. Boquet, L. Nègre et J. Valtis montrent que la tuberculine brute, adsorbée par le charbon, perd ses propriétés antigènes, ses propriétés réactionnelles et sa toxicité à l'égard des animaux tuberculeux.

Eloge funèbre. — M. Mesnil, vice-président, prononce l'éloge funèbre de M. Noguchi.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 2 mars 1928)

Résection subtotale de la diaphyse tibiale pour ostéomyélite aiguë bipolaire. Régénération totale de cet os. — MM. G. Massabuau, L. Marchand et P. Rimbaud.

A propos d'un cas d'uretère forcé. — MM. E. Jeanbrau, A. Bonnet et E. Truc rapportent le cas d'une femme de cinquante ans, atteinte de cystite chronique, chez laquelle un examen cystoscopique et un cathétérisme urétéral permirent de diagnostiquer un uretère forcé. Une exploration par le bleu de méthylène et une cystoradiographie confirmèrent ce diagnostic. Les auteurs pensent que le reflux vésico-urétéral est secondaire à la cystite qui lésa la région du méat urétéral correspondant et amorça le reflux.

(Séance du 9 mars 1928)

L'antigène méthylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. L. Baillet a expérimenté l'antigène méthylique chez quinze malades.

En résumé, la méthode n'a paru présenter aucun inconvénient. Elle ne paraît pas devoir arrêter une évolution à pronostic défavorable, c'est-à-dire améliorer un malade constamment subfébrile ou fébrile et qui perd du poids. Elle a paru cependant pouvoir transformer en évolution favorable des malades qui ne faisaient jusque-là aucun progrès. Elle a confirmé et peut-être donné plus de solidité à l'amélioration de ceux qui étaient en bonne voie.

La thoracentèse sans aspiration. — MM. Vedel et A. Puech rappellent les avantages de ce procédé dans le traitement des pleurésies séro-fibrineuses. D'une grande simplicité de technique, n'exigeant pas d'aide, le siphonage de la plèvre s'établit presque toujours automatiquement, bien que l'amorçage soit quelquefois nécessaire. Il permet l'évacuation du liquide jusqu'à l'assèchement de la plèvre que l'on doit rechercher et cela sans danger. L'écoulement toujours lent, en pression positive, n'expose pas aux accidents. On peut ainsi retirer de grosses quantités de liquide là où l'aspiration serait particulièrement redoutable, surtout si l'on a soin de faire la thoracentèse le malade couché sur le côté. En fait la thoracentèse sans aspiration convient à tous les cas et doit être pratiquée dès la période aiguë de la pleurésie terminée.

Septicopyohémie à étiologie mixte (pneumocoque, streptocoque) postgrippale avec localisations multiples dont une panophtalmie. — MM. R. Jarry et M. Dufoix.

(Séance du 16 mars 1928)

Laryngite bacillaire et héliothérapie. — M. Taviani (d'Ajaccio).

Contribution à l'étude des fractures de l'humérus dites fractures des lanceurs. — MM. C. Roux et A. Guibal.

(Séance du 30 mars 1928)

Un cas d'élytrocèle. — MM. G. de Rouville, G. Villa et Mlle E. Lafourcade. L'observation rapportée est celle d'une hernie vaginale du cul-de-sac de Douglas apparue au cours d'une grossesse et ayant persisté après l'accouchement chez une malade opérée antérieurement de prolapsus génital par opération de Bouilly et hystéropexie ligamentaire. La hernie du cul-de-sac de Douglas s'est produite sans récidive du prolapsus utérin. Elle a été opérée par voie vaginale : incision,

décollement du sac péritonéal, ligature du collet et excision. Colporraphie postérieure et suture des releveurs. Les auteurs font à ce sujet quelques considérations sur la pathogénie des élytrocèles postérieures, leur diagnostic, en particulier avec la rectocèle, et enfin, du point de vue thérapeutique, marquent leur préférence pour la voie vaginale dans tous le scas où l'élytrocèle a été favorisée par l'altération de la solidité du périnée.

Examen anatomique d'un volumineux papillome de la cornée. (*Présentation de pièces et de microphotographies.*) — MM. Sempe et Ch. Dejean.

Un cas de parotidite nécrotique postabortum. — MM. H. Estor, G. Fayot et J. Duponnois ont observé un cas de parotidite gangréneuse chez une femme de trente-sept ans qui avait fait un mois auparavant un avortement s'était infectée et présentait depuis des signes de thrombo-phlébite utérine. La parotidite évolua en six jours vers la mort. Les examens bactériologiques ont montré au niveau des débris intra-utérins l'existence de streptocoques, dans la glande nécrosée la présence de staphylocoques. Il semble donc que l'hypothèse d'une infection par voie sanguine doive être rejetée au profit de l'infection ascendante.

Adénite éosinophilique prurigène et fébrile sans cellules de Sternberg. — MM. Ducamp, M. Janbon et H.-L. Guibert rapportent l'observation d'une femme de soixante et un ans morte au bout de cinq mois de maladie après avoir réalisé le tableau typique du granulome malin : paquets ganglionnaires multiples, grosse rate, prurit intense, éosinophilie sanguine de 14 p. 100 (dont 7 p. 100 de polynucléaires et 7 p. 100 de myélocytes), fièvre, diarrhée, cachexie progressive. En dehors de l'atteinte ganglionnaire qui intéressait la plupart des territoires, il existait des noyaux granulomateux typiques dans la rate, le foie, le poumon droit; le tissu lymphoïde intestinal était hypertrophié, l'appendice était énorme, en battant de cloche; il y avait une localisation osseuse, épaississement localisé fusiforme de la troisième côte gauche. En tous ces points, le microscope a montré le bariolage cellulaire caractéristique de la maladie de Hodgkin (lymphocytes, polynucléaires, plasmocytes), mais, sauf au niveau du noyau osseux, les éosinophiles étaient rares; et nulle part, malgré des coupes répétées, il n'a été possible de déceler de cellules de Sternberg. Malgré ce et en raison de la netteté du tableau anatomo-clinique, les auteurs considèrent qu'il s'agit de granulome malin vrai. Ils signalent, comme particularités, l'importance de la splénomégalie (1.480 grammes), premier symptôme en date; l'existence d'une nette dissociation hémotissulaire de l'éosinophilie.

LIVRES NOUVEAUX

Séméiologie urinaire (1), par Oscar Mercier, assistant à l'hôpital Lariboisière, chargé du service d'urologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada). Préface de G. Marion.

Voici un très beau livre et un très bon livre de séméiologie urinaire dans lequel M. Mercier a condensé l'enseignement de son maître, M. Marion. Comme cet enseignement, dont il est le reflet, ce livre est précis, clair, exact, pratique. Une très abondante illustration en rend la lecture facile. « Je suis certain, écrit M. Marion dans sa préface, que ceux qui le liront en tireront le plus grand profit. Ils éviteront par la suite bien des erreurs de diagnostic du fait qu'ils connaîtront mieux la

(1) In-8 relié avec 115 fig., dont 39 en coul. — Paris, A. Legrand.

valeur des symptômes qui caractérisent les maladies des voies urinaires. »

L'édition est très belle et fait le plus grand honneur à M. Amédée Legrand. L. G.

Souvenirs parisiens de la guerre de 1870 et de la Commune (1), par A. GUÉNIOT, de l'Académie de médecine.

Ce serait une erreur de croire que la guerre mondiale, encore si près de nous, a effacé tout l'intérêt concernant les guerres antérieures. Car, par le trouble profond et les malheurs qu'elles engendrent, ces luttes sanglantes entre nations offrent toujours de graves enseignements. Ainsi en est-il de la guerre franco-allemande de 1870, comme de la Commune qui s'en est suivie. On trouvera dans cet ouvrage un récit impressionnant de cette époque, une des plus tragiques de notre histoire. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES

C'est un problème clinique fréquent, dont les difficultés résident avant tout dans la discussion du diagnostic étiologique.

Ces adénopathies cervicales chroniques se présentent avec un ensemble de caractères, variables selon les cas, qui permettent le plus souvent de s'aiguiller vers leur nature exacte.

Elles apparaissent comme une tuméfaction plus ou moins volumineuse, plus ou moins dure, plus ou moins indolente, qui siège dans un territoire donné :

I. **Région sous-maxillaire** ; et il faut avoir soin de les rechercher en faisant fléchir légèrement en avant la tête du sujet et en accrochant de la pulpe des doigts le bord inférieur du maxillaire.

Ces ganglions sous-maxillaires recevant les lymphatiques des régions inférieures de la face et du plancher buccal.

II. **Région carotidienne** surtout : ce sont les gros ganglions sous sterno-mastoïdiens échelonnés tout au long de la jugulaire interne, et qui s'étalent, en bas, dans toute l'étendue du creux sus-claviculaire.

A ces ganglions aboutissent directement les vaisseaux lymphatiques venant de la langue, du pharynx, du larynx, du corps thyroïde, de l'œsophage.

Il faut pour les palper avoir soin de faire incliner la tête en avant, de façon à relâcher les sterno-mastoïdiens; et, en bas, d'enfoncer les doigts derrière la clavicule pour explorer la fosse sus-claviculaire.

III. **Région de la nuque**, beaucoup plus rarement.

Les adénopathies cervicales antérieures présentent habituellement deux caractères importants, dont il faut toujours s'assurer :

1° Elles sont *indépendantes* du *système laryngo-trachéal* : l'adénopathie ne se mobilise pas avec le larynx dans les mouvements de déglutition;

2° Elles sont *indépendantes* du *sterno-mastoïdien* : l'adénopathie conserve sa mobilité lorsque le sterno est contracté.

Le plus souvent l'adénopathie intéresse à la fois un certain nombre de ganglions, qui peuvent être :

a. Isolés les uns des autres, ou

b. Agglutinés en placards bosselés par un processus de péri-adénite.

Plus rarement il s'agit d'un ganglion isolé : mono-adénite d'aspect moins caractéristique.

(1) In-16, 118 p. Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il ne se pose pratiquement que dans ce dernier cas.

I. On ne confondra pas un ganglion isolé avec :

a. *Un goitre* circonscrit nodulaire adénomateux, qui se mobilise avec la trachée aux mouvements de déglutition.

Le diagnostic peut être impossible avec un petit goitre aberrant et il faut d'autre part connaître les cas rares d'adénite pré-trachéale adhérente qui simule un goitre.

b. *Une gomme du sterno* : s'immobilisant dans la contraction du muscle.

c. *Un branchiome* ; survenant chez un sujet déjà âgé; tumeur d'une dureté ligneuse, indolente, siégeant au-dessous de l'angle de la mâchoire, à la hauteur de la grande corne de l'os hyoïde, mais recouverte par le sterno-mastoïdien; d'abord arrondie et mobile, elle se développe rapidement en bas et en dedans, et rapidement tend à se fixer.

d. *Une tumeur* développée aux dépens du corpuscule rétro-carotidien.

e. *Un kyste* congénital du cou.

II. Un placard de péri-adénite ne sera pas confondu avec :

a. Un placard d'actynomycose cervicale;

b. Un phlegmon ligneux du cou.

III. Il faut enfin éliminer les adénopathies cervicales *aiguës* : adénopathies douloureuses avec péri-adénite, tendant souvent vers la suppuration franche, avec peau adhérente, rouge et chaude. On trouve une porte d'entrée : carie dentaire, angine, lésion cutanée. Mais il faut connaître les poussées aiguës infectieuses secondaires capables de survenir au cours de l'évolution des adénopathies cervicales chroniques.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

On peut distinguer deux cas, selon qu'il s'agit :

I. D'adénopathie secondaire;

II. D'adénopathie primitive.

I. **Adénopathie secondaire**. — *a.* Tantôt on se trouve devant de petits ganglions isolés les uns des autres, sans péri-adénite, roulant sous le doigt, n'adhérant ni à la peau ni à la profondeur, durs, indolents, souvent bilatéraux, apparaissant chez un sujet déjà âgé.

Ce sont les caractères des *ganglions cancéreux* (mais seulement à la phase initiale du cancer, car plus tard l'infection secondaire apportera des caractères différents). Il faut explorer attentivement, après avoir éliminé les cancers cutanés, la cavité bucco-pharyngée, la *langue*, et rechercher à son niveau une ulcération superficielle à base indurée ou un nodule profond. Dans quelques cas seulement des examens spéciaux seront nécessaires : examen du larynx, du rhino-pharynx, œsophago-bronchoscopie.

b. Parfois, l'adénopathie se présente selon le type syphilitique primaire : ganglion volumineux entouré de ganglions plus petits; il faut rechercher le chancre de la langue ou de l'amygdale.

Ces adénopathies persistent d'ailleurs un certain temps après la cicatrisation du chancre : elles en permettent parfois le diagnostic rétrospectif.

Il faut en rapprocher les adénopathies syphilitiques secondo-tertiaires compliquant de petites gommes ulcérées de la région du cou.

L'aspect de ces ulcérations, leurs contours circinés, leur indolence, leur tendance lente à la cicatrisation, sont autant d'arguments qui mettront sur la voie du diagnostic.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 juin. — MM. Janet, 20; Ravina, 19; Turpin, 20; Haguenau, 19 1/2.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Caïn, Bernard (Etienne), Marchal, Marquézy, Petit-Dutaillis, Rouhier, Fey, Braine, Desnoyers.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. Jean Lépine, docteur en médecine, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Titres exceptionnels. — « Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, depuis 1912, et doyen de cette Faculté depuis 1928, a rendu des services exceptionnels tant par son remarquable enseignement que par sa sage et active administration en collaboration constante avec la direction de l'Ecole du Service de santé militaire. A contribué ainsi, de la façon la plus heureuse, à la formation de nombreuses générations de médecins militaires. »

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée, à titre posthume, à Mme Gauthier, infirmière à l'hôpital des Enfants-Malades, et à M. Raymond Vétillard, externe à l'hôpital Bretonneau, décédés des suites d'une maladie grave contractée en service.

VACANCE DE POSTE. — Il sera ouvert à Vesoul, le samedi 7 juillet, à la Préfecture, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins français, âgés de moins de quarante ans. Traitement : 24.000 à 30.000 fr. avec inscription à la Caisse des retraites. Indemnités spéciales pour la participation aux services d'hygiène sociale. Frais de déplacement : 6.000 fr. à forfait.

Les inscriptions de candidatures sont reçues à la Préfecture de la Haute-Saône, à Vesoul, jusqu'au 25 juin, dernier délai.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES EN ITALIE. — Le Ve V. E. M. italien aux stations hydrominérales et climatiques italiennes aura lieu du 5 au 21 septembre. Comme les précédents il est placé sous la conduite du professeur Guido Ruata. Ce voyage comporte la visite des stations de la Lombardie, du Piémont et de la Riviera. Concentration à Milan. Départ par train spécial pour S. Pellegrino et Fonte Bracca. Lac de Lecco (Tirano, Bormio, excursion au Stelvio). Lac de Como (visite de Cernobbio, Tremezzo, Cadenabbia, Bellaggio). Lac Majeur (visite de Pallanza Stresa, Iles Borromées, excursion au Mottarone). Thermes d'Acqui, Riviera italienne (visite de Bordighera, Ospedaletti, Sanremo, Alassio, Nervi, Rapallo, excursion à Portofino Kulm, Santa Margherita, Viareggio). Dislocation.

Billets à prix réduits de la gare frontière aux points de concentration et de dislocation. Les médecins peuvent être

accompagnés par un membre de leur famille. Les inscriptions sont closes le 15 juillet.

Cotisation : 1.500 lires pour tous frais et pourboires de Milan à Viareggio.

Demander le programme détaillé et envoyer son adhésion au bureau de l'E. N. I. T., 6, via Marghera, à Rome, ou au docteur Targhetta, à Nice, 2, rue Honoré Sauvan, délégué comme interprète du groupe des médecins français.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un très vif regret la mort de deux grands amis de la France : le docteur de Zawadski (de Varsovie), délégué de la Pologne au Comité de la Société internationale de chirurgie et membre assidu du Congrès de l'Association française de chirurgie; puis le docteur A. N. Praum, directeur de l'Institut Grand-Ducal de bactériologie de Luxembourg, conseiller du gouvernement luxembourgeois.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Félix Ramond.) — DÉMONSTRATIONS CLINIQUES DE RADIOLOGIE GASTRO-DUODÉNALE. — Du 25 juin au 2 juillet 1928, le docteur Félix Ramond, avec le concours des docteurs Ch. Jacquelin, Zizine et Desbrousses, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une conférence théorique, suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet.

Conférences à 9 h., gratuites. — Démonstrations radiologiques, tous les matins, à 10 h.

Droit d'inscription : 250 fr.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMUNIQUÉ DE LA COMMISSION MIXTE CHARGÉE D'ÉLABORER LE PROJET DE STATUTS ET DE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU NOUVEAU GROUPEMENT NATIONAL DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD.

Vote, à l'unanimité, par la Commission mixte, de tous les articles du projet de statuts et de règlement intérieur du nouveau groupement national de tous les syndicats médicaux français.

La Commission mixte avait déjà voté, à l'unanimité, tous les articles du projet de statuts du nouveau groupement, à l'exception de deux : l'article 1er donnant le titre du nouveau groupement et l'article 10 qui a trait au mode d'élection du Conseil.

Dans sa séance du 20 mai, la Commission a repris le texte de ces deux articles avec la volonté d'aboutir à un accord.

L'accord s'est fait, et les textes suivants ont été votés à l'unanimité des membres de la Commission dont voici les noms :

MM. les docteurs Bouvat, Caillaud, Cibrie, Decourt, Denance (suppléant le docteur Rinuy), Desrousseaux, Fanton d'Andon, Gaussel, Humbel, Jayle, Lecat, Renon, Vanverts, Verger, sous la présidence de M. le professeur Balthazard.

***

1° Article 1er des statuts comportant le nom du nouveau groupement :

La Commission mixte s'est arrêtée au titre suivant : Confédération nationale des syndicats médicaux de France (ce titre doit être soumis à un conseiller juridique, en particulier pour savoir si les syndicats de colonies et des pays de protectorat pourront faire partie de cette Confédération.

2° Article 10 des statuts comportant le mode de nomination du Conseil.

La Commission a voté, *à l'unanimité*, le nouveau texte suivant :

« ART. 10. — L'élection du Conseil d'administration se fait d'après le mode suivant :

1° Les syndicats qui se sont auparavant constitués en collèges électoraux régionaux nomment, séparément, pour chaque collège, un ou plusieurs administrateurs, suivant le nombre de syndiqués représentés dans chaque collège régional.

2° Les délégués des autres syndicats et ceux qui représentent « les restes » des collèges électoraux régionaux forment un collège électoral complémentaire qui nomme, au scrutin de liste et au cours de l'assemblée générale, des administrateurs suivant le nombre de syndiqués dudit collège.

3° Le groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés pourra désigner deux administrateurs supplémentaires.

4° Le règlement intérieur fixera le nombre de syndiqués donnant droit à un administrateur ainsi que les modalités de vote.

Le Conseil d'administration du groupement national est proclamé chaque année en assemblée générale. »

Par suite de la modification de l'article 10 des statuts, l'article 9 du règlement intérieur se trouve modifié de la façon suivante :

« ART. 9. — Les collèges électoraux régionaux devront remettre les noms des administrateurs qu'ils auront nommés au cours de la première séance de la deuxième journée de l'assemblée générale.

Tout groupement des syndicats aura droit à un représentant au Conseil pour 400 syndiqués.

Les syndicats ne faisant pas partie des collèges électoraux régionaux dressent une liste de candidats également à raison de 1 pour 400 syndiqués.

Les collèges électoraux régionaux participeront à l'établissement de cette liste et à son élection pour la fraction de leurs syndiqués (ou « reste ») dépassant le chiffre de 400 ou un de ses multiples, qui n'a pas été représentée dans le vote pour les administrateurs nommés par le collège régional. »

Les articles 10 et 11 restent sans changement.

L'article 12 est supprimé.

***

Date du prochain Congrès. — La Commission mixte a décidé que le prochain Congrès des syndicats aurait lieu le dimanche 8 juillet 1928 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine mis par le Doyen à la disposition du Congrès.

Elle a, ensuite, décidé de proposer au Congrès que la première assemblée générale du nouveau groupement ait lieu le jeudi 6 décembre 1928.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MICROSCOPE ZEISS de labor., état neuf, 3 obj., 3 ocul., opt.remarq. — BESNIER, 51, r. Dunkerque, Paris, Trud. 38-67.

REVUE GÉNÉRALE

NOTIONS ACTUELLES SUR L'ANATOMO-PATHOLOGIE L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET L'ÉTIOLOGIE DU ZONA[1]

Par Paul DUCAS,
Interne des hôpitaux de Paris.

B. Rapports de la varicelle et du zona. — Dès 1880, Bokay attirait l'attention sur la coexistence possible de varicelle et de zona, et invoquait une origine varicelleuse pour un petit nombre de zonas. A sa suite, Le Feuvre, Tremolières signalent des cas analogues. Netter en 1920 rouvre le débat. Il se demande « si cette opinion ne doit pas être acceptée désormais pour un nombre de zonas sinon pour la totalité des fièvres zostériennes. Elle entrerait même en jeu dans des cas de zona que Landouzy croyait devoir distinguer de ces dernières et attribuer à des causes bien déterminées ». A sa suite, les unicistes ont invoqué de nombreux arguments, tendant à démontrer que zona et varicelle seraient peut-être deux maladies identiques (le virus qui se manifeste habituellement sous forme d'éruption varicellique en s'ensemençant sur la peau en de points multiples peut dans certaines conditions se fixer sur les ganglions et en se propageant le long des nerfs jusqu'à la peau réaliser sur des territoires nerveux une éruption identique à celle du zona). Ces arguments sont les suivants : fréquence inaccoutumée du zona dans les localités où la varicelle est épidémique (épidémie de Nanterre, tracées parallèles des entrées de varicelle et de zonas à la polyclinique de Budapest). Apparition à la suite d'un zona, de varicelle dans un pays où il n'y avait pas eu jusque-là d'épidémie de varicelle (cas de Foy aux Loges), cas de varicelle contractée dans une famille ou dans une salle d'hôpital après un cas de zona et dans un délai fixe de treize à vingt et un jours, sans qu'on puisse trouver d'autre source de contagion. Pour éviter l'objection qui lui sera faite (il est difficile parfois de mettre en évidence cette contagion qu'on ne peut pas toujours nier, la varicelle étant une maladie trop répandue et les occasions de la contracter trop nombreuses), Netter prend soin de ne citer que des cas spéciaux : personnes alitées dont les relations ont pu être rigoureusement contrôlées (cas de Hallez-Duplanté). Varicelles survenant dans les salles d'hôpital après admission d'un zona et dans des pavillons où l'isolement est sévère. Varicelles survenant chez des nourrissons dont les mères sont atteintes de zona (Pignot et Henri Durand, Rateau) dans des endroits où la population est clairsemée et où le contrôle est facile du fait que la déclaration de la varicelle est obligatoire (Hucher-Le Feuvre), dans des préventoriums isolés dans la montagne, contamination d'un médecin qui vient de soigner un zona et qui présente la varicelle (Duhem), d'un domestique à un enfant (Gérard).

On peut voir la varicelle et le zona survenir non plus chez des personnes vaccinés, mais chez le même sujet, soit après un court intervalle, soit simultanément. Netter a même voulu voir là l'explication des zonas généralisés (1) [Boulin], l'éruption généralisée étant de la varicelle (Head' Lévy-Valensi, Aviragnet, Netter).

Anatomiquement d'ailleurs, la vésicule de la varicelle et du zona auraient des caractères histologiques communs (dégénérescence ballonisante) et les corpuscules zostériens trouvés par Lipchutz dans les cellules épithéliales du zona se retrouveraient dans celle de la varicelle.

Enfin expérimentalement, l'inoculation de la sérosité de varicelle à la cornée du lapin fait apparaître des inclusions de la même nature que le zona. L'inoculation de la sérosité varicelleuse à la peau est suivie après huit à dix jours d'une vésicule dont le contenu est inoculable (varicellisation).

Kundratitz, de Vienne, aurait réussi à obtenir des vésicules analogues chez deux enfants avec de la sérosité de zona, et même à rendre réfractaire ces enfants à la varicelle.

Netter et ses collaborateurs ont montré qu'il existait au cours de la varicelle une réaction de fixation qui serait spécifique (Gérard, Kolmer, Dold, Langer). En particulier, pratiquée avec des émulsions de cow pox, de croûtes d'impetigo, elle donne des résultats négatifs. La réaction de fixation faite avec du sérum de malade atteint de variole et des croûtes de varicelle a été négative. Or, à la suite des suggestions de Magda Frei, Cornelia de Lange a montré qu'il existait également des anticorps dans le sérum de malades atteints de zona en se servant comme antigène de croûtes de varicelle. Bokay confirme ce résultat. Netter et Urbain montrent que la déviation du complément existe aussi bien quand on emploie comme antigène des croûtes de zona que lorsqu'on se sert de celles de la varicelle. Sur 100 sujets atteints de zona, il obtient 93 réactions positives. Ces résultats tendent à montrer qu'il existe entre la varicelle et le zona des réactions de même nature qu'entre la variole et la vaccine. Netter va même plus loin « en effet, la réaction de fixation n'a pas été seulement positive au cours de zonas constatés après une éruption varicelleuse ou qui ont été suivis de varicelle, elle existe chez 30 sujets atteints de zona et où il n'y avait aucune varicelle ». Elle existe également dans des zonas qui répondent non plus à la fièvre zostérienne mais aux éruptions zostériformes (en particulier chez des malades dont le zona est apparu après injection de novar ou de bismuth).

Ainsi la part du virus varicelleux serait agrandie et la varicelle pourrait être la cause non seulement d'un certain nombre de zonas mais de tous les zonas. Ces conclusions sont admises par Flandin pour qui le zona n'est qu'un stade évolutif de la varicelle.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 36, p. 645.

(1) Pour Pierre Marie, Girandeau et Minet, Leclerq, il s'agirait au contraire d'atteinte massive de quelques ganglions par le virus zonateux, et l'éruption généralisée reflèterait la dissémination de cette atteinte sur toute la hauteur de la chaîne ganglionnaire. Pour d'autres auteurs, l'éruption généralisée est due à la dissémination sanguine du virus.

Cette théorie n'a pas manqué de soulever des objections et les dualistes ont répondu par les arguments suivants :

Si le zona s'observe dans des localités où la varicelle est épidémique, par contre l'inverse est rare et à l'hôpital Saint-Louis, par, exemple, où il y a au moins un zona par salle la varicelle hospitalière n'existe pas (Milian).

Les cas de contamination cités sont rares, mais Netter fait observer il est vrai que ces faits passent souvent inaperçus et depuis qu'on a attiré l'attention sur eux ils deviennent de plus en plus fréquents.

On ne peut pas affirmer dans les cas de varicelle consécutifs au zona qu'il n'y a pas eu contact avec d'autres personnes suspects.

« Le fait de ne pas avoir trouvé la fissure par laquelle s'est introduit le virus varicelleux, ne veut pas dire que celle-ci n'existe pas » ; on sait, en effet, la fréquence des éruptions frustes de varicelle chez les enfants. Or, les varicelles ainsi observées concernent à peu près toutes des enfants, de sorte qu'il se peut très bien que la source de contamination ait pu passer inaperçue. La coexistence du zona et de la varicelle n'a pas plus de valeur que la coexistence de la varicelle avec d'autres maladies infectieuses.

Cliniquement d'ailleurs, Jeanselme fait remarquer que lorsqu'on se trouve en présence d'un zona et d'une éruption vésiculeuse généralisée survenant chez le même sujet, il n'est pas prouvé que les vésicules soient de la varicelle. Il se peut que ce soit simplement des vésicules aberrantes de zonas. Il faut donc apporter des réserves dans l'interprétation de ces faits (il est vrai que dans certains cas, l'erreur ne peut être commise et les deux éruptions sont bien différentes (cas de Cayrel). Comby note que la coexistence des deux maladies constitue plus un argument en faveur de la dualité des deux affections car s'il s'agissait de la même maladie, on comprendrait mal qu'il y ait simultanément sur le même malade deux éruptions différentes.

D'ailleurs zona et varicelle s'opposent point pour point. La varicelle est une maladie infectieuse, contagieuse très répandue, avec une incubation fixe de quatorze jours. Elle guérit sans complications ni séquelles. Elle ne récidive jamais. Elle se voit surtout chez l'enfant. Le zona est une maladie nerveuse où l'éruption est peu de chose, où la lésion nerveuse est tout, précédant l'éruption, lui survivant.

Dans la règle, la contamination est exceptionnelle. Le zona ne se voit guère que chez des sujets ayant dépassé quarante ans. Alors que la varicelle est une maladie immunisante, à récidives exceptionnelles, il n'est pas rare de voir des adultes qui ont déjà eu la varicelle contracter un zona. Or, si les deux maladies étaient identiques, l'immunité devrait être acquise par la varicelle (Lesné, Sicard). Il est vrai que pour Flandin cette immunité pourrait être abolie dans certaines conditions.

Expérimentalement, même différence : la varicelle est facilement inoculable et l'inoculation intradermique du contenu d'une vésicule de varicelle est suivie d'une éruption discrète de vésicule (Heilly et Thoinot).

Pour le zona rien de semblable [Lauda, Stöhr sur 54 injections cutanés dans 17 cas de zonas n'ont aucun résultat. Marcel Bloch quelle que soit la voie employée n'obtient aucune inoculation. Sicard, dans un but thérapeutique, inocule la sérosité de vésicules de zonas à des malades atteints d'encéphalite. Il ne produit aucune éruption, ni zostérienne, ni varicelleuse] (1).

Pour prévenir de la varicelle des malades qui en étaient menacés, on a pu pratiquer des injections de sérums de convalescents de varicelle (Blackfan, Peterson et Cowray, A. Weck, Paraf), et éviter ainsi la maladie. Sicard inocule le sang d'un malade qui a eu un zona typique et n'a jamais présenté de varicelle, à deux enfants dont le frère est atteint de varicelle typique et dont l'éruption date de la veille. Il ne put les empêcher de contracter cette maladie. Netter fait cependant remarquer que ce cas est unique, que s'il est légitime de provoquer la varicellisation pour protéger les malades de la varicelle, l'inoculation de sérosité de zona lui paraît une expérience plus dangereuse (pourquoi cette distinction, dit Sicard, puisque les deux affections ne sont qu'une même maladie?). Le sérum de varicelle n'a pas une efficacité constante (Ibrahim, Barabas, Weech, Wad. Schmidt). Le sérum de zona peut donc au même titre donner des échecs sans que cela constitue un argument. Enfin Sicard insiste sur le fait que le liquide céphalo-rachidien dans la varicelle ne subit aucune modification ce qui n'est pas le cas dans le zona. Pour Netter, la localisation différente du virus suffit à expliquer cette différence. De même pour le sang où on trouverait de la leucopénie et une mononucléose avec myélocytes neutrophiles dans la varicelle (P. E. Weill, Nobécourt) et rien ou une hypertencocytose dans le zona.

Il est bien difficile en présence de ces faits de conclure. Peut-être peut-on admettre avec Netter et ses partisans qu'il existe des formes spéciales de la varicelle et que le virus varicelleux suivant les cas puisse créer soit une varicelle typique soit un zona typique soit l'association d'un zona et d'une varicelle. Il présenterait pour la peau et le système nerveux, tissus de même nature embryonnaire, une électivité particulière. Chez l'enfant, c'est le revêtement externe qui est le plus touché (varicelle), puis grâce à l'immunité des téguments, chez l'adulte c'est le système nerveux qui serait atteint (zona). Toutefois il est impossible de démontrer que le virus varicelleux soit à la base de tous les zonas. « Les différences qui s'observent entre les deux affections sont trop impressionnantes. Peut-être peuvent-elles s'expliquer par une modification de l'ordre des mutations. Il resterait à fixer les conditions dans lesquelles se produit cette mutation. Elles ne sont pas invariables, puisqu'on put voir varicelle et zona se succéder dans les ordres divers. On put cependant concevoir que le même virus suivant son mode d'invasion dans l'organisme puisse produire des manifestations cliniques différentes avec une éruption soit disséminée (varicelle), soit limitée (zona) ».

(1) On avait vu pourtant les réserves qu'il y avait à apporter à ces résultats et les arguments inverses invoqués par Netter.

A l'heure actuelle, il semble donc bien que si l'on peut rapprocher le zona d'autres affections qui comme lui atteignent le revêtement cutané et le système nerveux (cadre des dermatoses neurotropes de Marinesco et Levaditi), nous ne pouvons assimiler le virus zonateux aux autres virus voisins et que la fièvre zostérienne de Landouzy peut être décrite comme une affection due à un virus spécifique.

Il nous reste cependant à envisager un autre groupe de faits pour lesquels l'étiologie est sujette à discussion. A côté en effet de cette entité morbide définie, il existe des éruptions de zona ayant des caractères identiques, mais qui au lieu de survenir isolément avec l'aspect d'une maladie infectieuse, vont se présenter au cours d'affections diverses :

Maladies infectieuses parmi lesquelles la syphilis et la tuberculose jouent le premier rôle (1), mais qui peuvent être aussi la pneumonie, la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la fièvre typhoïde, la grippe...

Intoxications les plus diverses CO^2, iode, plomb, morphine) mais plus particulièrement arsenicaux et bismuth (Netter, Lehner, Cesary...) Dans d'autres cas il s'agit d'une affection nerveuse (tabes, tuberculose des ganglions, néoplasmes des ganglions, lymphosarcomatose, méningites, syphilis médullaire..... ou d'un traumatisme. Cet ensemble de zonas secondaires, symptomatiques s'opposeraient à la fièvre zostérienne, zona idiopathique. On les désigne sous le nom d'éruptions zostériformes.

Leur existence a été discutée et leur origine a soulevé de nombreuses hypothèses.

Pour la majorité des auteurs, ces éruptions zostériformes sont indiscutables (traités classiques.....) et Netter, au sujet de l'existence d'un zona varicelleux pouvait dire : « Je tiens comme essentielle la distinction établie par Landouzy entre le zona, maladie due à un germe spécifique et l'éruption zostériforme, syndrome traduisant une atteinte des ganglions intervétébraux sous les influences les plus diverses ».

Une lésion quelconque infectieuse, toxique, traumatique pourrait donc suffire à provoquer une éruption zostériforme. Ils font remarquer que les toxiques incriminés sont en général des toxiques qui frappent électivement le système nerveux. De même les infections ou maladies nerveuses en jeu seraient des maladies atteignant le système radiculo-ganglionnaire (tabes, syringomyélie, méningite...) A ce propos, on peut signaler que dans les cas de zonas survenant au cours d'une encéphalite léthargique, on a pu retrouver des lésions ganglionnaires analogues à celles qui étaient décrites par Guiezzeti et Bériel dans les formes basses de l'encéphalite.

Mario Artom étudiant des zonas apparaissant au cours du tabes, de la paralysie générale, de la syphilis méningée, croit qu'il s'agit bien d'une localisation spécifique intéressant les territoires nerveux en cause.

(1) Différents auteurs, Schulmann, Lhermitte et Kyriaco, ont insisté sur le rôle de la spécificité dans l'étiologie du zona et sa fréquence dans les antécédents de ces malades.

SCHULMANN. Rapport au *IIIe Congrès de dermat. et de syphil.* — LHERMITTE et KYRIACO. *Soc. de neurol.*, mars 1928.

D'autre part on a pu montrer que dans les cas de tuberculose le liquide céphalo-rachidien pouvait tuberculiser le cobaye.

En somme dans ces cas l'éruption zostériforme apparaîtrait comme un trouble trophique lié à l'atteinte radiculo-ganglionnaire et sympatique par un agent quelconque. Le tableau clinique pris dans ses éléments serait identique à celui de la fièvre zostérienne, mais il s'en différencierait par son allure évolutive et surtout par l'absence d'immunité.

Cependant cette manière de concevoir ces éruptions n'est pas admise par tous et les objections soulevées ne manquent pas. Les unes sont d'ordre pathogénique et physiologique : jamais par des lésions provoquées de la moelle ou des ganglions on n'a pu reproduire l'éruption zostérienne. Si on obtient bien des altérations de la cornée après section du trijumeau, celles-ci sont dues non pas à un trouble trophique, mais à l'anesthésie cornéenne, et quand on suture au-devant de l'œil du lapin le pavillon de l'oreille ces lésions ne peuvent être reproduites. De même l'extirpation du ganglion de Gasser n'a jamais été suivie d'éruption. Les autres sont d'ordre clinique : l'existence de certaines éruptions zostériennes toxiques a été discutée et à propos des zonas bismuthiques certains auteurs (Leri, Tsank, Sézary, Fernet et Gallerand) ont fait remarquer que le bismuth a peu d'affinité pour le système nerveux. On n'a jamais observé de névrite due au bismuth (Levaditi), le bismuth n'a jamais passé en quantité appréciable dans le liquide céphalo-rachidien (Jeanselme, Delalande et Terris, Sézary, Barré et Pomaret), on peut se demander s'il ne s'agit pas là de simples coïncidences. Netter montre que la symptomatologie et l'évolution de certains zonas arsenicaux et bismuthiques ne diffèrent pas de celles de la fièvre zostérienne et que diverses raisons peuvent faire supposer qu'ils ont la même origine. Sézary pose la question des rapports du zona et du bismuth sans pouvoir en affirmer la réalité. On a remarqué d'autre part que si un zona peut se produire après une injection d'arsenic, on ne produit plus d'éruption aux injections suivantes. Il ne s'agirait donc là que d'une cause occasionnelle, ne déclanchant l'éruption de zona que parce qu'on a affaire à un organisme indemne [Levaditi (1)].

De plus il y a dans ces éruptions des cas qui ne sont pas du zona, mais de l'herpès et qui s'apparenteraient plus aux éruptions herpétiques secondaires (évolution aiguë, intensité moins grande de la douleur, absence de cicatrice résiduelle (importante pour Sicard et qui permettrait de faire le diagnostic), fréquence des récidives. A propos des rapports de l'herpès et du zona nous avons déjà montré la difficulté qu'il y a à faire le diagnostic entre ces deux éruptions, au point qu'Achard a pu dire que « les éruptions zostériformes constituaient en quelque

(1) A signaler à ce propos le cas particulier de Backmeister rapporté par Levaditi. Il s'agit d'un zona qui, par son apparition, devrait être étiqueté de « tuberculeux ». Or, on peut mettre en évidence la contamination par ce malade de deux autres personnes qui, après contact avec ce malade, vont présenter à leur tour un zona.

sorte des intermédiaires au zona et à l'herpès, mais quelles se rattachent plutôt à l'herpès qu'au zona ».

Enfin comment pourrait-on expliquer l'apparition d'éruptions zostériformes au cours d'affections qui n'ont qu'un rapport lointain avec le système nerveux (affections cardiaques, hépatiques...).

Rappelons encore les objections d'ordre biologique, Netter et Urbain ayant trouvé la réaction de fixation du complément positive dans des cas de zonas toxiques.

Pour toutes ces raisons certains auteurs (Marinesco, Lhermitte, Levaditi, Comby, Ch. Flandin) pensent qu'il n'y a pas lieu de distinguer ces éruptions et une fièvre zostérienne. Pour Flandin, les conditions étiologiques qui déterminent l'apparition du zona sont facilement compréhensibles si on admet l'identité du zona et de la varicelle. Toute action qui sera susceptible de lever l'immunité acquise vis-à-vis de la varicelle (affection cachectisante, corps toxique, trouble dyscrasique) apparaîtra comme la cause de ce zona. Pour les autres auteurs, toutes ces éruptions ne sont qu'une et sont liées à l'intervention d'un virus spécifique. « Cette hypothèse qui tend à conférer au zona symptomatique la même étiologie que celles des infections ou intoxications qui le déclanchent est peu vraisemblable. Tout porte à croire qu'ici comme dans l'herpès symptomatique il s'agit de véritables zonas essentiels, occasionnés par des processus infectieux ou des intoxications qui agissent sur le système nerveux et y créent ainsi un lien de moindre résistance où l'agent causal spécifique du zoster se fixe (Levaditi) ». « La fièvre zostérienne de Landouzy se confond avec les autres formes du zona, il n'y a pas plusieurs zonas, il n'y a qu'un zona » (Comby).

Mais tandis que pour Marinesco, la porte d'entrée du virus est dans la peau, ce dernier remontant le long des gaines lymphatiques des nerfs pour se fixer sur le système nerveux ganglio-radiculo-médullaire, pour Levaditi le virus siège dans de véritables réservoirs où il demeure en permanence (amygdales, éléments épithéliaux de la muqueuse bucco-pharyngée). Ce n'est qu'à la faveur d'une cause occasionnelle qu'il franchit la muqueuse et les follicules, pour pénétrer par voie sanguine où il déterminerait une septicémie passagère (syndrome d'invasion). A la suite d'une baisse du tonus immunotrophique exercé par le mérotome névraxique, le virus va devenir apte à se fixer sur un point donné de cet arc neurotégumentaire, et à se propager soit vers la partie inférieure (métamère cutané) soit vers la partie supérieure (nerfs sensitifs et mérotome médullaire). C'est donc l'ancienne théorie métamérique de Brissaud, reprise par Levaditi.

Quoi qu'il en soit de cette pathogénie pour le moins encore hypothétique on comprend ainsi le rôle des affections concomitantes, qu'il s'agisse de lésions nerveuses, de traumatismes, de réflexes sympatiques, ou d'infections. Toutes elles agiraient non plus directement, mais en sensibilisant le ganglion rachidien et ses annexes à l'action du virus.

Nous avons donc passé en revue très rapidement tous les problèmes posés par l'étude anatomique, expérimentale et épidémiologique du zona. Tous ces problèmes ne sont pas à l'heure actuelle résolus. Mais ils montrent que l'ancienne théorie du zona doit être en grande partie modifiée, les lésions anatomiques doivent être élargies, loin d'être une maladie isolée le zona doit être rapproché d'autres affections qui comme lui sont susceptibles d'atteindre le système nerveux et les téguments, enfin si son virus est encore inconnu, il semble bien devoir être considéré comme un agent spécifique. Ce sont toutes les recherches soulevées par eux qui nous ont paru pouvoir mériter cette étude où nous avons essayé de les réunir.

BIBLIOGRAPHIE (1)

1. **Revues générales et monographies.** — ACHARD. *Herpès et zona*, 1 vol., ou encore *Paris méd.*, 23 fév., 10 mai et 31 mai 1924.

FLANDIN (Ch.). Rapport au *IIIe Congrès de dermat. et de syphil. de langue française*, Bruxelles, 25 et 28 juillet 1926.

LEVADITI. *Id.*; — Zona et herpès, *Les Affections neurodermat.*, 1926.

LHERMITTE et NICOLAS. La myélite zostérienne, *Encéphale*, 1927, nos 4 et 5.

MARINESCO et DRAGANESCO. Contribution à la pathogénie et à la physiologie du zona zostérien, *Revue neurol.*, 1923, n° 1; — *Presse méd.*, 20 août 1927, an XXXV, n° 67.

NETTER. *Th. de Paris*, 1921; — Le zona varicelleux, *Paris méd.*, 7 juin 1924; — *Presse méd.*, 1927.

NOBÉCOURT. Le zona, Leçon clinique, *Concours méd.*, 1926, n° 34.

ROGER. Le zona, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 17 fév. 1923.

2. **Anatomie.** — ARNESEN. Un cas de zona gangréneux avec altération des ganglions, *Nors. Mag. f. Læg.*, 1926.

BESCHE (LE). Herpès zoster. Etude anatomique et pathologique, *Centralbl.*, 1910, vol. XXI.

BAUDOIN et LANTUÉJOUL. Les troubles moteurs dans le zona, *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 82.

CURSCHMANN et EISENLOHR. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, n° 34.

DÉJERINE et THOMAS. *Maladie de la moelle*, 1909.

EDINGER. Contribution à l'étude de l'herpès zoster, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1905, vol. XXIV.

GUNDERSEN. Myélo-encéphalite épidémique avec éruption zostérienne étendue, *Nord. Mag. f. Læg.*, 1925, n° 2.

HASKOVEC. Herpes zoster und die innervations segment des Rückenmarks, *Wien. med. Woch.*, 1910, n° 41.

HEAD et CAMPBELL. The Pathology of Herpes zoster and its bearing on sensory Localisation, *Brain*, sept. 1900.

HESSER. Lésions anatomiques dans un cas de zona, *Acta med. Scandinavica*, 4 et 5 sept. 1923, 19 mars 1924.

JEANSELME, LORTAT-JACOB et BEAUDOIN. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 janv. 1923.

JACQUET et BARIÉTY. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1926.

LEHNER. *Contribution à la pathogénie du zona*, in Lhermitte.

LHERMITTE et NICOLAS. Les lésions spinales du zona, *Soc. de neurol.*, 28 fév. 1924.

MINET, LECLERQ et GALLISOT. 45 cas de zonas généralisés.

MAGNUS (W.). Herpes zoster mit Veränderungen im Rükermark, *Centralbl.*, 1907, vol. XVIII.

NICOLESCO (Mme). Contribution à l'étude des signes douloureux par atteinte des relais cellulaires, *Thèse*, 1924.

NIEUWENHUYSSE. Die pathol. anat. Untersuchung eines Foll...

(1) Nous avons cru devoir donner une liste aussi complète que possible des derniers travaux parus sur le zona, sans avoir pu consulter tous les ouvrages étrangers, afin de permettre des recherches bibliographiques, toutes ces indications n'étant autrement que très disséminées.

von Herpes zoster, *Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych.*, f. 1, vol. XXIV.

PITRES et WAILLARD. *Arch. de neurol.*, 1883, n° 5.

ROBIN. *Bull. de dermat. et de syphil.*

SCHLESINGER. *Etude sur l'herpès zoster*, travail de l'Institut neurologique de Vienne, 1919, t. XII.

SCHEER (VON DER). Beitrag zur Frage nach der Ledentung des Herpes zoster, *Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1916, vol. XVI, f. 3 et 4.

STURMANN (VON) et VON DER SCHEER. Un cas d'herpès zoster avec étude anatomique, *Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1916, vol. XXXIV, f. 1-2.

SÉVERIN. Eruptions zostériennes dans les affections viscérales, *Deut. med. Woch.*, 28 mai 1926.

SICARD. Les troubles sympathiques dans le zona, *Revue neurol.*, 1914-1919; *Presse méd.*, 1918.

SOUQUES et LABAUME (Mlle). *Revue neurol.*, mai et juin 1915.

SOUQUES. *Revue neurol.*, 1922.

SOUQUES et HENRY (Mlle). *Revue neurol.*, nov. 1918; *Bull. méd.*, 30 juin 1920.

SOUQUES, BEAUDOIN et LANTUÉJOUL. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1914.

SOUQUES. Pigmentation cutanée en demi-ceinture dans un cas de zona, *Revue neurol.*, 3 fév. 1921.

SÖDERBERGH. Syndromes moteurs de l'abdomen au cours d'un zona intercostal, *Acta med. Scandinavica*, 1920, vol. LIV.

THALHEIMER. Herpes zoster, *Arch. of neurol. and Psych.*, 1924, vol. XII.

THOMAS (A.). Les troubles sympathiques dans le zona, *Revue neurol.*, 5 nov. 1925; *Soc. de biol.*, 25 oct. 1919.

THOMAS et LAMENIÈRE. Les lésions médullaires du zona, *Revue neurol.*, 1907.

WERTHEIMER. L'algie faciale postzostérienne. Considérations pathologiques et chirurgicales, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 août 1925.

WOHLWILL. Zur Patholog. Anat. des Nervensystems beim Herpes zoster, *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, f. 1-3, vol. LXXXIX; — Zur Herpes zoster, *Réunion des médecins allemands de Hambourg*, 12 déc. 1922.

VON ZUMBUSCH. Ueber Herpes zoster generalisatus mit Rückenmarks veränderungen, *Arb. aus der Neur. Inst. an der Wiener Univ.*, vol. XXI, f. 1-2; *Arch. f. Dermat.*, 1914, vol. CXVIII, n° 3.

3. **Etude expérimentale.** — BLOCH (Marcel) et TERRIS. Dix cas de zona. Essai de transmission à l'animal, *Soc. de biol.*, 24 mai 1924.

BLANC et CAMINOPETROS. Contribution à l'étude expérimentale du zona, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1922, n° 6; — Recherches expérimentales sur l'herpès, *Soc. de biol.*, 9-30 avril et 14 mai 1921.

BRUNI. *Etiologie de l'herpès*, Pavie 1923, tip. Coop.

DA FANO. *Journ. of path. and bact.*, 1923, n° 36, in Levaditi.

DOËRR et WOEHLING. Etude sur le virus de l'herpès fébrile, *Revue gén. d'opht.*, 1920, t. XXIV.

DOËRR. Ergebnisse der neueren experimentellen Forschungen über di Actiologie des Herpes simplex und des Zoster, *Centralbl. Haut. und Ges.*, 20 sept., 20 déc. 1924, 5 janv., 5 avril 1925.

GLAUBERSAHN et WILLFAND. Au sujet de la question du zona, *Dermat. Woch.*, 3 mars 1928, t. LXXXVI, n° 9.

KUNDRATITZ. *Soc. de méd. int. et de pédiat. de Vienne*, 23 nov. 1922; — *Verhand. d. ges. Deut. nat. f. und Ærzte*, Innspruck 1924.

LIPSCHÜTZ. Untersuchungen über die Etiologie der Krankeiten der Herpesgruppe, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1921, t. CXXXVI, n° 3.

LÜGER et LAUDA. Zur Etiologie des Herpes febrilis, *Zeit. f. d. ges. Med.*, 1921, vol. XXIV, f. 56; — Ein beitrag zur Frage der Uebertrag barkeit der Herpes zoster auf das Kaninchen, *Zeit. f. Hyg. und Inf.*, 1921, vol. XCIV, nos 2 et 3; — Ueber die beziehungen des Zoster zum Herpes febrilis, *Wiener klin. Woch.*, 5 fév. 1925.

MARIANI. *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1924, n° 147; — *Giorn. ital. dell mal. ven. e della pelle*, 1922, f. 6.

MUNERI. *Minervi med.*, 1922, t. II, n° 18.

NICOLAU et BANCIU. Constatation bactériologique dans le liquide céphalo-rachidien chez un malade atteint de zona, *Bull. et mém. de la Soc. méd. de Bucarest*, 1920, n° 11.

TEISSIER, GASTINEL et REUILLY. *Soc. de biol.*, 1922, n° 86.

TRUFFI. *Pathologica*, 1922, t. XIV, n° 332.

WIDAL (F.) et LE SOURD. Zona met. du membre inférieur. Présence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1901.

4. **Etiologie et pathogénie.** — ARTOM MARIO. Zona et syphilis, *Giorn. ital. di derm. et syphil.*, 1921, t. LX.

AMSLER. Zona et varicelle, *Monde méd.*, 1922, n° 601.

AVIRAGNET HUBER (Julien) et DAYRAS. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 1925, n° 5.

BOKAY. Ueber die ident. der Etiol. der Schlaffblatern und eenzelme Fäller von Herpes zoster, *Jahrb. f. Kind.*, 1919, n° 5.

BOURR et KUNTZLER. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 nov. 1923, n° 32.

BARABAS. Beitrag zu dem Zuzammenhang der Herpes zoster mit den Varicellen, *Jahrb. f. Kind.*, 1923, nos 5 et 6.

BOULIN. Les zonas généralisés, *Revue de méd.*, 1927, n° 8.

CORDIER. Zona et varicelle, *Monde méd.*, 1925, n° 665.

COMBY. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1912; — *Arch. de méd. des enf.*, fév. 1922.

CORNELIA DE LANGE. Zona et varicelle, *Klin. Woch.*, 1923, n° 19.

CAYREL. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 1922, n° 32.

CONDAT (Mlle). Zona et varicelle, *Arch. de méd. des enf.* fév. 1923.

DUMONT. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 1922, n° 23.

DUMAS. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 27 fév. 1923.

DELMAS. Zona et varicelle, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 11 fév. 1926.

DUMOUTET. Zona et varicelle, *Arch. de méd. des enf.*, fév. 1922.

ELIOTT. Herpes and varicella, *Brit. med. Journ.*, 1921, n° 3139.

ETIENNE. Varicelle et zona, *Soc. méd. de Nancy*, déc. 1925.

FEER. Varicelle et zona, *Schw. med. Woch.*, 1920, n° 3.

FEIL et GOLDBERG. Zona et varicelle, *Semaine des hôpit.*, 31 juillet 1927.

FIORE. Zona o Herpes zoster, *Penserio med.*, 10 mars 1923.

FLYE SAINT-MARIE. Zona et encéphalite, *Th. de Bordeaux*, 1925.

GRENET et PELISSIER. Les maladies infectieuses, *Monde méd.*, mars 1928.

GUNDERSEN. Zona et varicelle, *Acta dermat. Venerol.*, 4 déc. 1925, t. V.

GUZMANN. Contribution à la question de l'herpès zoster et de la varicelle, *Orvosi Hetilap.*, 1923.

GAUTIER et PEYROT. Varicelle et zona simultané, *Arch. de méd. des enf.*, mai 1925.

HALLEZ. Zona et varicelle, *Soc. méd. de péd.*, 16 mai 1922.

HALLÉ. Zona et varicelle, *Soc. de pédiatrie*, 19 déc. 1922.

JEANSELME, DELALANDE et TERRIS. Le bismuth injecté dans les muscles passe t-il dans le liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 1924, n° 23.

JEANSELME et BLOCH (Marcel). Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 déc. 1926.

JOHAENNSON. Herpès, zona et varicelle, *Hygeia*, 28 fév. 1925, analysé dans la *Revue neurol.*, 1925, t. II.

LAUDA et STÖHR. Contribution à l'étude du zona varicelleux, *Monat. f. Kind.*, 2 nov. 1926.

LAMPE. Zona et varicelle, *Münch. med. Woch.*, 1920, n° 25.
LANGE. Herpes zoster varicellosa Bokay und Varicellen, *Klin. Woch.*, 1923, n° 19.
LEFEVRE. Zona et varicelle, *Soc. belge de dermat.*, 11 fév. 1923.
LEHNER. Contribution à la pathogénie de l'herpès zoster, *Dermat. Zeit.*, fév. 1925.
LÉPINE, MOURIQUAND et RAVANAT. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 21 nov. 1923.
LIPSCHÜTZ. Sur l'étiologie du zoster et ses rapports avec la varicelle, *Wiener klin. Woch.*, 7 mai 1925; — Weitere Untersuchnngen über die aetiogie des zoster. Ueber die Microskopie der suip freackion und des generalisaten blöschenexanthems nach suipfung mit zoster, *Arch. f. Dermat.*, 1925, t. CXLIV, n° 1.
LEVRAT. Varicelle, variole et zona, *Soc. méd. de Toulouse*, 21 nov. 1923.
LÉRI, TZANCK et Mlle LINOSSIER. Zonas arsenicaux et bismuth, *Bull. de dermat. et de syphil.*, 10 avril 1924.
LÉRI. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 juillet 1925.
LESNÉ et DEGENNER. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 fév. 1925.
LÉVY-VALENSI, FEIL et SALLÉ. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 déc. 1926.
LOW. Zona et varicelle, *Brit. med. Journ.*, 1921, n° 31.
MICHAUX, LAMACHE et MARSET. Zona et varicelle, *Pédiatrie*, 20 mai 1924.
MOREL-TAPIE et LABORDE. Zona et encéphalite, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1923.
MAGDA FREI. Réaction de fixation dans le zona et dans la varicelle, *Jahrb. f. Kind.*, 1920.
MADERNA. Zona et varicelle, *Riforma med.*, 11 déc. 1925.
NETTER (A.). Zona et varicelle, *Acad. de méd.*, 29 juin 1920, 16 mai 1912; — *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1922; — *Soc. de pédiatrie*, mai 1922; — *Soc. méd. des hôpit.*, 20 fév., 6 mars et 26 juin 1925.
NETTER (H.). *Th. de Paris*, 1920.
NETTER et VALLAT. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 juin 1923.
NETTER, URBAIN et WEISSMANN. Réaction de fixation dans le zona et la varicelle, *Soc. de biol.*, 19 et 25 janv., 23 fév. et 12 avril 1924, 16 janv. 1926; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 avril 1924.
NETTER. Zona et encéphalite, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1922.
PIGNOT. Le zona, *Bull. méd.*, 21 fév. 1923.
PIGNOT et DURAND. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1922.
PETZETAKIS. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juin 1925.
PANAYOTATOU. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juin 1925.
PERUTZ. Zur Frage der Lezie Lungen Zuischen zoster und varicellen, *Dermat. Woch.*, 1er janv. 1927.
RATEAU. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1922.
RAYBAUD et GROS. Zona et varicelle, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 1925.
SICARD. Cicatrice cutanée postéruptive. Signe, diagnostic du zona vrai, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1919.
SICARD et PARAF. Zona et varicelle, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 fév. 1925.
SÉZARY, BARRÉ et POMARET. Zona et bismuth, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 mars 1924.
SÉZARY, FERNET et GALLERAND. Zona et bismuth, *Dermat. et syphil.*, 18 nov. 1926.
SPILLMANN et CREHANGE. Zona et varicelle, Nancy, *C. R. de la Soc. de dermat.*, 26 mai 1926.
TROISIER et DELALANDE. Eruption varicelloïde généralisée au cours d'un zona thoracique, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 mai 1925.
TRAZIER et GEORGE. Erythème polymorphe et zona, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 nov. 1923.
THALIMER. Herpès zoster avec lésions du système nerveux analogues à celles de l'encéphalite, *Arch. of Neurol. und Psych.*, juillet 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JUIN 1928)

La pression minima d'oxygène compatible avec la vie. — MM. BÉHAGUE, GARSAUX et Charles RICHET fils. Deux conséquences peuvent être déduites des recherches des auteurs :

Une conclusion théorique : la pression absolue d'oxygène n'est pas le seul élément qui règle la vie respiratoire des animaux;

Une conséquence pratique au point de vue de l'aviation : à une altitude plus basse que la théorie admise jusqu'à présent n'aurait semblé l'indiquer et quel que soit le pourcentage d'oxygène de l'air inhalé, la vie est impossible.

Méthode de détermination de l'élimination respiratoire de l'acétone chez l'homme. — M. R. COQUOIN.

Action bactéricide des colorants. — MM. A. PHILIBERT et J. RISLER.

Pénétration et pullulation de protozoaires dans la cellule nerveuse (neuroprotozooses). — M. C. LEVADITI et Mlle R. SCHŒN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1928)

Le vaccin B. C. G. par voie hypodermique dans la prémunition des jeunes sujets soumis ou non à des contacts bacillaires familiaux. — MM. le professeur Jacques PARISOT et H. SALEUR (de Nancy). L'utilisation de la voie sous-cutanée pour la vaccination par le « B. C. G. » a considérablement étendu le champ de la prémunition.

Les auteurs rappellent les essais tentés pour la première fois, dès 1924, par MM. Weill-Hallé et Turpin (23 nourrissons); les expériences étendues depuis à des adultes, soit en Europe (Scheel et J. Heimbech, A. Ascoli), soit en milieu colonial (Gérard et Legendre, Mathis, Rousseau, Grosfilez), et, enfin, les relevés tout récents de Walgren (de Göteburg), 25 jeunes enfants.

Depuis le 1er avril 1927, ils ont pratiqué 318 opérations de vaccination hypodermique chez de jeunes sujets âgés de quelques semaines à seize ans.

La dose unique employée a été de 1/100 de milligramme, et les vaccinés appartenaient, tantôt à des milieux familiaux infectés de tuberculose (opération faite, dans ces cas, après vérification minutieuse de la non-contamination du candidat), tantôt à des milieux indemnes de tuberculose.

Les auteurs décrivent les réactions locales observées, rares avec les doses utilisées, réactions qui vont de la réponse nodulaire (un peu plus de 10 p. 100, à la tendance suppurative chez 5 p. 100 seulement des vaccinés). Jamais on n'observe le moindre retentissement général.

MM. Parisot et Saleur concluent que la prémunition doit être, certes, appliquée dans les milieux familiaux tuberculisés, où il y a imminence de contagion; mais qu'elle doit être, en outre, étendue dans nos centres endémiquement atteints à un grand nombre d'enfants et d'adolescents.

Discussion. — M. CALMETTE estime que, jusqu'à nouvel

ordre, l'on doit être extrêmement prudent dans l'application de la vaccination sous-cutanée.

M. Lignières expose que, pour éviter les réactions locales et générales, il a été nécessaire de diminuer considérablement les doses et de les réduire à 400.000 bacilles B. C. G. inoculés en une seule injection. Et il pose cette question : « Nous savons que l'immunité ou la prémunition du B. C. G. est aussi fonction de la quantité. Je demande quelles sont les expériences qui prouvent qu'on obtient une prémunition suffisante en injectant 400.000 B. C. G. ? »

Discussion du rapport de M. Lesage sur le vœu proposé par M. Brouardel (1). — La discussion qui s'élève au sujet de ce vœu est un peu confuse. MM. Sieur, Letulle et Vaillard examinent la question du traitement des jeunes soldats reconnus tuberculeux lors de leur *incorporation*. M. Balthazard fait remarquer qu'il y a là une erreur. Ce n'est pas au moment de leur incorporation qu'il faut dépister les tuberculeux, mais au moment du conseil de revision. C'est alors qu'il faudra prendre à leur égard des mesures d'ordre thérapeutique.

— La discussion ne semble pas close.

Contribution à l'étude de la thérapeutique par le choc. Sur une action nouvelle de l'eau de Vichy. — MM. Lucien Bernard et Parturier.

Étude des modifications apportées dans le processus des intoxications au moyen de poisons nerveux et protoplasmiques sous l'influence de l'ingestion d'albumoses spéciales. — MM. A. Sartory, R. Sartory et J. Meyer.

Le service d'hygiène et d'assistance sociales type Vitry. — M. Hazemann.

Présentations. — Au début de la séance, M. Desgrez a présenté un rapport de M. Molinéry sur le Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Lyon. Ce Congrès a montré avec quel entrain s'efforcent de mettre en valeur, par des travaux scientifiques, leurs richesses thermoclimatiques, les nations les plus favorisées à ce point de vue. En France, nos instituts spécialisés, nos universités, nos sociétés thermales, toutes nos stations rivalisent de zèle pour atteindre ce but. Il paraît donc indispensable que l'Etat lui-même reconnaisse et favorise ces efforts par l'institution d'un crédit thermal.

M. L. Camus offre à l'Académie de médecine pour le Musée Jenner de l'Institut supérieur de vaccine :

1° Au nom de Mlle G. Lanoix, fille du docteur Lanoix, auquel la France, la Belgique et plusieurs autres pays sont redevables de la vaccine animale si heureusement substituée à la vaccine humaine, un volumineux dossier de documents du plus grand intérêt pour l'histoire de la vaccination animale.

2° Au nom de M. le docteur L. Raynaud (d'Alger) une très belle épreuve photographique du marbre qui est au Palais blanc à Gênes (Jenner par G. Monteverde).

3° Au nom du docteur Ed. Chaumier une lettre autographe de M. le Président du Consistoire des Protestants (Paris, sept. 1811).

Élection d'un membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques). — Classement des candidats : en première ligne, M. Levaditi; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Nattan-Larrier, Portier, Rouvière, Strohl, Zimmern; est adjoint par l'Académie à la liste de présentation, M. Louis Bazy.

Au premier tour de scrutin, M. Levaditi est élu par 52 voix contre 25 à M. Rouvière. MM. Nattan-Larrier, Portier et Strohl obtiennent chacun une voix.

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, p. 505 et 812.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 2 juin 1928)

Du traitement de l'hypertension artérielle par la cure de repos au lit et de diète. — MM. Etienne Bernard, Desbucquois et Mlle Falguière rapportent les résultats qu'ils ont obtenus pour le traitement de malades hypertendus par la cure de repos au lit et de diète hydrique, puis lactée, instituée plusieurs jours. Leurs recherches ont porté sur 52 malades pris au hasard d'une consultation d'hôpital. Dans 65 p. 100 des cas les résultats ont été favorables. La baisse de la tension a été parfois remarquable non seulement par son importance, mais par la persistance.

Calcification de bourses séreuses ou de tendons avec poussées douloureuses aiguës d'allure rhumatismale. — MM. J. Rouillard et Gloppe rapportent deux cas de périarthrite aiguë à début brusque, siégeant l'une à l'épaule, l'autre à la hanche; la radiographie montre une opacité anormale, siégeant dans le premier cas au long du bord externe de l'extrémité supérieure de l'humérus, et dans le deuxième cas au-dessus du grand trochanter. Dans les deux cas, le traitement salicylé a eu une efficacité remarquable.

La fièvre ganglionnaire chez les enfants. — M. Comby insiste sur la fièvre ganglionnaire des enfants qui se caractérise cliniquement par la fièvre qui dure deux à trois jours et l'adénite cervicale qui dure deux ou trois semaines et par une évolution bénigne.

Constitution anatomique de la colonne vertébrale dans le syndrome de Klippel-Feil. — MM. Crouzon et Liège. La pièce présentée se caractérise par l'absence de trois vertèbres cervicales, la soudure de l'atlas et de l'axis.

L'apophyse odontoïde de l'axis manque. Il n'y a pas de canal intertransversaire et on ne note que quatre trous de passage pour les nerfs rachidiens du côté droit et de cinq pour les nerfs rachidiens du côté gauche.

L'épreuve de l'adrénaline dans la leucémie myéloïde. — MM. Ch. Aubertin et Grellety-Bosviel. L'injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline fait contracter la rate et produit en même temps, chez les sujets sains, une leucocytose légère et passagère.

Dans les splénomégalies, l'épreuve de l'adrénaline donne des résultats variables.

Il est parfois possible d'apprécier cliniquement par la palpation, la diminution de volume de la rate provoquée par l'adrénaline.

En somme, cette injection exprime la rate comme une éponge et lance temporairement dans le sang circulant les leucocytes qu'elle contient, et en particulier les cellules jeunes et pathologiques.

Dysostose cranio-faciale. — M. Apert et Mlle Bach présentent un enfant de quatorze mois oxycéphale à crâne aplati latéralement et très élevé. La palpation et la radio montrent de très nombreuses solutions de continuité ovalaires sur toute la calotte cranienne dans l'intervalle desquelles la substance osseuse forme un réseau. Ce sont des dépressions digitiformes à leur maximum.

Indications et résultats de l'emploi thérapeutique du lacto-sérum. — M. Maurice Renaud l'a expérimenté sur une vaste échelle, soit en l'associant dans des régimes stricts au lait pur ou à des laitages spéciaux, soit en le prescrivant sous forme de cures matinales, grandes cures et cures de régime.

Le régime strict est une variante, soit de la diète hydrique, soit du régime purement lacté. Il sera particulièrement indiqué dans les états infectieux. Il remplira également toutes les indications utiles dans les épisodes critiques des intoxications

exogènes et endogènes quand il est essentiel de soulager l'effort de l'organisme et de favoriser le travail des émonctoires.

Traitement de l'angine de poitrine par la radiothérapie profonde. — M. ARRILLAGA (de Buenos-Aires) insiste sur les heureux résultats qu'il a obtenus, il a traité par ce procédé 8 malades et chez tous, les résultats ont été excellents; en deux cas, la cessation de douleurs persiste respectivement depuis huit mois et depuis plus d'un an. Il s'agissait pourtant dans tous les cas d'angor d'effort avec crises violentes et habituelles, il s'agit probablement là d'une application spéciale de l'action analgésiante générale des rayons X.

Les syndromes pleuraux au début de la granulomatose. — MM. MERKLEN et WOLF distinguent 3 types : le type pleural, le type adéno-pleural et le type spléni-pleural et discutent le diagnostic de chaque variété.

Syndrome protubérantiel syphilitique. — MM. URECHIA et GORZE (de Cluj).

Syphilis traumatique du cerveau. — MM. URECHIA et GOLDENBERG.

Un cas de zona coïncidant avec la variable. — M. ESQUER.

Cholécystite aiguë pré-typhoïdique. — MM. FOURNIER, BERTOLINI, ALVAREZ et GATTÉ.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 16 MARS 1928)

Fibrome et grossesse méconnue. Hystérectomie. — M. H. BLANC en communique trois observations. Dans ces cas, rien ne pouvait faire soupçonner la grossesse qui ne fut reconnue qu'après l'opération.

Fibrome évoluant après trois grossesses. Hystérectomie à propos de la quatrième grossesse, à la demande de l'accoucheur. — M. H. BLANC communique cette observation dans laquelle il fut obligé de pratiquer l'hystérectomie, car la myomectomie était impossible.

Adénopathie inguinale et lésions du col de l'utérus. — M. BRODIER déclare que l'adénopathie inguinale dans les lésions du col de l'utérus est loin d'être un fait exceptionnel. Les dissections anatomiques et l'anatomie pathologique en démontrent la possibilité. Les observations cliniques en sont nombreuses; mais, si, dans les lésions cancéreuses du col, l'adénopathie inguinale est peu fréquente, par contre, dans les lésions vénériennes, l'adénite n'est jamais pelvienne, mais inguinale.

L'ossification et la réparation des fractures. Contribution à l'étude de la consolidation accélérée des fractures. — M. R. MASSART fait un rapport sur un travail de M. CRÉTIN (du Mans). L'étude histo-chimique de l'ossification montre que le muscle intervient dans la construction de l'os et que tous les éléments qui servent à l'édification du squelette se retrouvent dans le muscle et le tendon. Ces minéraux sont véhiculés par des albumines et les plus importants sont le phosphore et le calcium. Dans la réparation des fractures, c'est sous l'influence du silicium que le cal se prend en masse et durcit. L'auteur apporte une série d'observations de malades atteints de fractures auxquels on a donné des comprimés de silicium et calcium et dont la réparation osseuse a été très rapide.

Les bases du traitement de la stase intestinale chronique. — M. V. PAUCHET fait un rapport sur un travail de Sir Arbuthnot Lane (de Londres). L'auteur déclare que l'une des causes de la constipation chronique est l'habitude prise par les hommes civilisés de n'aller à la selle qu'une fois par jour; et qu'il est nécessaire de rééduquer les individus, et principalement les enfants, pour les habituer à avoir une selle après chaque repas.

Kyste hydatique du foie. Choc anaphylactique sévère après intervention. — M. BRESSOT communique l'observation suivante : opération pour un kyste hydatique; formolisation du kyste; nécessité d'ouvrir la poche. Dès la fin de l'opération, choc anaphylactique très grave avec réaction urticarienne généralisée. Guérison.

L'auteur insiste sur les variations des réactions biologiques qui prouvent une sensibilisation antérieure. Il pense que la rapidité des phénomènes de choc est due à l'absorption du liquide hydatique au niveau de l'épaisse tranche de section hépatique, et conseille, avec Lemaire, l'adjonction au formol de sulfate de soude ou d'alcool, substances modificatrices des albumines du liquide hydatique et dont l'absorption serait la cause de la sensibilisation antérieure.

A propos de la rachianesthésie. — M. HALLER communique sa statistique et sa technique opératoire. Il emploie la stovaïne. La rachianesthésie est contre-indiquée chez les shockés et les hémorragiques; elle rend de grands services dans les opérations abdominales de longue durée par le silence abdominal qu'elle procure.

Le traitement des paraplégies pottiques. — MM. R. MASSART et R. DUCROQUET communiquent une observation de paraplégie pottique dans laquelle ils ont, après repérage exact par la radiographie, pratiqué une costo-transversectomie et ponctionné directement l'abcès médiastinal. Guérison de la paraplégie en une semaine; plaie cicatrisée par première intention.

Plaie pénétrante étendue du coude avec luxation de dix centimètres d'humérus et délabrements épiphysaires. Opération, guérison. — M. MULLER.

La coli-bacillurie. Etiologie, symptômes et diagnostic. — M. LUYS expose l'état de nos connaissances actuelles sur cette maladie fréquente et, en particulier, le polymorphisme de sa symptomatologie.

Un cas de rein mastic. — M. LAURET communique une observation de cette forme assez rare de dégénérescence tuberculeuse du rein. L'évolution est silencieuse. L'aspect de la radiographie, qui montre des ombres arrondies, très foncées, à contour flou, très différents des taches données par les calculs, permet de poser le diagnostic. La néphrectomie, dans ces cas, est indispensable; car cette tuberculose silencieuse n'est pas nécessairement éteinte.

Trois cas d'extraction de balle de revolver. — M. BOURGUET. Les projectiles étaient situés : dans le premier cas, dans la cavité orbitraire; dans le second, dans le ventricule latéral gauche; dans le troisième, au-dessus de la tente du cervelet. Ces projectiles ont été extraits avec succès.

Sur un cas de torsion de fibrome utérin s'accompagnant d'appendicite aiguë. — M. LUTAUD communique cette observation rare. Intervention d'urgence; appendicectomie; hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 18 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Couvelaire, Sergent et Lemierre. — Mlle BACH. Diabète et fonction de reproduction. — M. EILBAUM. Etude de l'albuminurie chez la femme enceinte. — M. CHAIM J. PAGIRSKY. Etude du diagnostic des lymphadémies par la biopsie. — M. FORTIN. Manifestations pleurales au cours de la lymphogranulomatose. — M. COUPEAU. Considérations sur le pneumothorax artificiel thérapeutique.

Mardi 19 juin. — Jury : MM. Guillain, président; Claude, Lecène et Alajouanine. — M. ISELIN. Opérations sur les nerfs dans les paraplégies spastiques de l'enfance. — M. ELIASCHEFF. Des écrits dans le délire d'interprétation. — M. ARDIN. Le point para-ombilical droit.

Jury : MM. Teissier, président; Jeanselme, Sicard et Sézary. — M. LEBLANC. Considérations médicales sur l'anthropophagie. — M. NATAF. Traitement de l'eczéma et du prurit par le sulfate de magnésie. — M. FERRAMOLI. Cancer de l'articulation sacro-iliaque. — M. GIRAUD. Etude de la tension veineuse.

Mercredi 20 juin. — Jury : MM. Legueu, président; Sebileau, Gosset et Lemaître. — M. SAMAIN. Des incontinences d'urine par insuffisance sphinctérienne. Traitement. — M. HELOT. Quelques considérations cliniques sur la prolongation de la cloison nasale dans le naso-pharynx. — M. JAUR. Péritonite herniaire. Histologie et diagnostic des affections abdominales qui l'accompagnent. — M. GRIPPON. La rhinotomie para-latéro-nasale. Technique, opérations, indications. — M. HIMMELSTEIB. Traitement du fibrome naso-pharyngien par la diathermo-coagulation.

Jeudi 21 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Henry et Robin. — M. LARRIBET. Des exutoires en médecine vétérinaire.

Samedi 23 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, J.-L. Faure et Heitz-Boyer. — M. DUVAL. Aspects radiologiques de la région hépato-colique. — M. TAILHEFER. Techniques et résultats actuels de la réparation des tendons de la main et des doigts. — Mme SAULNIER. Etude du passage des pigments biliaires à travers le placenta. — M. LEBEDINSKY. Des adénites vénériennes chroniques d'origine alvéolodentaire.

Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Carnot et Philibert. — M. GLOPPE. Calcification de bourses séreuses ou de tendons avec poussées rhumatismales. — M. DE TROIBOUL. Importance des surinfections exogènes de tuberculose dans le personnel hospitalier soignant les bacillaires. — M. TROCHU. Hypertensions rachidiennes d'origine circulatoire. — M. GUÉDON. Etude des tuberculomes thalamiques.

LIVRES NOUVEAUX

Électrothérapie (1), par W. VIGNAL, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

L'électrothérapie a singulièrement étendu son champ d'action au cours de ces dernières années; l'électrodiagnostic, grâce aux travaux de savants français, a acquis une grande finesse de précision; aussi le besoin se faisait-il sentir d'un ouvrage présentant dans un travail d'ensemble l'état actuel de l'électrologie afin de permettre à l'étudiant et au médecin de trouver, sans perte de temps, tous les renseignements dont ils ont besoin, et ce, sous une forme claire et concise.

L'ouvrage est divisé en trois parties.

I. *Electrophysique. Appareillage. Electrophysiologie.*

II. *Electrothérapie pratique. Indications. Techniques. Résultats.*

III. *Points moteurs. Topographie sensitive.* L. G.

(1) Un vol. in-16 de 544 p., avec 179 fig. dans le texte et 10 pl. hors texte. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 50. — MERCREDI 20 JUIN 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 20 JUIN 1928. — N° 50.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS.
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LA CROIX DE GUERRE POUR LES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toutes les grandes écoles et le barreau ont reçu successivement la croix de guerre. Comment les Facultés de médecine qui ont formé à la fois les 1.700 médecins militaires et les 16.000 médecins mobilisés, qui ont compté tant de morts parmi leurs élèves et leurs anciens élèves, ont-elles été oubliées jusqu'ici?

M. Maurice Mordagne, l'ancien secrétaire de la Corporative des étudiants en médecine, pense aux anciens camarades disparus, et, dans l'*Information universitaire*, il demande la croix de guerre pour les Facultés de médecine.

En accordant la croix de guerre aux Facultés de médecine, le gouvernement reconnaîtrait l'œuvre magnifique de prophylaxie, de traitement, de récupération qui a été réalisée par la Médecine française. Il accomplirait une œuvre de justice envers les vivants et il paierait une dette de reconnaissance envers les morts, en particulier envers ceux qui furent les héros les plus purs de la guerre : les médecins auxiliaires.

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 15 juin. — MM. Jacquelin, 19,90; Coste, 19,80; Mme Bertrand-Fontaine, 19,36.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Séance du 15 juin. — Question donnée : « Interprétation de clichés radiologiques. »

MM. Ordioni, 11; Chaperon, 14; Marchand, 12; Foubert, 10 ; Moutard, 12; Serrand, 14; David, 13; Coliez, 15; Bussy, 9; Porcher, 14; Le Goff, 9; Kahn, 14.

Epreuve clinique. — MM. Chaperon, 13; Ordioni, 10; Le Goff, 11 ; Bussy, 9 ; Marchand, 13.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Marchal, Fey, Desnoyers, qui acceptent; Caïn, Bernard (Etienne), Marquézy, Petit-Dutaillis, Rouhier, Braine, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— La première épreuve écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 27 juin 1928, à 9 h., à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, occuper la place qui leur sera indiquée, sont invités à se présenter dès 8 h. 15.

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Vétillard (Raymond), externe des hôpitaux de Paris, mort à vingt-six ans des suites d'une scarlatine maligne contractée dans son service.

Victime du devoir, M. Vétillard peut être donné en exemple par la dignité de sa vie, son dévouement de tous les instants et la haute idée qu'il se faisait de ses obligations professionnelles.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le Conseil de la Faculté a proposé : pour la chaire de dermatologie, en première ligne, M. Gougerot; en deuxième ligne, M. Sézary;

pour la chaire de médecine de la première enfance : en première ligne, M. Lereboullet; en deuxième ligne, M. Jean Hutinel.

— Un décret en date du 9 juin approuve la délibération du Conseil de l'Université de Paris, en date du 26 mars 1928, portant création d'un Institut d'éducation physique relevant spécialement de la Faculté de médecine.

— Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine :

PREMIÈRE DIVISION (morphologie). — *Section A : Anatomie* 21 et 22 décembre 1927) :

Académie d'Alger : M. Goinard, 19 + 19 = 38.
Académie de Toulouse : M. Thomas, 16 + 16 = 32.

Section C : Histoire naturelle médicale et parasitologie (21 et 22 décembre 1927) :

Académie de Paris : M. Galliard, 19 + 19 = 38.

DEUXIÈME DIVISION (physiologie). — *Section B : Chimie* (19 et 20 janvier 1928) :

Académie de Paris : M. Machebœuf, 15 + 15 = 30.
Académie de Lyon : M. Enselme, 14 + 16 = 30.
Académie de Strasbourg : M. Boivin, 14,5 + 15,5 = 30.

Section C : Physique (19 et 20 janvier 1928) :

Académie de Lille : M. Swyngedauw, 19 + 19 = 38.
Académie de Strasbourg : M. Reiss, 16 + 16 = 32.

TROISIÈME DIVISION. — *Section unique : Médecine* (19 et 20 janvier 1928) :

Académie de Paris : MM. Baruk, 17 + 17 = 34; Guilmain, 15 + 15 = 30; Gutmann, 17 + 14 = 31; Weismann, 16,83 + 13,33 = 30,19.

Académie d'Aix : MM. Perrimond, 16 + 16 = 32; Turries, 15 + 17,33 = 32,33.

Académie de Bordeaux : MM. de Grailly, 15 + 15 = 30; Delmas-Marsalet, 13,66 + 18 = 31,66.

Académie de Lyon : MM. Croizat, 16,33 + 14 = 30,33; Josserand, 17 + 13 = 30; Sedallian, 17,33 + 14 = 31,33; Delore, 17 + 15 = 32.

QUATRIÈME DIVISION (chirurgie et obstétrique). — *Section A : Chirurgie* (19 et 20 janvier 1928) :

Académie d'Alger : M. Pidoux, 15 + 16 = 31.

Académie de Lille : MM. Piquet, 16 + 15,5 = 31,5; Ingelrans, 15,5 + 15,5 = 31.

Académie de Lyon : MM. Gibert, 15 + 16,5 = 31,5; Dechaume, 15,5 + 15 = 30,5; Latreille, 16,5 + 16 = 32,5; Mounier-Kuhn, 16 + 15 = 31.

Académie de Montpellier : MM. Guibal (André), 16 + 14,5 = 30,5; Michel-Béchet, 16,5 + 17 = 33,5.

Académie de Nancy : M. Guibal (Maurice), 15 + 15,5 = 30,5.

Section B : Obstétrique (19 et 20 janvier 1928) :

Académie de Paris : M. Sureau, 17 + 16 = 33.
Académie de Lille : M. Béghin, 17 + 15 = 32.
Académie de Lyon : M. Pigeaud, 14 + 19 = 33.
Académie de Strasbourg : M. Kreiss, 14 + 16 = 30.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira le mercredi 18 décembre 1928, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Un concours s'ouvrira, le vendredi 20 décembre 1928, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

LÉGION D'HONNEUR. — TABLEAU DE CONCOURS POUR 1928 (réserve). — Sont inscrits pour le grade d'officier de la Légion d'honneur :

MM. Alliot, Pourrat, Lecercle, Bourlange, Bourguignon, Halipré, Cazals, Musin, Dujarier, Cohendy, Davet, Verbe, Larger, Guérin de Montgareuil Valmale, Machtou, Varay, Rostaine, Spillmann, Papin, Guillet, Varenne, Lenormant, Patel, Muret, Halbron, Descouts.

(Armée coloniale.) MM. Wagon, Dufougéré et Vincent (Augustin).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (51, rue de Clichy). — PRIX A DÉCERNER EN 1928. — En décembre 1928, dans sa dernière séance, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (1.200 fr. sont disponibles) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur le sujet suivant : *Recherches sur les parasites intestinaux.*

Les mémoires inédits et anonymes porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur; ils devront être déposés avant le 15 novembre 1928, dernier délai, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, docteur P. Blondin, 3, rue Cernuschi (XVIIe).

Le prix Alfred Guillon sera décerné au meilleur mémoire (inédit ou imprimé) sur les voies urinaires (sujet au choix des auteurs).

Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le banquet annuel du S. M. S. a eu lieu cette année, comme les années précédentes, en mai, à l'Hôtel Lutetia.

Cette fête confraternelle et familiale avait réuni une assistance nombreuse et choisie, aussi a-t-elle eu le plus grand succès. Elle était présidée par le docteur Cibrie, l'un des plus ardents animateurs de la résistance du Corps médical à l'application de la doctrine du tiers payant en matière d'assurances sociales.

Des discours vivement applaudis ont été prononcés par le docteur Hartenberg, président actuel du S. M. S.; M. Guénot, président de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine; M. le docteur Lian, président de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne; M. le professeur Balthazard, président de la Commission intersyndicale de regroupement des syndicats médicaux, et enfin par M. le président Cibrie, tous préconisant l'entente de nos associations, afin de maintenir l'exercice de la profession dans son cadre actuel de droiture, et ceci dans l'intérêt des malades, car c'est la seule manière de leur assurer la bonne qualité des soins.

Un bal des plus brillants, avec intermèdes chorégraphiques par des artistes de talent, a terminé cette belle soirée.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXCELLENT POSTE propharmacien Ille-et-Vilaine, à céder de suite, conditions avantageuses. Urgent. — S'adresser docteur Tizon, Clinique Saint-Vincent, Rennes.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par M. CHASTENET DE GÉRY.

TÊTE ET COU

Kyste dermoïde orbito-temporal. (Palomar Collado. *Revista med. de Barcelona*, fév. 1928, t. IX, n° 50, p. 99.) — Le kyste dermoïde de siège orbito-temporal paraît être extrêmement rare. Le premier cas connu est celui que Cange et Arnaud ont publié en 1923. Celui dont il est question ici est, paraît-il, le second. Voici l'observation de l'auteur :

Une femme de trente-quatre ans consulte pour une petite tuméfaction située dans la région du rebord orbitaire gauche et qui a débuté de façon visible il y a un an mais existait sans doute depuis longtemps car l'œil gauche a toujours été moins ouvert que le droit.

Les antécédents héréditaires sont remarquables en ceci que du côté maternel cette femme compte cinq membres de sa famille, tous de sexe féminin, qui ont des kystes congénitaux : deux sacro-lombaires, un de l'épaule, un du genou, un de la queue du sourcil. En outre, sa propre fille a un kyste de la tête.

Le kyste de la malade, du volume d'un pois, fait saillie sous le rebord orbitaire, à sa partie moyenne. Il y a une légère ptose et une limitation des mouvements de la paupière supérieure. Pas d'exophtalmie ni de strabisme.

A la palpation on sent une tumeur dure qui s'enfonce dans l'orbite directement d'avant en arrière, collée à la paroi supérieure de la cavité et irréductible. Elle est indolore à la pression. Aucun trouble oculaire.

Une première intervention est pratiquée sous anesthésie locale le 13 mars 1925. Le kyste mis à nu se dirige en arrière et en dehors. On le désinsère avec peine du périoste orbitaire et finalement il se rompt laissant échapper son contenu sébacé. On enlève aussi complètement que possible le prolongement externe. Suture cutanée.

Quand on coupe les fils six jours plus tard, la plaie s'entr'ouvre et il s'en écoule de la matière sébacée mélangée de pus. Lavage au liquide de Dakin. Mais l'écoulement persiste.

Nouvelle intervention pour enlever les débris du kyste dont l'exérèse semble avoir été incomplète. Mais le résultat n'est pas meilleur. L'écoulement de matière sébacée persiste.

L'auteur décide de procéder à une troisième opération beaucoup plus large sous anesthésie générale. Celle-ci a lieu le 27 juin. Ouverture de la cavité orbitaire par une incision qui suit le sourcil dans toute sa longueur. Le contenu de l'orbite est refoulé en bas et en dedans par un écarteur. On s'aperçoit alors qu'en appuyant sur la région temporale on fait sourdre en abondance du sebum qui sort de la paroi orbitaire externe par un orifice osseux. Une sonde engagée dans ce trou vient faire saillie sous la peau temporale. L'incision cutanée est alors prolongée en dehors au-dessus de l'os malaire et de l'arcade zygomatique. La fosse temporale est ouverte. Il existe là sous le muscle une poche kystique adhérente au plan osseux et qui communiquait avec la poche orbitaire par une partie rétrécie traversant un trou osseux situé à l'union du frontal, du malaire et de la grande aile sphénoïdienne à 2 centimètres en arrière du rebord orbitaire. Extirpation de la poche temporale et la partie rétrécie transosseuse qui adhérait fortement au périoste. La guérison fut cette fois complète.

Sur un cas de carcinome bilatéral de la parotide et de ligature simultanée des deux jugulaires profondes. (L. Tansini. *Arch. ital. de chir.*, janv. 1928, vol. XX, f. 3, p. 295.) — Comme le dit l'auteur cette observation est intéressante pour de multiples raisons qui sont d'ordre pathologique, clinique, physiopathologique et opératoire.

Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans chez lequel apparaît d'abord une tuméfaction de la région parotidienne gauche, puis six mois plus tard une tuméfaction semblable à droite. Le malade ayant eu la syphilis le premier médecin auquel il s'adresse pense qu'il s'agit d'une lésion spécifique et fait des injections mercurielles. Les tumeurs, au lieu de diminuer, continuent à grossir. Tansini voit alors le malade. Il constate dans chaque région parotidienne la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, dure, fixée. Influencé par la bilatéralité de la lésion, il croit, lui aussi, qu'elle est une manifestation tertiaire de la syphilis, résistante au mercure, et prescrit un traitement ioduré intensif. Echec complet. Les tumeurs s'accroissent et deviennent douloureuses.

L'opération est décidée. Elle est faite sans anesthésie, c'est-à-dire que la peau est simplement insensibilisée par pulvérisation au chlorure d'éthyle. Le malade est en effet artérioscléreux et bronchitique et l'opération menace d'être longue. L'auteur déclare que les opérations cervicales peuvent être ainsi parfaitement exécutées sans autre mode d'insensibilisation et qu'il a, dans ces conditions, fait une ablation totale de la parotide pour cancer, chez un médecin, sans que celui-ci ait fait entendre une plainte.

Chez le malade dont il est question ici, les deux parotides sont successivement enlevées. Mais les masses néoplasiques sont très adhérentes. Les branches inférieures du facial droit ont été sectionnées et il a fallu lier les deux carotides externes, les deux jugulaires internes et la jugulaire externe gauche.

L'opération terminée, le visage du malade présente un « aspect terrifiant ». Il est extrêmement congestionné, turgide, violacé. Le menton et le pourtour de la bouche sont d'une pâleur cireuse. Les yeux sont exorbités. La langue gonflée est déviée à gauche. La parole est inintelligible.

Ces phénomènes inquiétants durèrent presque toute la première journée. Cependant le soir la face était moins tuméfiée. Le pouls et la respiration étaient normaux. Le lendemain, amélioration nette. Les jours suivants tout était rentré dans l'ordre. Le malade commençait à prendre une alimentation liquide car il avait quelque gêne de la déglutition. En moins d'un mois il était complètement rétabli.

Trois mois plus tard il fallut enlever un petit noyau de récidive de chaque côté, puis quelque temps après une autre récidive dans la partie basse de la cicatrice gauche, au voisinage de la carotide primitive. Enfin, sept mois après l'opération, le malade présentait des troubles laryngés et respiratoires très suspects.

L'examen histologique a prouvé que les tumeurs enlevées étaient bien des carcinomes de la parotide.

Malgré les recherches les plus minutieuses, l'auteur n'a pu trouver dans la littérature un seul autre cas de carcinome des deux parotides. Il existe seulement deux observations de sarcomes bilatéraux, l'un de Wolff, l'autre de Bruns. Cette rareté, dit l'auteur, est peut-être plus apparente que réelle, et il faudra se rappeler qu'une lésion parotidienne bilatérale peut être un cancer.

Quant à la ligature simultanée des deux jugulaires, les exemples n'en sont pas non plus très nombreux, surtout ceux qui ne comportent pas la mort du patient. Les cas où le patient a survécu sont ceux de Garré (1905), de Duval, de Bilgher, de Crile et de de Page.

L'auteur estime que si, dans son cas, l'opération a été bien supportée, cela tient en partie à ce qu'il n'a pas employé la narcose, évitant ainsi à son malade, autant qu'il était possible, l'intoxication des centres nerveux, les troubles respiratoires et cardiaques parfois observés dans ces circonstances. Et il est d'avis qu'on ne doit pas renoncer à une opération parce qu'on prévoit que la dangereuse ligature des deux jugulaires devra être faite.

Sur un cas d'hémolymphangiome de la région parotidienne. (A. Zaffagnini. *Bull. delle scienze med.*, nov.-déc. 1927, vol. V, p. 414.) — Il s'agit d'une forme néoplasique plutôt rare : l'hématolymphangiome de Wegner, l'angiolymphangiome de Lannelongue et Achard dont l'auteur a observé un cas.

Sa malade, âgée de soixante ans, portait depuis six ans, au voisinage du lobule de l'oreille, une petite tumeur indolente qui s'est mise à grossir dans les derniers mois, atteignant le volume d'une mandarine.

Au moment de l'examen, on constate que la tumeur siège dans la région massétérine, au niveau du prolongement parotidien antérieur. Elle est indolore, dure, élastique, un peu mobile, irréductible. Elle n'est pas fluctuante et l'auscultation y est négative.

L'ablation en est pratiquée sous anesthésie locale. Elle possède une capsule propre et paraît indépendante de la glande parotide.

A la coupe, la pièce est dure et présente de nombreuses petites cavités desquelles coule un liquide rougeâtre hématique.

De l'examen histologique détaillé, l'auteur tire les conclusions suivantes : La tumeur a une structure vasculaire assez complexe. Les vaisseaux sont sanguins pour la plupart. En certains points ils présentent de grandes dimensions et conduisent à de larges cavités dont le contenu est hématique mais la paroi lymphatique. Ces éléments sont entourés par un stroma conjonctif qui n'est pas homogène et comprend de vraies formations lymphatiques ayant l'aspect folliculaire. Il semble donc bien qu'il s'agisse d'un hémolymphangiome.

L'auteur commente longuement l'aspect histologique de cette tumeur et rappelle ce qu'on sait actuellement de son étiologie, de ses symptômes et de son traitement.

Sur quelques tumeurs de la glande parotide. (Gherardo Forni. Communication à la Société médico-chirurgicale de Bologne, séance du 2 déc. 1927, in *Bull. delle scienze med.*, nov.-déc. 1927, p. 463.) — Les trois observations relatées concernent un *hémangiome du lobe accessoire avec dilatation kystique du canal de Sténon*, une volumineuse tumeur mixte kystique et une tumeur intraglandulaire à structure kystique.

Opération de Leriche dans la paralysie faciale périphérique traumatique en rapport avec les autres procédés opératoires. (J. Jianu et G. Buzoianu. *Lyon chir.*, janv.-fév. 1928, t. XXV, p. 10.) — Les auteurs rappellent d'abord les diverses méthodes chirurgicales qui ont été appliquées au traitement de la paralysie faciale : méthodes cutanée, sous-cutanée, libération nerveuse, neuroplastie, myoplastie, puis étudient avec détails les opérations pratiquées sur le système nerveux sympathique proposées par Leriche et qu'ils ont utilisées avec succès dans trois cas.

Leriche a montré que la sympathicotomie cervicale d'une part, la sympathectomie péricarotidienne d'autre part, avaient le pouvoir de restituer l'occlusion palpébrale volontaire aux paralysies de la face. Des faits de même ordre ont été observés par Patel, Santy, Nowikoff. Botreau-Roussel a publié en 1926 un cas dans lequel la motilité volontaire active totale a reparu aussitôt après la résection du ganglion cervical supérieur.

Par quel mécanisme agissent les opérations sympathiques? Plusieurs explications hypothétiques ont été données par Leriche et d'autres. Il semble bien que Bourguignon ait trouvé la raison de ces phénomènes au moins en ce qui regarde le facial supérieur. A l'aide de la chronaxie et de la dissection il a en effet pu voir que chaque facial donne un rameau à la paupière du côté opposé, mais que celui-ci n'agit que si le sympathique est supprimé.

A cet article sont annexées trois observations illustrées de photographies concernant des résections du sympathique cervical pour des paralysies faciales dues dans deux cas à des résections parotidiennes et dans le troisième cas à une fracture.

Le premier cas fut traité par une sympathectomie péricarotidienne et par une myoplastie portant sur le digastrique. La lagophtalmie est immédiatement corrigée par retrait du globe oculaire, mais les mouvements actifs de la paupière supérieure ne reparaissent pas. Bonne correction de la paralysie labiale par la myoplastie.

Dans le deuxième cas l'ablation de la parotide envahie par une tumeur maligne fut complétée au cours de la même séance opératoire par la résection des ganglions cervicaux supérieur et moyen. Fermeture volontaire de l'œil aussitôt après l'opération.

Le troisième cas, qui se rapporte à une résection des ganglions supérieur et moyen pour une paralysie suite de fracture, a également donné un bon résultat : disparition immédiate et complète de la lagophtalmie, légers mouvements volontaires des muscles du front et du visage.

GLANDE MAMMAIRE

Examen ultérieur de 109 malades ayant subi l'opération radicale du cancer du sein, concernant essentiellement le rapport entre la découverte microscopique et la fréquence de la récidive. (E. Dahl-Iversen. *Lyon méd.*, nov.-déc. 1927, t. XXIV, n° 6, p. 648.) — L'auteur résume ainsi son étude :

I. Après trois ans d'observation, 33 p. 100 des malades sont guéris.

II. Sont d'une importance décisive pour le pronostic :

a. La grosseur de la tumeur, parce que la mortalité par les tumeurs petites, jusqu'à la grosseur d'une prune est de 17 p. 100; par les tumeurs plus grosses jusqu'à un œuf, par contre, de 87 p. 100.

b. La sorte de cancer, parce que la mortalité dans les formes : carcinoma medullare, simplex, adenomatosum et scirrhosum est respectivement de 100, 68, 67 et 87 p. 100.

c. L'état microscopique des ganglions axillaires car la mortalité par la métastase microscopique des ganglions axillaires est de 80 p. 100; par les ganglions axillaires libres microscopiquement, par contre, de 41 p. 100.

III. Les métastases microscopiques dans les ganglions axillaires se trouvent dans 65 p. 100 des cas.

IV. Par la métastase microscopique dans les ganglions axillaires, les matériaux montrent que les ganglions sus-claviculaires sont probablement envahis microscopiquement dans 27 p. 100 des cas.

V. Un choix de cas ne pouvant avoir lieu par nos expé-

riences actuelles et les ganglions axillaires libres de métastase ne donnant aucune garantie de l'état des ganglions sus-claviculaires, il est à recommander de faire le curage préventif des ganglions sus-claviculaires systématiquement dans tous les cas.

Une constatation notée par l'auteur dans le cours de son article et qu'il n'a pas reproduite dans les conclusions mérite d'être indiquée; c'est celle qui a trait au rapport entre la localisation topographique de la tumeur et la mortalité : les cancers des deux quadrants internes de la mamelle donnent une mortalité nettement plus élevée que tous les autres.

Une technique d'opération élargie du cancer du sein. (J. Gatellier et S. Oberlin. *Journ. de chir.*, janv. 1928, t. XXXI, n° 1, p. 28.) — Les auteurs se basant sur le principe autrefois formulé par Helferich qui est, dans le cancer mamaire, d'aller toujours à une étape au delà de celle qui est manifestement envahie et sur des travaux de Halsted, de Willy Meyer, de Delbet, admettent que le curage sus-claviculaire a ses indications et ils ont mis au point une technique qui permet d'exécuter ce curage en continuité avec le curage axillaire, grâce à la désarticulation temporaire de l'extrémité interne de la clavicule.

Je pense personnellement que le principe d'Helferich, excellent en soi, n'a rien d'absolu, sans quoi il faudrait se préoccuper tout autant que des ganglions sus-claviculaires, de ceux de la chaîne mammaire interne souvent envahis sans qu'on le sache. D'autre part, les résultats qu'a donnés à Willy-Meyer le curage sus-claviculaire ne paraissent pas très encourageants. Cependant il se peut que l'opération dont il s'agit ici soit de mise dans quelques rares occasions et la technique préconisée par les auteurs est bien conçue anatomiquement. Voici cette technique.

Premier temps. — Une incision commençant au bord supérieur du cardiaque thyroïde, descend sur le sterno-cleido-mastoïdien, croise l'extrémité interne de l'articulation sterno-claviculaire et vient se brancher sur l'incision supéro interne de l'amputation du sein.

Deuxième temps. — Séparation des deux chefs du sterno. Désinsertion du grand pectoral à la clavicule. Ouverture antérieure de la capsule sterno-claviculaire. La clavicule est soulevée pour compléter sans danger la désarticulation sterno-claviculaire. Libération de la clavicule peu à peu portée en haut. Le champ opératoire est découvert.

Troisième temps. — Curage du creux sus-claviculaire avec ablation de l'artère cervicale transverse et de l'omohyoïdien et ligature de la jugulaire externe.

Quatrième temps. — Désinsertion interne du sous-clavier. Section des tendons du petit et du grand pectoral afin de rabattre en un bloc les masses sus-claviculaire et axillaire. L'amputation mammaire est terminée comme à l'habitude.

Cinquième temps. — La clavicule est remise en place. Quelques catguts soutiennent les éléments fibreux antérieurs de l'articulation sterno-claviculaire.

Cf. — Cancer du sein. (Ernest M. Daland. *Boston med. and Surg. Journ.*, 14 juil. 1927.)

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

Occlusion réflexe de l'intestin grêle par commotion lointaine au cours d'une chute d'avion. (P. Huard, *Marseille médical*, 25 fév. 1928, p. 270.) — Cette observation concerne un fait intéressant pour l'histoire des iléus fonctionnels.

Un homme de trente ans, ayant fait une chute d'avion est examiné deux heures après l'accident. Facies grippé. Douleurs abdominales et rachidiennes diffuses. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements.

On pratique sous anesthésie générale une laparotomie immédiate. Le péritoine est vide. L'estomac, le côlon transverse et la partie supérieure du grêle sont hyperdistendus et congestionnés. Pas de lésions mécaniques. Le ventre est refermé en un plan. L'entéroclyse n'ayant donné aucun résultat, le ventre est rouvert le lendemain sur 8 centimètres, et la dernière anse grêle distendue ayant été extériorisée, on la fistulise. Mais l'évacuation des matières s'arrête bientôt. Un peu plus tard il faut agrandir l'anus. Les accidents d'occlusion prennent fin. Dix jours après l'accident une tentative de fermeture de l'entérostomie ne réussit pas. Le malade est évacué sur un autre centre chirurgical où on pratique une nouvelle cure chirurgicale de l'anus sur laquelle aucun renseignement n'est donné mais qui est suivie de mort.

L'auteur commente son observation. Il note d'abord avec raison qu'il est quelquefois impossible de différencier cliniquement l'iléus dynamique de l'iléus mécanique. Les dilatations segmentaires du tube digestif dans le cas de son malade lui paraissent imputables à une commotion du plexus nerveux de la partie supérieure de l'abdomen. Cette hypothèse a l'appui des études expérimentales et cliniques de Rosenstein et Köhler et des recherches de Rabe sur les relations nerveuses qui existent entre l'estomac, le côlon transverse et la partie supérieure du grêle.

Quant au traitement d'un pareil iléus, l'auteur se critiquant lui-même croit qu'il aurait dû, dès la première laparotomie faire une entérostomie puis, celle-ci se montrant insuffisante, pratiquer une dérivation interne, sous la forme d'un anastomose au bouton, entre la dernière anse dilatée et la première anse saine.

Kyste du cholédoque. (E. Starr Judd et Earle I. Greene. *Surg. gyn. and obst.*, mars 1928, vol. XLVI, p. 317.) — Le kyste vrai du cholédoque est une affection extrêmement rare : un seul cas sur 17.381 opérations pratiquées sur les voies biliaires à la clinique Mayo du 1er juillet 1907 au 1er janvier 1926.

Le diagnostic n'a été fait préopératoirement qu'une fois par Neugebauer en 1924.

Les deux premiers cas connus sont ceux de Vater en 1723 et de Todd en 1817. Le total des cas publiés jusqu'ici dans la littérature est de 64.

L'observation des auteurs se résume ainsi :

Une fillette de treize ans entre à la clinique Mayo pour des troubles hépatiques, qui ont débuté dans l'enfance et ont consisté essentiellement en crises de vomissements avec douleurs sous-costales droites et épigastriques.

A huit ans, appendicectomie après une crise. Mais les crises reparaissent au bout de cinq mois et se reproduisent à intervalles irréguliers, c'est-à-dire deux à quatre fois par an. Puis on note des douleurs dorsale et scapulaire droite, de l'ictère à deux reprises.

L'examen révèle une masse mobile à l'épigastre et une légère sensibilité du rebord costal droit.

On diagnostique une affection vésiculaire, probablement calculeuse et on opère.

La laparotomie fait découvrir une vésicule enflammée et un kyste du cholodoque de 13 centimètres de diamètre. Anastomose du kyste et duodénum. Drainage de la vésicule. Guérison. L'enfant restait parfaitement guérie six mois plus tard.

Ces dilatations cholédociennes très différentes par leur forme et leur volume de celles qui s'observent dans la lithiase biliaire ou les lésions pancréatiques, sont considérées comme congénitales. Heiliger en a rencontré un cas chez un enfant mort-né.

Sur 64 cas, il y a 52 sujets du sexe féminin, 10 du sexe masculin et 2 dont le sexe n'est pas indiqué. L'âge moyen des malades est de quinze ans et demi. Les troubles ont presque toujours débuté avant l'âge de dix ans et souvent vers six mois.

La pathogénie de cette dilatation kystique est encore très discutée. Pour Rostowzew, le cholédoque traverse la paroi

duodénale suivant un trajet de direction anormale, ce qui a pour conséquence la formation d'un coude. Pour Lavenson, l'insertion angulaire est le résultat et non la cause de la dilatation qui serait due, en réalité, à une faiblesse de la paroi canaliculaire et à l'obstruction temporaire du canal par un bouchon muqueux. Budde croit que le diverticule primitif provient de la résorption de cellules pancréatiques aberrantes siégeant dans la paroi du cholodoque. Il s'agit, selon Waller, d'une duplication valviforme de la paroi. On a encore incriminé un rétrécissement de la fin du cholodoque, l'allongement du canal et une coudure fixée par des adhérences, la syphilis.

Les examens histologiques de la lésion n'ont rien appris.

Les symptômes cardinaux sont les douleurs, l'ictère et la tumeur. Ils ne sont pas nécessairement réunis et chacun d'eux peut manquer.

La tumeur est le plus caractéristique. On a vu des kystes énormes, emplissant tout l'abdomen. Le kyste change de volume et de consistance. Il augmente après les repas.

L'ictère est le signe le plus constant. Il est souvent intermittent.

Les douleurs qui occupent le quadrant supéro-externe droit de l'abdomen sont d'une intensité très variable.

On a fait sur ces kystes les erreurs de diagnostic les plus variées. La plus fréquente a consisté à prendre la tumeur pour un kyste hydatique. Les éléments symptomatiques qui semblent les plus propres à faire reconnaître la lésion sont : un ictère à répétition, des douleurs dans la région hépatique et une tumeur palpable, apparaissant chez un sujet jeune, surtout féminin.

Seule a des chances de succès une thérapeutique opératoire qui ouvrira à la bile intra-kystique une voie d'accès directe dans l'intestin. La mortalité a été jusqu'ici très élevée — plus de la moitié des cas — pour deux raisons : 1° la méconnaissance opératoire de la nature de la lésion, 2° l'ictère.

Le simple drainage a causé la mort dans tous les cas, sauf deux, où il a été employé.

Le drainage suivi dans un deuxième temps d'anastomose a guéri 8 malades sur 14.

La marsupialisation a toujours été mortelle

Le vrai traitement est l'anastomose. Swain a pratiqué le premier, un cholédoco-jéjunostomie avec bouton de Murphy en 1894. Baker en 1906 a fait la première cholédoco-duodénostomie et avec succès. Depuis sept opérations analogues ont donné 4 guérisons et 3 morts.

Cf. — Diverticule de la voie biliaire commune. (Roy F. Ioung. *The Glascow med. journ.*, déc. 1927, p. 346.)

Splénomégalie chronique hémolytique. Amélioration passagère par la radiothérapie. Guérison par la splénectomie. Résultats éloignés quatre ans après l'opération. (Olmer. *Marseille méd.*, 15 nov. 1927, 64e année, n° 32.) — La jeune fille de vingt-deux ans, qui fait l'objet de cette observation, a été suivie depuis février 1921. Elle avait alors une anémie très marquée avec subictère des conjonctives et une grosse rate. Son sang présentait les caractères suivants : 1.700.000 globules rouges, 40 p. 100 d'hémoglobine, diminution de la résistance globulaire (0,62), hématies granuleuses, anisocytose très accusée avec globules nains, poïkylocytose, formule leucocytaire à peu près normale, sérum nettement ictérique, Bordet-Wassermann négatif.

La radiothérapie pratiquée immédiatement amena d'abord une réaction violente, recrudescence de l'ictère, augmentation de la splénomégalie et dut être interrompue pendant trois mois. Puis onze séances à doses moins fortes, espacées sur sept mois, eurent un effet heureux quoique incomplet : augmentation du poids, retour des règles, élévation du nombre des hématies. Mais le résultat ne fut pas durable et le docteur Aubert dut enlever la rate en décembre 1923. L'organe pesait 830 grammes, mesurait 21 centimètres sur 12 et était atteint de sclérose, d'atrophie des cordons de la pulpe, de congestion interne, de surcharge pigmentaire.

Guérison lentement obtenue et après quelques à-coups. Ainsi l'anémie s'était améliorée d'abord très vite puisque le nombre des globules s'était élevé d'un million en dix jours. Mais elle a reparu en 1925 et 1926 pour céder complètement et définitivement après une petite transfusion sanguine.

Cette observation montre que, conformément aux idées actuelles, la radiothérapie est une méthode infidèle en cas de splénomégalie hémolytique et qui doit céder le pas à la splénectomie.

Kyste hématique uniloculaire de la rate. Splénectomie. Guérison. (F. Devé et J. Petit. *La Normandie médicale*, 38e année, n° 12, déc. 1927, p. 327.) — Le malade, âgé de dix-neuf ans, avait remarqué depuis longtemps que son côté gauche était plus gros que le droit. Il y a quelques mois, une crise de douleurs abdominales violentes, avec vomissements mais de courte durée. Depuis développement rapide de la déformation thoracique et sensation de pesanteur de plus en plus accusée. A l'examen, on constate grosse tuméfaction abdominale supérieure gauche et un soulèvement de l'hémithorax gauche. Ces signes joints à ceux que donnent percussion et palpation font porter le diagnostic de grosse rate et plus particulièrement de kyste splénique et on pense qu'il s'agit d'un kyste hydatique, malgré l'absence du frémissement et la cutiréaction négative, en raison du Weiberg positif et d'une éosinophilie à 6 p. 100.

Opération. Incision para-costale gauche partant du bord droit du sternum et descendant verticalement vers la crête iliaque à partir de la XIe côte. On découvre un kyste splénique volumineux, arrondi qui occupe le pôle supérieur de l'organe et présente en avant une zone blanchâtre. La ponction ramène 2 litres 3/4 de liquide hématique rouge noirâtre. Splénectomie et guérison rapide malgré une embolie pulmonaire.

APPAREIL GÉNITAL

L'ulcération cervico-vaginale dans les prolapsus utérins. (Carlos Stajano. *Revista med. latino-americana*, janv. 1928, 13e année, n° 148, p. 548.) — Intéressante étude pathogénique illustrée de 4 schémas et de 17 photographies.

On attribue généralement à de petits traumatismes répétés les ulcérations qui compliquent les prolapsus utérins. Cependant tous les prolapsus ne sont pas ulcérés et les prolapsus les plus saillants, c'est-à-dire les plus exposés ne sont pas nécessairement les plus atteints. L'auteur a remarqué que, dans tous les cas où il y avait une ulcération, les parois vaginales ne s'étaient pas complètement éversées et la partie inférieure du vagin encore en place formait un anneau entourant la base du prolapsus. Il a noté aussi que l'ulcération cervicale prédominait sur la lèvre inférieure.

Cette ulcération qui a un aspect tantôt atonique, tantôt fongueux ne peut être expliquée par le seul traumatisme. Elle serait due à un trouble local de nutrition relevant de la stase veineuse. C'est-à-dire qu'elle serait comparable par les conditions de son développement à l'ulcère variqueux. Mais ici la stase procède de la compression vasculaire qui ne se trouve effectivement réalisée que lorsqu'il existe un anneau vaginal encerclant la masse prolabée.

Cette compression insuffisante à troubler la circulation artérielle mais capable d'aplatir les veines ne détermine que des troubles trophiques et non l'ischémie et la gangrène qu'on observe dans le prolapsus rectal.

Études sur la douglassite. De la stérilité dans l'antéflexion utérine. Essai de pathogénie et de traitement. (R. Condamin. *Lyon méd.*, 23 oct. 1927, t. CXL, p. 417.) — Pour l'auteur voici comment s'enchaînent les phénomènes pathologiques qu'il étudie et qui aboutissent à la dysménorrhée et à une certaine forme de stérilité.


L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
La Société
GALLOIS et Cie
41, Boulevard des Brotteaux
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
...... Nous devons arriver à obtenir une plaie moins éclairée en surface qu'en profondeur, car, ce qui importe, ce n'est pas une clarté absolue de la salle, mais un bon éclairage de la plaie.....
Prof. Keller
Pub. Drouat Lyon

L'inflammation d'un organe abdominal amène un écoulement dans le Douglas de liquide infectieux dont la résorption à ce niveau détermine une douglassite avec prédominance de rétraction et d'épaississement des ligaments utéro-sacrés.

C'est cette rétraction des utéro-sacrés qui cause l'antéflexion et si la lésion se constitue très tôt, elle explique l'arrêt du développement c'est-à-dire l'aspect infantile de l'utérus quelquefois observé en pareille circonstance.

Il se forme un rétrécissement utérin qui est le fait d'abord de la coudure, ensuite de la sclérose, enfin du spasme.

En dehors de toute infection de cause externe, il y a presque toujours une leucorrhée qui manifeste un état endométritique entretenu par la gêne d'écoulement des liquides menstruels ou autres.

Le traitement de l'affection basée sur la pathogénie comporte trois éléments :

1° La douglassite, à laquelle on oppose actuellement certaines opérations sympathiques qui semblent surtout agir contre le spasme, relève essentiellement de la columnisation, du massage et, quand ceux-ci ont produit leur effet, de la pose d'un pessaire à bulbe postérieur;

2° L'antéflexion est justiciable d'une dilatation progressive sous anesthésie locale par les bougies de Hégar;

3° La désinfection de la cavité utérine sera obtenue par les lavages à la solution iodée de Tarnier et par les badigeonnages à la teinture d'iode pure.

Développement anormal de canaux de Müller chez un homme adulte. (Roy. *Soc. anat. de Paris*, Séance du 1er mars 1928 in *Annales d'anat. pathol.*, mars 1928, t. V, p. 358.) — Il s'agit d'un organe tubulaire bifurqué dans sa portion distale, qui siégeait dans le canal inguinal et dans le bassin, au voisinage de la vessie. Il se présenta, à l'opération, comme un appendice qui se serait hernié par glissement. Mais l'appendice fut trouvé à sa place dans la fosse iliaque. Pour pratiquer l'ablation totale de l'organe anormal, il fallut le sectionner afin de libérer le canal déférent qui le traversait près de son origine.

Histologiquement le tube était constitué de dehors en dedans par une enveloppe conjonctive, un stroma de fibres musculaires lisses en tourbillons et une couche d'épithélium cylindrique poussant des prolongements en doigts de gant dans le tissu musculaire. Cette structure, qui a des analogies avec celle du tissu utérin, donne à penser que cette formation singulière est un canal de Müller anormalement développé.

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

Sympathectomie péri-artérielle avec ligature de la veine fémorale dans le traitement de la gangrène diabétique. (R. Brooke. *The Practitioner*, nov. 1927, vol. CXIX, p. 327.) — L'auteur relate cinq observations.

L'idée d'ajouter une ligature veineuse à la sympathectomie est originale et peut être intéressante. Mais les observations doivent être discutées.

L'une d'elles, d'abord, concerne un cas de gangrène par embolie chez un cardiaque âgé de quarante ans et chez lequel il n'était pas question de diabète. L'amputation de la cuisse a été pratiquée deux semaines après l'opération combinée artério-veineuse et le malade a guéri. L'utilité de la sympathectomie dans une gangrène de ce type, ne paraît nullement démontrée.

Dans les quatre autres observations, il s'agit de gangrènes des orteils survenues chez des gens âgés, entre cinquante-neuf et soixante-cinq ans, glycosuriques. Mais le taux de la glycosurie n'est indiqué que dans un cas et dans trois cas il semble bien que la gangrène était sèche, tout à fait analogue à la gangrène sénile banale. Or ce qui distingue la gangrène diabétique ou plutôt ce qui lui confère une gravité particulière c'est qu'elle est humide c'est-à-dire gravement infectée. Le seul cas de ce genre opéré par l'auteur, le n° 4 a été un échec très net pour la méthode. Malgré deux amputations successives et de fortes doses d'insuline, le malade a fait de la gangrène des lambeaux et est mort dans le coma.

Au contraire les trois malades atteints de gangrène sèche ont guéri, soit qu'on ait attendu la chute des parties mortes et la cicatrisation spontanée, soit qu'on ait accéléré les choses en faisant une amputation basse. Mais, comme je l'ai montré, la sympathectomie sans ligature veineuse suffit à donner de tels résultats dans le cas de gangrène sèche chez le vieillard.

Il faut donc attendre pour décider si la ligature veineuse ajoute un effet utile à la sympathectomie péri-artérielle dans le traitement des gangrènes.

Cf. — Des oblitérations artérielles des membres en particulier des artérites juvéniles. (H. Oberthür. *Revue de chir.*, 1927, 46e année, n° 9, p. 747.)

Remarques par le diagnostic et le traitement des gangrènes par artérites oblitérantes de l'adulte. (R. Leiborici. *Journ. de chir.*, mars 1928, t. XXXI, n° 3, p. 354.)

La névrectomie dans les gangrènes par artérite chronique de l'extrémité des membres inférieurs. (P. Roussel. *Th. de Lille*, 1927.) — La thèse de M. Roussel est un plaidoyer pour la névrectomie et en quelque manière un réquisitoire contre la sympathectomie péri-artérielle dans le traitement des gangrènes par artérite des membres. Il n'était peut-être pas nécessaire d'opposer ces deux méthodes thérapeutiques. La névrectomie n'avait été employée jusqu'ici que comme opération anesthésique. M. Roussel s'efforce de montrer qu'elle a aussi des effets vaso-moteurs. Cela n'a rien d'étonnant et n'est d'ailleurs pas nouveau. Il y a beau temps que les physiologistes et les cliniciens ont noté les modifications de la température locale qu'entraîne, au niveau des extrémités, la section des troncs nerveux périphériques. Et les anatomistes n'ont pas attendu Wiedhopf pour connaître et décrire les nombreux vaisseaux que les nerfs de la vie de la relation envoient aux vaisseaux des membres dans toute l'étendue de leurs parcours. Mais si intéressantes que soient les recherches modernes sur les voies de conduction et le mécanisme des actions vaso-motrices, il est probablement encore assez aventuré d'en conclure que, pour améliorer le régime circulatoire d'un pied partiellement atteint de gangrène, il vaut mieux couper les nerfs mixtes ou sensitifs qu'intervenir sur les plexus sympathiques péri-artériels. Et M. Roussel a eu tort, parlant de la sympathectomie dont il n'a évidemment aucune expérience personnelle, de choisir dans la littératnre médicale les seules opinions défavorables à cette opération, sans tenir aucun compte des faits publiés et nombreux qui en montrent l'efficacité fréquente dans certaines formes de gangrène, notamment la gangrène sénile, ici plus particulièrement en cause.

Si j'insiste dans cette critique ce n'est pas parce que je méconnais la valeur de la névrectomie, c'est parce que je crois au contraire qu'il n'y a pas de raison de la prôner aux dépens d'une autre méthode dont les indications sont différentes, c'est aussi parce que l'importante thèse de M. Roussel contient par ailleurs des parties, comme l'étude de la gangrène et le manuel opératoire de la névrectomie, qui sont excellentes et peuvent être louées sans réserve.

Cf. — Sympathectomie péri-artérielle dans l'artérite sénile athéromateuse. (H. Gaudier. *L'Echo méd. du Nord*, 22 oct. 1927, p. 563.)

SYSTÈME OSSEUX

Sur la fréquence et la durée de l'ostéite après ostéosynthèse, illustré par 274 cas dont 66 réexaminés secondairement. (Dahl-Iversen. *Acta chir. Scandinavica*, 26 janv. 1928,

vol. LXIII, p. 41.) — L'auteur pour étudier les résultats de l'ostéosynthèse a fait état d'une part d'un matériel provenant du « Danish Workmen Insurance Commitee » et comprenant 174 cas observés de 1917 à 1925, d'autre part de 100 cas appartenant au 5e service chirurgical de l'hôpital municipal de Copenhague et traités de 1912 à 1925. Parmi ces derniers 68 ont pu être revus, assez longtemps, jusqu'à treize ans, après l'opération.

Voici les résultats qu'a donnés l'ostéosynthèse pratiquée suivant le procédé de Lane :

1° L'ostéite et la pseudarthrose surviennent respectivement dans 35 et 7 p. 100 des cas;

2° L'ablation de la prothèse amène la guérison de l'ostéite 53 fois sur 100 dans les quatre premiers mois, 80 fois sur 100 dans le courant de la première année, 20 fois sur 100 dans un délai de un à trois ans;

3° Dans les trois quarts des cas, des complications troublent gravement le résultat fonctionnel définitif;

4° Ces complications s'observent dans 50 p. 100 des cas s'il s'agit d'une fracture compliquée, dans 15 à 28 p. 100 des cas si la fracture est simple;

5° Le moment le plus favorable par l'ostéosynthèse se place une semaine environ après la fracture;

6° Le corps étranger prothétique retarde souvent la guérison de la fracture;

7° Une prothèse qui a été tolérée six mois le sera indéfiniment pour ainsi dire;

8° Dans les cas sans complications, on peut obtenir par l'ostéosynthèse un résultat fonctionnel idéal, c'est-à-dire une bonne position, une mobilité normale des articulations voisines dans 85 p. 100 des fractures diaphysaires irréductibles.

L'ostéomyélite du péroné. (J. Piquet. *Revue de chir.*, 1927, n° 7, p. 530.) — Cette localisation de l'ostéomyélite a été peu étudiée. Elle est d'ailleurs assez rare mais probablement moins qu'il ne paraît, car les symptômes par lesquels elle se manifeste et son évolution peuvent souvent faire songer à une lésion tuberculeuse.

Tantôt elle est primitive et isolée, tantôt elle est secondaire à une atteinte du tibia et dans ce dernier cas il ne s'agit le plus souvent que d'une simple réaction périostée. Ainsi ces deux formes étant très différentes cliniquement et anatomiquement doivent-elles être étudiées séparément.

L'*ostéomyélite isolée* siège presque toujours au niveau de l'extrémité inférieure qui est cependant l'extrémité la moins fertile. Du bulbe juxta épiphysaire, elle s'étend très rapidement vers la diaphyse et l'épiphyse. C'est une ostéomyélite envahissante qui réalise souvent le type bipolaire mais avec atteinte de toute la diaphyse. Il s'ensuit la nécrose presque inévitable de cette diaphyse et sa séquestration visible sur les radios. La propagation de l'infection à la malléole se traduit dans les cas récents par un aspect géodique avec petit sequestre en grelot, dans les cas anciens par un processus d'hyperostose.

Il est très rare d'observer des complications articulaires et cela est assez remarquable, tout au moins en ce qui regarde la tibiotarsienne. Les expériences de l'auteur lui ont montré que la protection de cette jointure était probablement réalisée par le cartilage articulaire en continuité directe avec le surtout périostique et renforcée par la zone ostéoïde dure qui fait corps avec lui.

L'ostéomyélite du péroné débute par une douleur plus ou moins vive, siégeant à la cheville et s'irradiant plutôt vers la racine du membre que vers le pied. Puis apparaît la tuméfaction inflammatoire qui occupe la partie externe de la région tibiotarsienne. Les phénomènes généraux sont toujours un peu tardifs. Ce n'est guère que cinq à huit jours après la douleur initiale que surviennent la fièvre habituellement modérée et les malaises qui l'accompagnent.

On a décrit une forme suraiguë (cas de Braquehaye, Evans, Sulzer), et une forme torpide (cas de Fourmestreaux, Russel, l'auteur, etc.).

La suppuration tend peu à peu à s'extérioriser. L'abcès s'ouvre spontanément ou est ouvert chirurgicalement. Mais ici l'ouverture de l'abcès sous-périosté n'est jamais suffisante à amener la guérison car la diaphyse est nécrosée et une fistule persiste jusqu'à l'ablation du séquestre.

Comme il a été dit, les complications articulaires sont exceptionnelles. Mais on constate souvent une limitation passagère des mouvements de la tibiotarsienne, due sans doute à une réaction articulaire fruste et sans gravité. Quant aux troubles par hyper ou hypo-accroissement du péroné ils n'ont été observés que deux fois (Lannelongue, Drucbert).

Le diagnostic n'est presque jamais fait à la phase aiguë avant l'intervention. A la période de chronicité la radiographie donne des renseignements précis (os périostique volumineux engainant un sequestre) qui permettent de ne pas confondre l'affection avec une ostéite tuberculeuse ou syphilitique.

On pourrait être tenté de traiter l'ostéomyélite du péroné par la résection diaphysaire totale, effectuée d'emblée et cette opération a été conseillée par divers chirurgiens. L'auteur la rejette. Les formes septicémiques de l'ostéomyélite que pourrait prévenir une large intervention immédiate sont rares ici. Surtout une résection en période aiguë semble capable de provoquer une arthrite tibiotarsienne. Enfin le péroné peut ne pas se reformer.

Le traitement de choix consiste dans l'incision simple de l'abcès sans trépanation de l'os, suivie ultérieurement de l'ablation de la diaphyse sequestrée.

L'*ostéomyélite du péroné par propagation tibiale* s'observe dans deux conditions différentes. Tantôt le tibia et le péroné sont pris simultanément et les symptômes des deux localisations s'ajoutent. Le plus souvent la lésion péronnière n'est qu'une complication de la lésion tibiale et assez bénigne pour n'être parfois qu'une découverte radiologique.

L'auteur fait suivre son étude de 19 observations personnelles fort intéressantes dont 8 concernent des cas d'ostéomyélite isolée et 11 des ostéomyélites tibio-péronnières.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 8 juin 1928)

A propos des pleurésies de la granulomatose maligne. — MM. G. Caussade et J. Surmont pensent pouvoir affirmer qu'il est possible d'éliminer la nature tuberculeuse des épanchements pleuraux qui surviennent, soit au début, soit au cours de la granulomatose maligne. On se basera sur l'ensemble des caractères suivants : épanchement abondant, se renouvelant rapidement, et d'une manière continue très fibrineux, se coagulant parfois dès sa soustraction, susceptible d'être limpide, louche, hémorragique et même chyleux. Cet épanchement contient des cellules endothéliales réunies en placards ou disséminées, normales, dégénérées ou en caricymèse, les deux dernières étant doubles ou triples de l'état normal. Ces cellules sont toujours associées, quelle que soit la durée de l'épanchement, avec des polynucléaires ou des lymphocytes en proportion variable, généralement assez nombreux et parfois avec des éosinophiles.

Images radiologiques des kystes hydatiques calcifiés. — MM. Paisseau et Oumansky présentent les radiographies de deux cas de kystes hydatiques intrahépatiques calcifiés. Ces images n'étaient pas visibles à la radioscopie, la radiographie paraît donc indispensable au diagnostic des kystes calcifiés qui, dans ces deux cas, ne s'étaient pas accompagnés de symptômes permettant leur diagnostic.

Évolution anormale d'une adénite chancrelleuse au cours du traitement par le Dmelcos. — MM. A. Caïn et Uhry. A la suite de six injections de Dmelcos, on nota l'extension de lésions, l'apparition d'un bubon, la suppuration d'une intradermoréaction. Une deuxième série fut suivie de réactions violentes et entraîna une guérison rapide.

En dehors du choc protéinique, il est vraisemblable que les premières injections ont provoqué un état d'hypersensibilité qui n'a cessé que grâce à la vaccination.

Sur un cas de « syndrome psycho-anémique ». Guérison par les transfusions et la méthode de Whipple. — MM. P.-E. Weil et Cahen présentent un malade atteint d'un syndrome confusionnel et délirant ayant apparu au cours d'une anémie pernicieuse progressive. Soumis à un traitement mixte comprenant deux transfusions sanguines à quinze jours d'intervalle et journellement l'administration de 200 grammes de foie de veau et de 10 unités d'insuline, le malade s'améliora et les troubles psychiques disparurent sans récidives.

Evolution clinique et radiologique de deux pleurésies tuberculeuses purulentes de la grande cavité traitées par ponctions évacuatrices successives suivies d'injections d'oléo-goménol. Symphyse terminale. — MM. Emile Sergent et R. Turpin. Sous l'influence de cette thérapeutique les troubles généraux et fonctionnels régressent, les vomiques cessent et une symphyse pleuro-pariétale se substitue à l'épanchement.

Il importe d'émettre quelques réserves relatives à l'avenir de tels sujets, en raison des troubles cardiaques secondaires à la symphyse terminale, surtout à redouter lorsque celle-ci siège du côté gauche. Aussi peut-il être nécessaire d'envisager l'éventualité d'une thoracoplastie ultérieure avec ou sans libération d'adhérences péricardiques.

M. de Massary rapporte un cas guéri après sept ponctions.

M. Bard a constaté la guérison dans les cas où le pus était riche en globules graisseux.

Corps étranger insoupçonné de la bronche droite chez un adulte. — MM. Flandin, Ramadier, Soulas et Jean Weill présentent un cas de corps étranger insoupçonné de la bronche droite chez un adulte.

Les auteurs remarquent à ce sujet que :

Le malade s'est souvenu au bout de quelque temps de sa fausse déglutition et l'on peut préciser chez lui les trois phases habituelles dans ces observations :

a. D'introduction avec accès de suffocation;

b. De latence favorisée par la nature du corps étranger métallique très peu septique;

c. De pneumopathie.

La bronchoscopie pratiquée avec une bonne aspiration est une opération simple apportant la certitude diagnostique lorsque le corps étranger n'est pas opaque aux rayons X et, dans tous les cas, un traitement nullement choquant.

Action des infections aiguës sur l'évolution du diabète. — M. Labbé, à propos d'un cas, montre le rôle de l'infection dans l'aggravation du diabète, et discute l'hypothèse admise par certains auteurs d'une insulino-résistance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 9 juin 1928)

Des antivirus staphylococcique et streptococcique incorporés dans de la tuberculine à l'œuf. — Il résulte des expériences de Mme Jeanne Misiewicz qu'en cultivant des staphylocoques dans de la tuberculine à l'œuf de Besredka, on obtient un antivirus spécifique, vaccinant le cobaye localement contre l'infection staphylococcique.

A propos du métabolisme des glucides dans l'inanition. — MM. G. Mouriquand et A. Leulier. Répondant à une série d'observations présentées par M. Bierry au sujet d'un travail antérieur sur le métabolisme des glucides dans l'inanition expérimentale, les auteurs insistent à nouveau sur l'importance des oscillations du glycogène hépatique chez l'animal normalement nourri et sur les difficultés qui en résultent pour évaluer les troubles de la glycogénèse au cours de certaines carences.

Comme, d'autre part, ils constatent, en accord avec les auteurs classiques, la persistance d'une petite quantité de glycogène incapable de maîtriser la cétogénèse, ils pensent qu'il s'agit là d'une sorte de glycogène basal, nécessaire au fonctionnement interne de la cellule hépatique. La cétolyse serait plus spécialement le fait du glycogène mis en réserve en quantité supérieure aux besoins cellulaires, et ils proposent de l'appeler glycogène *dynamique* par opposition au glycogène basal qu'ils qualifient de glycogène *statique*.

Résistance à l'égard de l'infection tuberculeuse expérimentale du cobaye conférée par un virus filtrant tuberculeux. — MM. F. Arloing et L. Thévenot, comme suite à des expériences antérieurement publiées, apportent de nouveaux essais sur la résistance que confère au cobaye des injections de virus filtrant tuberculeux provenant de cultures humaines tuberculeuses sur pomme de terre ou en voile.

Une seule injection de filtrat de 5 centimètres cubes faite d'un à huit mois avant l'injection d'épreuve se montre inefficace.

Des injections par doses fractionnées réparties en un mois environ de 15, 23 ou 28 centimètres cubes de filtrat faites après l'inoculation d'épreuve de 1/100 de milligramme de bacilles humains virulents assure aux cobayes traités une survie de quatre à huit mois, alors que les témoins succombent en trois mois environ avec d'énormes lésions généralisées. Les animaux traités n'offrent que des lésions extrêmement minimes.

Ainsi, un certain degré de résistance peut résulter de l'injection d'un virus filtrant tuberculeux, mais ces effets sont dominés par la notion de l'activité du virus filtrant tuberculeux dont on peut mesurer les variabilités de la virulence par le moment d'apparition et l'intensité de l'allergie tuberculinique.

Races sérologiques du B. perfringens. — Mlle A. Howard, en étudiant au laboratoire de M. Weinberg soixante souches de *B. perfringens* de provenance diverse, a trouvé seulement quatre souches nettement différentes au point de vue sérologique, agglutinées seulement par le sérum homologue. Il existe cependant, entre les soixante souches étudiées, une parenté évidente, car un sérum préparé avec une souche agglutinée seulement par le sérum homologue peut agglutiner à des taux variables d'autres souches de *B. perfringens*.

Etudes comparatives des races biochimiques et des races sérologiques de B. perfringens. — Mlle A. Howard a recherché le rapport éventuel entre les types biochimiques et les types sérologiques du *B. perfringens*; elle conclut qu'il n'existe, d'après ses expériences, aucune concordance entre ces deux classifications : les souches appartenant à un même groupe biochimique peuvent faire partie de groupe sérologique différent.

Inoculation de produits humains contenant le virus tuberculeux invisible. Retour à la forme bacillaire acido-résistante après trois passages successifs. — MM. Henri Durand, R. Benda et R. Kourilsky montrent que la transformation du virus filtrant en virus bacillaire peut être extrêmement tardive, et qu'il faut la poursuivre pendant autant de passages à l'animal qu'il est nécessaire pour la réaliser.

Activité des bacilles issus du virus filtrant tuberculeux. Récupération de la virulence et des propriétés caséogènes. — MM. Henri Durand, R. Kourilsky et R. Benda montrent que, contrairement aux constatations faites jusqu'ici, les bacilles issus de filtrats tuberculeux ou de produits pathologiques divers pouvant être considérés comme renfermant l'ultravirus ne sont pas toujours doués de propriétés pathogènes atténuées. Ils peuvent apparaître rapidement dans les lésions après un minimum de passages successifs, en même temps que l'on voit s'exalter, et non toujours de façon strictement parallèle, le pouvoir caséogène.

La chronaxie du neurone moteur central chez les trépanés. — M. Georges Bourguignon montre que des essais, qu'il avait faits en 1916 chez des blessés de guerre pour exciter les centres corticaux par l'orifice des trépanations, avaient donné exactement les mêmes résultats que ses recherches récentes d'excitation pyramidale par la voie orbito-occipitale.

Dès cette époque, avec la mesure de la chronaxie d'une part et avec la mesure de l'indice de vitesse déterminé à l'aide du chariot d'induction, il avait vu l'isochronisme normal des systèmes moteurs centraux et périphériques et l'hétérochronisme dans les lésions pyramidales.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 mai 1928) :

Cultures anaérobies en bouillon sous huile de lin. — MM. F. Arloing, A. Dufourt et P. Delore indiquent qu'on peut obtenir aisément et rapidement des cultures anaérobies en bouillon en recouvrant le milieu liquide nutritif d'une mince couche d'huile de lin.

Grâce à ses propriétés siccatives, l'huile forme bientôt un film protecteur, suffisamment résistant pour qu'il soit possible de renverser le flacon sans le rompre. On ponctionne la pellicule à la pipette aux fins d'examen bactériologique et l'on obstrue l'orifice de ponction en déposant à son niveau une goutte d'huile de lin stérile.

Pour conserver longtemps les cultures on évite la dessiccation en bouchant au coton et en recouvrant de paraffine.

Action hypotensive de l'adrénaline chez les tabétiques. — MM. A. Dumas, Roger Froment et Mlle Mercier. Chez les tabétiques l'injection sous-cutanée d'adrénaline, au lieu de provoquer une élévation tensionnelle comme cela se voit chez les sujets sains, donne lieu à un abaissement de la tension artérielle, abaissement atteignant jusqu'à 7 centimètres de Hg dans trois observations.

Les auteurs estiment que ce résultat paradoxal tient à ce fait que chez les tabétiques le sympathique étant devenu inexcitable, c'est le pneumogastrique qui réagit à l'influence de l'adrénaline.

Essais de culture de l'amibe dysentérique. — MM. B. Le Bourdellès, R. Liégeois et M. Ollivier ont essayé, à la suite des travaux de Boeck, de réaliser la culture de l'amibe dysentérique. Après avoir employé les milieux primitifs de Boeck et celui de Kofoïd et Wagener, ils utilisent avec Brumpt, Dobell et Laidlaw un milieu à l'œuf recouvert de Locke faiblement glucosé, additionné de sang défibriné de lapin et surtout d'amidon. Les résultats obtenus sont meilleurs avec l'emploi de l'amidon pour lequel les amibes de culture présentent un tropisme remarquable. L'apparition des kystes est exceptionnelle. Les cultures parfois abondantes restent encore impures et doivent être fréquemment repiquées en raison de leur fragilité qui paraît liée à l'acidification rapide du milieu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 MARS 1928)

Suppuration nasale et vaccinothérapie. — M. Grain.

Les splénomégalies mycosiques. — M. Paul Chevallier.

La sérofloculation des sérums tuberculeux à la résorcine. — M. Tilmant montre que cette méthode (méthode M. Vernes) donne des résultats des plus nets et permet de suivre l'évolution tuberculeuse de façon constante et parfaite. Elle est le véritable thermomètre de l'évolution tuberculeuse. Pathologique chez les tuberculeux en évolution, elle peut être normale chez des tuberculeux non évolutifs. Dans les néoplasies glandulaires, elle peut être pathologique, mais dans ces cas, le malade est généralement cachectique. L'intensité de la floculation, mesurée au photomètre de Vernes suit une courbe parallèle à celle de l'évolution clinique de l'affection.

La transfusion sanguine et l'extrême urgence. — M. G. Rosenthal constate que l'extrême urgence absolue est rare, même en transfusion sanguine. Dans les grandes hémorragies artérielles, l'opération ne saurait arriver à temps. Dans les grandes hémorragies médicales, la technique doit être appliquée méthodiquement et rapidement. La transfusion serait toujours faite à temps si le médecin prenait avis du transfuseur et ne perdait pas des jours entiers à des traitements inefficaces au cours desquels les veines sont rendues inutilisables (dilatation parétique par épuisement).

La défense organique par la méthode spiroscopique. — M. Pescher expose la bénignité d'un cas d'infarctus pulmonaire par embolie liée à une infection appendiculaire. Cette évolution favorable paraît en rapport avec le parfait état pulmonaire et général du sujet, constamment entraîné aux exercices spiroscopiques.

Un traitement rationnel de la surdité en général. — M. Baqué distingue deux classes de surdités. L'une (80 à 85 p. 100) comprend les sourds améliorés par les vaporisations tubo-tympaniques sulfurées, pratiquées au griffon même ; ce sont les sourds d'origine rhinogène, évoluant entre la catarrhe tubaire chronique et les tympano-scléroses, en passant par les otites adhésives et cicatricielles. Les autres (15 à 20 p. 100) sont d'origine et de nature indéterminées, diathèses, maladies infectieuses et éruptives, centrales ou périphériques, etc. C'est pour ces derniers surtout que l'auteur a établi un traitement d'ordre général basé sur la médication endocrinienne, réglée et intensifiée par une série de médicaments à l'état colloïdal : iode, soufre, mercure, arsenic, bismuth, diversement associés suivant les cas. La cure est complétée par un régime de désintoxication.

(SÉANCE DU 24 MARS 1928)

Psychologie et technique de l'immigration. — M. René Martial met en évidence les erreurs commises en immigration du fait que l'on a pratiqué l'embauchage de la main-d'œuvre étrangère comme une simple opération de transfert d'humains. Cette méthode empirique qui a déjà donné des mécomptes dans l'industrie, en donnera de beaucoup plus graves en agriculture. Il faut adopter une méthode plus étudiée et ne pas oublier que l'immigration soulève des problèmes délicats de politique internationale. L'auteur montre qu'il s'agit de pratiquer désormais dans notre pays qui se dépeuple la greffe interraciale. Cette méthode nécessite une connaissance approfondie de la psychologie des peuples donneurs, la connaissance de l'état de santé de chaque individu à greffer, l'organisation du pays récepteur en vue de cette opération de greffe.

Incidents du pneumothorax artificiel. — M. Georges Rosenthal, malgré le grand nombre des insufflations, n'a noté que peu d'incidents. Une seule fois, une crise convulsive chez un alcoolique donna une inquiétude de courte durée. La piqûre d'une artériole superficielle céda à une simple compression. Il insiste en outre sur ce fait que le pneumothorax ne saurait jamais constituer à lui seul un traitement complet de la bacillose.

A propos de la séro-réaction à la résorcine. — M. Sédillot rapporte l'observation de l'une de ses malades asthmatique pour laquelle on avait fait le diagnostic d'asthme tuberculeux sur la seule constatation d'une séro-réaction à la résorcine égale à 72. Affolée, la malade présentait un véritable syndrome basedowien et un amaigrissement rapide. Tout rentra dans l'ordre dès qu'elle eut été rassurée.

A propos des injections intra-veineuses sucrées. — M. Galliot se félicite des excellents résultats obtenus rapidement chez deux malades impaludés, par des injections de quinine sucrée intraveineuse, selon la méthode de Rosenthal. D'autre part, il montre que les injections intraveineuses de cyanure de mercure en solution sucrée n'entraînent pas les sensations veineuses douloureuses parfois consécutives aux injections habituelles de cyanure.

Asthme cataménial et cure thermale. — M. Debidour relate l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement survenu il y a dix ans, a présenté des crises d'asthme à l'occasion de chaque période menstruelle. Chez cette malade, instable thyroïdienne, la cure du Mont-Dore semblant agir à la manière de l'opothérapie, a rétabli l'équilibre humoral et neuro-végétatif, et amené, dès la première année de traitement, la disparition rapide, complète et persistante de cet asthme cataménial durant depuis plusieurs années.

Le traitement électronique de la cataracte et de la sclérose du tympan. — M. A. Laprince recommande, d'après les principes d'Abrams, dans le traitement de ces affections, certains courants électriques ou agents médicamenteux « dont les rythmes vibratoires correspondent au rythme des dites affections ».

Un cas de rhumastime blennorragique guéri par les injections de sels d'argent et la protéinothérapie. — MM. Victor Pauchet et Germain Laporte rapportent le cas d'une femme atteinte de gonococcie génitale qui fit une arthrite douloureuse du poignet, extrêmement grave. Immobilisation et injections vaginales quotidiennes au néolyde. Comme traitement général, injections sous-cutanées de lacto-protéide, et intra-musculaires de sels d'argent citro-topiques.

Après quelques piqûres, la malade peut remuer le poignet; puis la tuméfaction disparaît. Le traitement est continué jusqu'à la guérison complète.

Il faut opposer ce cas à un autre qui a déterminé la septicémie par gonocoques chez l'ami de cette malade. Une arthropathie se produisit sur le pied droit; le diagnostic de gonococcie fut fait par l'examen de l'urètre, mais aucun traitement ne fut appliqué au début. Température. Quelques jours plus tard, arthrite de la main gauche. Bruits du cœur assourdis; souffle asystolique à la pointe; aspect général d'un grand infecté, puis crise d'œdème aiguë du poumon. Mort.

A l'autopsie, épanchement pleural, œdème du poumon, infarctus du sommet gauche, gros foie, grosse rate, endocardite proliférente. Un frottis des coupes révèle du gonocoque.

Das Weib, in anthropologischer und solzialer betrachtung, par Oskar Schultze et Max Hirsch. Un volume in-8. — Prix : 3 m. 60. — Joham Ambrosius Barth, Leipzig 1928.

REVUE DES THÈSES

Typhus exanthématique et infections typhoïdes avec exanthème. La fièvre exanthématique de la Région de Marseille (1), par M. le docteur Jean Olmer.

M. le professeur Olmer apportait le 5 juin 1927 au Comité médical des Bouches-du-Rhône huit cas d'une infection grave accompagnée d'un exanthème spécial rappelant un peu celui du typhus. De nouveaux cas ayant été recueillis par lui, il faisait le 12 juillet 1927, à l'Académie de médecine, une communication qui a donné lieu à une importante discussion d'où il résulte que ces cas devraient être rattachés à la maladie de Brill (typhus bénin).

M. Jean Olmer a été le collaborateur dévoué de son père, et il a pu réunir dans sa thèse 58 observations qui lui ont permis de faire une étude clinique complète et très documentée de l'épidémie marseillaise. Il en tire les conclusions suivantes :

« La fièvre exanthématique de la région marseillaise est caractérisée par un état infectieux, avec fièvre élevée, mais sans tuphos ni signes méningés; une éruption généralisée à tout le tégument, constituée par de petits éléments isolés qui prennent souvent, au cours de leur évolution, le caractère hémorragique, cet exanthème s'accompagnant assez souvent d'énanthème bucco-pharyngé; enfin, une lésion nécrotique de la peau, fréquente mais non constante, et constituée par une petite escarre noirâtre avec liséré rougeâtre à la périphérie.

Son évolution est cyclique, et elle guérit en général en une quinzaine de jours.

Elle s'observe chez des sujets non parasités, appartenant à tous les milieux sociaux et presque toujours d'un âge adulte. Elle ne paraît pas contagieuse.

Les réactions de laboratoires se sont montrées négatives, en particulier l'inoculation intrapéritonéale de sang au cobaye et l'examen du liquide céphalo-rachidien. Par contre, après bien des résultats négatifs, on a pu, par une technique plus précise, mettre en évidence une agglutination du protéus $\times$ 19.

Cette affection entre dans le cadre d'un syndrome caractérisé : cliniquement par un état typhoïde avec exanthème, et étiologiquement par le fait que le virus pathogène, encore inconnu, Rickettsia sans doute, est toujours transmis de l'homme à l'homme ou d'un animal à l'homme par un insecte piqueur.

Mais, dans ce syndrome, paraissent exister deux groupes :

Le premier, constitué par le typhus exanthématique, ne présente jamais de lésion nécrotique de la peau, est transmis par le pou qui puise son réservoir de virus chez l'homme, s'observe surtout pendant la saison froide, est fréquent chez l'enfant, présente une agglutination constante du protéus $\times$ 19. La prophylaxie s'y résume dans la destruction des poux.

Le deuxième groupe comprend : la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et la fièvre fluviale du Japon; on y observe fréquemment des lésions nécrotiques de la peau; la transmission se fait par un acarien ou une tique puisant le virus chez un rongeur; il s'observe exclusivement pendant l'été et chez l'adulte; l'agglutination du protéus y est inconstante, ou tout au moins plus difficile à mettre en évidence, enfin, la destruction des poux n'intervient pas dans la prophylaxie.

C'est à ce second groupe que nous rattachons la fièvre exanthématique de la région marseillaise.

La maladie de Brill constitue une forme de transition.

Quant aux relations qui existent entre ces groupes, trois hypothèses peuvent être émises :

1° Un même virus, mais ayant subi des mutations;

---

(1) *Th. de Montpellier.*

2° Un même virus qui acquiert des propriétés différentes en changeant de réservoir et d'agent de transmission ;

3° Deux virus différents, peut-être voisins. » L. G.

Recherches pharmacodynamiques et cliniques sur l'action de l'adonidine (1), par le docteur Henri LASSALLE.

Si la thérapeutique par l'adonis vernalis connut une réelle vogue à la fin du siècle dernier, grâce aux travaux de Bubnow, Huchard, Henrijean, etc., par contre, l'emploi de son glucoside actif ou *adonidine* ne s'est guère généralisé avant que Harvier, en 1926, n'ait publié les résultats remarquables qu'il avait obtenus dans la cure des grandes cardiaques, par l'administration endoveineuse du produit.

La nouvelle médication se montra entre les mains de nombreux expérimentateurs inoffensive et fidèle; cependant, son mécanisme d'action restait bien obscur et ses indications thérapeutiques assez controversées.

C'est afin de préciser ces points particuliers que Lassalle a entrepris ses recherches à la fois dans les domaines pharmacodynamique et clinique.

A la dose de 0g0001 à 0g0005 par kilo d'animal, l'adonidine injectée dans le torrent veineux provoque une série de perturbations qui prédominent sur l'appareil cardio-vasculaire. Les systoles deviennent plus amples et plus énergiques, tandis que le rythme se ralentit; pendant la diastole, le relâchement myocardiaque est plus intense et cet effet s'observe avec d'autant plus de netteté, que le cœur fatigué ou intoxiqué, tend davantage vers la contracture. L'augmentation du rendement hydraulique du moteur cardiaque s'objective par une élévation des tensions maxima et différentielle et par une augmentation du débit circulatoire; l'action est très analogue à celle de la digitaline.

Aux doses indiquées, l'adonidine n'agit ni sur les vaisseaux ni sur la diurèse. Elle provoque, par contre, une remarquable amplification des mouvements respiratoires, par excitation directe du centre bulbaire.

(1) *Thèse de Toulouse*, 1927.

Le mécanisme, selon lequel l'adonidine modifie les fonctions élémentaires du cœur, a été l'objet d'investigations particulières. Les variations de l'excitabilité du myocarde et du faisceau auriculo-ventriculaire ont été suivies au moyen des indices chronaxiques de Lapicque.

L'analyse du phénomène montre qne l'excitabilité du muscle cardiaque, exaltée par des doses faibles, diminue avec les doses toxiques; la perturbation prédomine sur le faisceau. Ces faits rapprochent le glucoside de l'Adonis vernalis de celui de la digitale et la séparent absolument de l'ouabaïne et de la spartéine.

Les électrocardiogrammes de crapaud et de lapin ont montré, dans la phase initiale de l'imprégnation toxique, des signes nets d'invigoration systolique, sans modification concomitante de la conductibilité hisienne.

A la phase toxique apparaissent des déformations du complexe ventriculaire, en rapport avec le surmenage myocardiaque, ainsi qu'un allongement progressif de l'intervalle P-R qui aboutit progressivement au bloc partiel et finalement au bloc total.

La fonction cardio-inhibitrice du pneumogastrique est exaltée sous l'effet des doses faibles. La stabilité relative de sa chronaxie semble impliquer une augmentation de la réactivité de la fibre myocardiaque aux incitations inhibitrices plutôt qu'un accroissement de l'excitabilité propre du nerf ou de son centre bulbaire. La paralysie est complète avec des doses toxiques.

Les observations originales, rapportées par l'auteur, démontrent l'efficacité de l'adonidine dans les troubles circulatoires liés à une décompensation cardiaque. Les symptômes subjectifs, principalement la dyspnée, cèdent très vite après l'injection.

L'effet diurétique a toujours paru consécutif à l'action tonicardiaque; la médication s'est d'ailleurs montrée inopérante dans un cas d'œdème mécanique, sans lésion cardiaque concomitante.

Par la rapidité de son action, par ses propriétés eupnéiques par son pouvoir décontracturant sur le myocarde, l'adonidine paraît constituer la meilleure médication d'urgence, à opposer

après soustraction sanguine, aux insuffisances cardiaques paroxystique et dyspnéisantes, telles que l'angine de décubitus, l'œdème aigu du poumon ou l'asthme cardiaque.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES [1]

II. **Adénopathie primitive.** — Dans un deuxième ordre de faits, l'adénopathie paraît primitive : on ne trouve pas de porte d'entrée spécifique.

A. Il faut avant tout songer à la **tuberculose ganglionnaire**.

a. Le plus souvent, il s'agit de formes *pluri-ganglionnaires.*

Les chaînes jugulaires sont atteintes dans toute leur étendue, mais avec prédominence unilatérale.

Il n'existe aucun phénomène douloureux, aucun trouble fonctionnel.

A la palpation, la chaîne ganglionnaire paraît irrégulière, avec des ganglions volumineux plus ou moins évolués, et d'autres petits; à côté de ganglions durs, qui sont restés au stade initial de *crudité*, avec contours nets, mobilité relative, il en est avec péri-adénite, agglomérés en masses irrégulières, bosselées. Ces ganglions sont immobiles, ramollis ou même fluctuants en certains points. On les verra souvent adhérer à la peau qui rougit et finalement s'ulcère : fistule tuberculeuse avec ses caractères habituels à bords violacés, légèrement décollés.

La fistule plus ou moins rapidement finit par se tarir; elle laisse une cicatrice adhérente définitive très caractéristique d'aspect qui doit, durant toute la vie du sujet, en permettre le diagnostic.

Il faut toujours explorer les autres territoires ganglionnaires : axillaires, inguinaux, trachéo-bronchiques chez l'enfant; ausculter attentivement le poumon pour déceler la possibilité de lésions pulmonaires capables de contre-indiquer une cure marine.

Mais, à côté de ce type pluriganglionnaire, on peut rencontrer :

b. Des formes *pauci-ganglionnaires*, évoluant de la même façon que la forme précédente, mais dans lesquelles un seul groupe ganglionnaire est atteint : il y a intégrité, au moins cliniquement, du reste de la chaîne lymphatique.

c. La *micro-polyadénopathie*, dont la nature tuberculeuse ne fait pas d'ailleurs toujours sa preuve.

Elle se rencontre souvent chez des enfants adénoïdiens, chez des adolescents sujets aux infections rhino-pharyngées répétées. Elle semble alors favoriser une localisation tuberculeuse ultérieure.

d. Le lymphome tuberculeux. — C'est une forme rare de tuberculose ganglionnaire. Il se présente sous l'aspect de grosses masses généralement bilatérales, parfois très volumineuses, réalisant un véritable cou proconsulaire.

A la palpation, ces tumeurs bosselées apparaissent formées d'une série de ganglions de forme régulière, lisses, arrondis ou ovoïdes. Leur grosseur est très variable; leur consistance égale et assez ferme, sans aucun point fluctuant ni induré.

Il n'y a jamais de péri-adénite; ces ganglions restent mobiles les uns sur les autres, ils restent mobiles sur les plans profonds, ils n'adhèrent jamais à la peau dont l'aspect n'est pas modifié. Ils sont indolents, ils ne déterminent aucun trouble fonctionnel.

Généralement on trouve en d'autres régions ganglionnaires (inguinales, axillaires) de gros ganglions du même type.

Le plus souvent il n'y a pas de splénomégalie.

L'état général reste assez bon.

L'évolution de ces lymphomes tuberculeux est, dans la règle, lente et insidieuse, avec des alternatives d'accroissement et de diminution. Mais, dans certains cas, on peut la voir prendre une allure rapide coexistant avec des localisations pleuro-pulmonaires évolutives.

B. Nous ne ferons que signaler les **adénopathies syphilitiques** en apparence primitives que l'on peut observer :

a. Au cours de la période secondaire de la syphilis : adénopathies diffuses intéressant en particulier dans la région cervicale les ganglions de la nuque;

b. Au cours de la syphilis tertiaire;

c. Au cours de l'hérédo-syphilis tardive.

Dans tous ces cas on se basera essentiellement sur :
L'étude des antécédents;
La recherche des accidents concomitants;
Les réactions biologiques;
L'épreuve du traitement enfin.

C. A côté de ces infections ganglionnaires spécifiques se placent les **lymphadénomes** que l'on peut considérer comme des tumeurs primitives des ganglions.

Cliniquement le début par atteinte des groupes ganglionnaires cervicaux est extrêmement fréquent, et cette localisation peut rester longtemps prédominante.

Ici encore pas de péri-adénite, mobilité conservée sur les plans profonds, sur les plans superficiels.

Les autres territoires ganglionnaires superficiels et profonds (médiastinaux, abdominaux) sont atteints à des degrés variables.

Il existe une splénomégalie modérée.

L'état général est toujours touché : amaigrissement, anémie.

L'*examen du sang* apporte au diagnostic des éléments d'une importance capitale et permet de distinguer deux types de lymphadénome :

1. *Lymphadénome leucémique.* — Il existe une hyperleucocytose portant presque uniquement sur les lymphocytes et les moyens mononucléaires; ce lymphadénome leucémique n'est que l'expression ganglionnaire de la leucémie lymphoïde.

2. *Lymphadénome aleucémique.* — L'aspect clinique est identique, mais l'examen hématologique montre une leucocytose normale ou peu modifiée. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 48, p. 862.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 51. — SAMEDI 23 JUIN 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 23 JUIN 1928. — N° 51.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 juin. — MM. Levesque, 19,18; Bith, 20; Chevalley, 19,45; Carrié, 20.

Candidats admissibles : MM. Bith, Carrié, Janet et Turpin, 20; Jacquelin, 19,90; Haguenau, 19,72; Chevalley, 19,45; Mme Bertrand-Fontaine, 19,36; MM. Coste et Levesque, 19,18; Ravina, 19.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 juin. — MM. Foubert, 11; Kahn, 15; Serrand, 13.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Marchal, Fey, Desnoyers, Rouhier, qui acceptent; Caïn, Bernard (Etienne), Marquézy, Petit-Dutaillis, Braine, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Le ministre de l'Instruction publique communique la note suivante :

« Le régime de l'agrégation des facultés de médecine ayant suscité des critiques assez vives, le Comité consultatif de l'enseignement supérieur public a été saisi de la question.

Dans sa dernière réunion, ce Conseil, se prononçant pour le retour au système du concours, a demandé qu'il fût sursis à toute session d'épreuves de l'examen actuel jusqu'à ce qu'un nouveau règlement ait été élaboré. Le ministre de l'Instruction publique a adopté ces conclusions; le Conseil supérieur de l'Instruction publique sera donc saisi, dans sa prochaine session, d'un projet d'arrêté supprimant les épreuves qui devaient avoir lieu pour le premier degré en décembre 1928 et pour le deuxième degré au printemps de 1929. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Le concours pour une place de prosecteur vient de se terminer par la nomination de M. Gaëtan Jayle.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira le lundi 8 octobre, au siège de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de chimie à ladite Ecole.

— Rennes. — Le concours de professeur suppléant à la chaire d'anatomie et de physique s'est terminé par la nomination de M. Sourdin.

— Tours. — Le professeur Guillaume-Louis vient d'être nommé directeur de l'Ecole, en remplacement de M. le professeur Thierry admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — *Concours du clinicat chirurgical.* — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale, à la Faculté libre de médecine de Lille, s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1928, à 9 h., à la Faculté, 56, rue du Port, à Lille.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat jusqu'au 13 octobre 1928.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Heller (de Paris).

La médaille de bronze à MM. les docteurs Arnaudon et Brousse (de Paris).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil est convoqué en session ordinaire le lundi 2 juillet 1928.

LES INCIDENTS DU LYCÉE MICHELET. — Un journal du matin dénonçait, il y a quelques jours, des faits particulièrement graves qui se seraient passés au Lycée Michelet en 1927. D'après notre confrère, des élèves auraient été opérés dans des conditions scandaleuses par un chirurgien étranger à l'établissement, d'accord avec le proviseur et à l'*insu* du chirurgien consultant le professeur Ombrédanne et de son adjoint le docteur Richard, seuls qualifiés pour donner au Lycée Michelet un avis chirurgical.

Nos deux confrères, tenant très justement à dégager leur responsabilité vis-à-vis des familles, ont remis leur démission à M. le Recteur.

Le ministère de l'Instruction publique, après avoir publié d'abord un démenti, communique à la Presse la note suivante à laquelle nous n'ajouterons aucun commentaire, puisque dès à présent la parole est à la justice.

Communiqué du ministère :

« Le ministre de l'Instruction publique a poursuivi son enquête sur les informations publiées par certains journaux et d'après lesquelles des élèves du Lycée Michelet auraient été astreints à subir des opérations chirurgicales par suite d'une collusion entre le proviseur et un médecin. Si de tels faits avaient été reconnus vrais, ils auraient provoqué sans délai les sanctions les plus rigoureuses.

Mais, de l'enquête à laquelle a procédé, en novembre 1927, le Recteur de l'Académie de Paris, il résulte que ces accusations ne se fondent sur aucune réalité. Il est exact que le professeur Ombrédanne, chirurgien consultant, et que le docteur Richard, son assistant, admis comme consultant adjoint, ont donné, le 9 novembre 1927, leur démission, parce que certains élèves malades et plus tard opérés ne leur avaient pas été présentés. Il est exact que plusieurs pensionnaires ont été opérés, en dehors du Lycée, et dans des cliniques particulières par des médecins privés. Mais aucune de ces opérations n'a été pratiquée sans l'avis préalable du médecin chef du Lycée, le docteur Bossu-Liart, et sans l'assentiment exprès des familles ou des correspondants des enfants. Le docteur Modiano, mis en cause, a été demandé par une famille comme d'autres docteurs ont été appelés dans de semblables circonstances.

L'administration universitaire, saisie en temps utile de ces faits, tout en réservant le droit qu'ont les familles de confier leurs enfants aux médecins de leur choix, a estimé qu'il y avait lieu de maintenir au lycée Michelet, en plus d'un médecin-chef attaché à la maison, un chirurgien consultant. Elle a insisté pour garder le concours du professeur Ombrédanne et du docteur Richard.

En présence de leur refus, le recteur de l'Université de Paris, par une décision communiquée au ministère, le 3 janvier 1928, a désigné le professeur Mathieu, chirurgien des hôpitaux.

Rien ne justifie donc l'accusation suivant laquelle le proviseur du lycée Michelet aurait fait ou laissé opérer des élèves sans l'assentiment des familles, sans l'avis du médecin-chef, et recouru, comme on l'a dit, à des pratiques de dichotomie qui seraient intolérables. Il s'est seulement efforcé d'aider les familles à faire opérer leurs malades dans les conditions les plus en rapports avec leurs désirs.

Le ministre de l'Instruction publique a demandé au ministre de la Justice de bien vouloir ordonner une enquête sur l'origine de ces accusations ».

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Les postes de médecin de la santé à Marseille et de médecin de la santé à Dunkerque sont vacants.

LA STATUE DE VULPIAN. — Le 4 juillet prochain, à 3 h., la statue de Vulpian sera inaugurée dans la rue Antoine Dubois, contre l'Ecole pratique.

Le monument est dû à l'éminent statuaire, le docteur Paul Richer, membre de l'Académie des Beaux-Arts et de l'Académie de médecine.

La cérémonie sera présidée par M. Herriot, ministre de l'Instruction publique.

La remise du monument à la Ville sera faite par M. le professeur Letulle au nom du Comité. Des discours seront prononcés par M. le Préfet de la Seine et M. le Président du Conseil municipal.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le professeur P. Lereboullet, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, fera du lundi 25 au jeudi 28 juin inclus, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, une série de leçons sur les « Questions actuelles de diphtérie (clinique, traitement, prophylaxie, vaccination). »

Le cours est gratuit.

ÉCOLE DES SURINTENDANTES. — Au moment où les vacances vont finir et où beaucoup de jeunes filles songent à aiguiller leur avenir vers une carrière quelconque, il nous semble intéressant d'attirer leur attention sur l'Ecole des surintendantes.

Fondée pendant la guerre et destinée d'abord à former uniquement des surintendantes pour les usines de munitions, cette Ecole a, depuis la paix, élargi son programme et adapté son activité aux conditions nouvelles de la vie ouvrière dans l'industrie et dans les services sociaux.

Elle comprend actuellement deux années d'études.

La première est consacrée à l'étude des questions sociales générales.

La seconde est une année de spécialisation pour la formation des surintendantes, c'est-à-dire des chefs de services sociaux pour les usines, les centres sociaux, les caisses de compensation, etc. Seules, les femmes qui ont déjà donné leur mesure par une activité sociale préalable sont admises d'emblée à la seconde année d'études.

Les jeunes filles et les jeunes femmes appartenant aux milieux médicaux semblent tout spécialement destinées à ces carrières. Leur formation familiale leur a déjà appris ce que sont le dévouement et les responsabilités bien comprises; l'Ecole des surintendantes leur permettra d'acquérir les connaissances nécessaires pour donner à leur vie son plein rendement et les aiguillera vers des situations intéressantes à tous points de vue.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle Geoffray, directrice de l'Ecole des surintendantes, 19, rue Dareau, Paris (XIVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albier (à Pau); Paul Amat (de Settat, Maroc), victime du devoir professionnel.

CONFÉRENCE

DE

LA DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN (1)

Nancy, 29, 30 et 31 mai 1928.

La Conférence de la défense sociale contre la syphilis s'est ouverte le mardi 29 mai sous la présidence de M. André Magre, préfet de Meurthe-et-Moselle, assisté de M. le docteur Queyrat, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, et de M. le professeur Louis Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, président du Comité d'organisation.

Dix-neuf nations étaient représentées à cette conférence et toutes les sociétés françaises et étrangères s'occupant de prophylaxie anti-vénérienne avaient envoyé des délégués.

Quatre questions avaient été mises à l'ordre du jour :

1° *Le bilan de la syphilis*; rapporteurs : MM. Dekeyser (de Bruxelles) et Cavaillon (de Paris);

2° *L'éducation publique*; rapporteurs : professeur du Bois (de Genève), Mme Neville-Rolfe (de Londres), Mme Montreuil-Strauss (de Paris), M. Viborel (de Paris);

3° *Le dispensaire antisyphilitique*; rapporteurs : MM. Archambault et Desloges (de Montréal), MM. Spillmann et Parisot (de Nancy), Margarot (de Montpellier);

4° *Organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire*; rapporteurs : MM. les professeurs Ehlers (de Copenhague), Couvelaire (de Paris), A. Fruhinsholz (de Nancy).

I. LE BILAN DE LA SYPHILIS

M. Dekeyser (de Bruxelles) a recherché dans les divers pays la situation actuelle de l'endémie syphilitique comparativement à la situation d'avant guerre. Ce travail fortement documenté est basé sur les statistiques des pays où la déclaration des maladies vénériennes est obligatoire, sur des statistiques provenant d'enquêtes spéciales, sur les statistiques de l'armée et de la marine. L'auteur insiste sur les réserves dont on doit entourer ces statistiques. Elles donnent pourtant des renseignements précieux. Quoi qu'il en soit, on peut conclure qu'il y eut après la guerre et surtout vers l'année 1920 une poussée endémique, une augmentation des cas de syphilis. Dans l'ensemble, elle peut être évaluée au double des cas d'avant guerre. Mais cette augmentation ne fut pas générale.

Pour ce qui concerne la mortalité par syphilis, il est plus difficile encore de l'évaluer. En dehors du tabes, de la paralysie générale, de l'anévrisme, les lésions qui peuvent être attribuées à la vérole et qui tuent, ne diffèrent en rien des mêmes lésions qui relèvent d'autres causes. Pour le tabes, la paralysie générale, l'anévrisme, il ne semble pas avoir d'augmentation. Les statistiques basées sur la surmortalité syphilitique telle qu'elle résulte de l'examen de toutes les compagnies d'assurances semblent indiquer une grande surmortalité, mais des réserves s'imposent sur la valeur des chiffres ainsi obtenus à cause de la non-généralisation de l'action de ces compagnies qui s'adressent fort peu à la population des campagnes et presque pas à la population ouvrière; il n'est pas tenu compte, d'autre part, des nombreux refusés; de plus, les enquêtes qui furent faites ne dépassent pas 1895. La surmortalité montre combien la syphilis est dangereuse pour l'enfant, surtout jusqu'au troisième mois. A ce point de vue, il y a une amélioration considérable.

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

L'auteur examine ensuite les pertes économiques dues à la syphilis et qui sont énormes.

Par l'examen de toutes ces données et la supputation des chiffres, on constate qu'il y a une diminution considérable des cas de syphilis. Cette diminution est générale, et dans certains pays, comme la Belgique, elle atteint cinq sixièmes. Cependant on constate çà et là une légère augmentation dont il faudra rechercher les causes réelles. Il convient, si l'on veut demeurer maître de la situation, de continuer à combattre avec la même énergie. L'auteur insiste sur la nécessité absolue de combattre légalement le charlatanisme sous toutes ses formes et voudrait voir s'établir des dispositions contraignant les syphilitiques à se soigner et punissant la contamination.

M. Cavaillon (de Paris). La syphilis est-elle en régression en France? Dans un travail considérable basé sur les statistiques qui lui ont été adressées au ministère de l'Hygiène, M. Cavaillon peut conclure que pratiquement, dans les campagnes, dans les petites villes, dans les grandes villes même, lorsque les travailleurs étrangers les quittent ou cessent d'y arriver en grand nombre, la syphilis diminue lentement, mais réellement, que dans les grandes villes et les grandes agglomérations ouvrières où vit en grand nombre une population flottante, fidèle clientèle des établissements surtout clandestins de prostitution, la syphilis, qui était nettement en décroissance jusqu'en 1923, augmente nettement.

En conséquence, dans les campagnes et les petites villes la syphilis est en recul, mais l'influence de l'augmentation constatée dans les grandes villes est telle que, pour l'ensemble du pays, la situation reste depuis 1923 pratiquement stationnaire avec crochets ascendants dans la courbe en 1924, descendants en 1925 et 1926, remontant encore en 1927. Il est certain que sans l'importance de l'armement antivénérien et surtout sans la valeur des médicaments utilisés, les circonstances économiques de l'après-guerre, en particulier l'afflux des travailleurs étrangers, le développement de la prostitution clandestine, auraient provoqué l'apparition d'une nouvelle épidémie de syphilis.

MM. Jeanselme et Burnier, confirmant le rapport de M. Cavaillon, se basant sur les statistique du dispensaire antisyphilitique de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, concluent que la syphilis, après avoir régulièrement diminué depuis 1920 jusqu'en 1924, a présenté en 1925, une recrudescence inquiétante et que les chiffres de 1927 sont sensiblement identiques à ceux de 1910. La proportion des cas récents, qui était de 50 p. 100 en 1919, de 31 p. 100 en 1923, a remonté à 40 p. 100 en 1924, à 60 p. 100 en 1925, à 65 p. 100 en 1926, à 63 p. 100 en 1927.

Pour expliquer cette recrudescence, on peut incriminer le défaut de connaissance technique des médecins qui ne savent souvent pas dépister au début la syphilis : il est nécessaire de rendre obligatoire le stage de syphiligraphie pour les étudiants en médecine. Il faut intensifier l'éducation sexuelle féminine; le nombre des femmes syphilitiques traitées aux dispensaires est en effet inférieur à celui des hommes. L'abandon du traitement par le malade est une cause importante de la dissémination de la syphilis, 33,12 p. 100 suivent régulièrement leur traitement. Enfin l'accroissement de la prostitution clandestine joue un rôle important dans la recrudescence actuelle de la syphilis.

MM. Lortat-Jacob et Roberti constatent également la recrudescence de la syphilis dans leur dispensaire de l'hôpital Saint-Louis : en 1923, 270 cas de syphilis nouvelle; en 1924, 295; en 1925, 305; en 1926, 386; en 1928, 432. Ils concluent qu'il faut amener les malades au dispensaire et les y retenir pour leur appliquer un traitement suffisant et diminuer ainsi le chiffre énorme de 54 p. 100 de syphilitiques non traités ou insuffisamment traités. Il faut appliquer les médications les plus rapidement actives, donc les arsénobenzènes délaissés par la plupart des médecins par crainte d'accidents. Il faut

surveiller plus étroitement les propagateurs de la syphilis, les prostituées et surtout les prostituées clandestines, et examiner les étrangers à leur entrée en France.

MM. Louste et Thibaut constatent également la recrudescence des cas de syphilis dans leur service de l'hôpital Saint-Louis et accusent les mêmes causes que les auteurs précédents.

M. le docteur Benech (de Nancy) observe que le taux de la syphilis chez les femmes surveillées est nettement en diminution sur ce qu'il était jadis.

Pour M. Ch. Laurent (de Saint-Etienne), les cas de syphilis de contamination récente augmentent de nouveau. Les chiffres de 1920 et de 1927 sont semblables. La source des contaminations est toujours le café, la fille des rues et la femme de dancing. On ne se contamine presque plus dans les maisons de tolérance. L'assiduité des malades est plus grande dans les maternités; l'examen sérologique permet de dépister 45 p. 100 de syphilis.

M. Marcel Léger, médecin colonial, observe que, par la création de nombreux dispensaires spéciaux très fréquentés et par une campagne de prophylaxie, à l'aide de conseils individuels, de tracts et de conférences, des résultats importants ont été obtenus par les services sanitaires de nos diverses colonies.

M. le docteur Jersild (de Copenhague) donne la statistique des cas de syphilis au Danemark, statistique basée sur l'enregistrement anonyme de syphilitiques, et insiste sur la portée scientifique de ce système, le casier sanitaire étant établi en indiquant : le sexe, l'année et le jour de la naissance, l'initiale du nom de famille, la date du diagnostic de la syphilis et le nom du médecin qui a appliqué le premier traitement.

MM. Bizarb et Barthélemy apportent les statistiques des cas de syphilis chez les prostituées parisiennes, de 1918 à 1927 statistiques qui montrent que la syphilis est loin d'être en régression. 257 cas en 1923, chiffre le plus bas, 500 en 1927.

M. M. Magnus apporte une étude complète sur les maladies vénériennes en Islande et montre la rareté des cas de syphilis autochtones.

M. Aranjo, directeur du service de prophylaxie au Brésil, apporte des statistiques qui montrent une diminution de la syphilis active. L'étude de la courbe de la mortalité infantile due à la syphilis montre également une diminution.

M. le professeur Pautrier fait une communication sur le rôle joué par l'assurance-maladie dans la lutte antivénérienne en Alsace et montre que la législation actuelle ne tient pas compte de la dermo-syphiligraphie.

M. Ikhemann (de Léningrad) fait l'exposé de la lutte contre la syphilis. Il existe, à l'heure actuelle, sur toute l'étendue des républiques soviétiques, 250 dispensaires tous situés dans les villes et 213 postes vénéréologiques disséminés en Russie. L'auteur insiste sur l'extension de la syphilis dans les campagnes.

D'après les matériaux des dispensaires de Léningrad, le rôle de la prostitution dans la contamination syphilitique est réduit à 18 p. 100, et 52 p. 100 sont dus aux « connaissances » et femmes légitimes. La manière de contracter le mariage sans formalités complexes et la facilité du divorce faisaient qu'à Léningrad, en 1927, sur trois mariages il y avait deux divorces. Si donc, la prostitution diminue, la promiscuité prend des proportions menaçantes.

M. Wernic (de Pologne). Le nombre des dispensaires fondés en Pologne pour soigner gratuitement les maladies vénériennes est de 213. D'après les statistiques, une augmentation considérable des cas de syphilis dans la période qui suit la guerre bolcheviste, a été observée dans toutes les grandes villes de Pologne, sauf Poznan, trop éloigné de la zone affectée par l'invasion. Actuellement, grâce aux mesures énergiques qui ont été prises : surveillance des prostituées par des brigades de police féminine et des demi-prostituées ou prostituées d'occasion qui sont également sous surveillance médicale, les cas de syphilis observés sont en très grande régression. Quant aux jeunes prostituées et aux débutantes du métier elles sont soustraites aux influences corruptives et mises dans des institutions d'assistance morale et d'éducation.

II. L'ÉDUCATION PUBLIQUE

M. du Bois (de Genève). L'éducation des jeunes gens en vue de la défense sociale contre la syphilis se confond avec l'éducation sexuelle dans son ensemble. Elle doit débuter tôt, se poursuivre d'année en année jusqu'à l'adolescence, faire partie de l'éducation générale. Il est naturel que les parents en prennent la responsabilité. Il est nécessaire que l'école s'en charge aussi en introduisant dans ses programmes un enseignement nouveau sous le nom d' « hygiène individuelle » dans les classes primaires et d' « hygiène sexuelle » dans les classes supérieures. La continuité de cet enseignement réparti sur plusieurs années peut seul en assurer le succès et favoriser le développement d'une morale sexuelle sans laquelle les avertissements les plus pressants restent sans effet.

Si l'éducation sexuelle scolaire ne donnait pas les résultats que seule une expérience de plusieurs années permettrait d'apprécier, elle aurait en tout cas le grand avantage de mettre au courant de la question tous les jeunes gens, volée par volée, afin de les mettre en garde contre les dangers auxquels l'ignorance les expose et de leur faire comprendre la folie de celui qui, quoique averti, ne craint pas de braver le péril.

Mme C. Neville-Rolfe (de Londres). La politique prônée et qui est actuellement en voie de réalisation en Grande-Bretagne, dans les pays scandinaves et dans de nombreuses parties des Etats-Unis d'Amérique et l'Allemagne semble donner les résultats attendus. L'âge des premières relations sexuelles semble être maintenant plus élevé dans les pays de l'Europe du Nord, le nombre de maladies contractées au début de l'adolescence diminue nettement et une partie de la réduction des nouveaux cas de maladie peut être justement attribuée aux changements de conduite individuelle basée sur la connaissance des faits alliés à un sens plus développé de la responsabilité personnelle et sociale de la santé de cette génération et de la génération future.

Les mesures prônées sont :

a. Tous les enfants, avant l'âge de l'adolescence, devraient être instruits des principes de la biologie évolutive, comprenant les lois de la vie et de la reproduction sans aucun contexte personnel. On crée ainsi une base sur laquelle on peut effectivement ajouter l'enseignement personnel sur l'hygiène sociale et l'appel au sens de la responsabilité sociale et de la responsabilité vis-à-vis de la race dans l'individu sera ainsi renforcé par la connaissance.

b. L'idéal pour le citoyen, en ce qui concerne la santé publique, sera ainsi exposé aux adolescents et on devra leur donner des renseignements précis sur les dangers des maladies vénériennes, notamment à ceux qui sont exposés aux dangers de la tentation de la vie urbaine.

c. Un effort combiné devra être fait par les parents et les instituteurs en vue de développer la maîtrise de soi pendant la jeunesse et pour tâcher de relever la moyenne de la conduite sexuelle.

d. De plus grandes facilités devront être offertes pour l'organisation des jeux et l'emploi du temps libre.

Mme Montreuil-Strauss (de Paris). En matière de prophylaxie antivénérienne, l'éducation du public et surtout du public féminin se heurte à de gros préjugés. C'est par la parole qu'on agit le plus efficacement et qu'il est le plus facile de combattre ces préjugés. Aussi le Comité d'éducation fémi-

nine, créé par la Société de prophylaxie sanitaire et morale, sans négliger les autres moyens d'actions, s'est surtout efforcé de former des conférencières. Il a pour principe d'aborder la question en toute franchise et d'expliquer clairement ce qu'est le fléau vénérien. Le sujet traité est le plus fréquemment : la maternité et le péril vénérien. Il porte sur la description de la syphilis et de la blennorragie, leur mode de propagation, leur répercussion sur la maternité et le foyer familial. Lorsque la conférencière dispose de plusieurs séances elle y ajoute, soit les notions d'anatomie, de physiologie et d'hygiène féminine indispensables pour faire comprendre aux jeunes filles les ravages des maladies vénériennes dans l'organisme féminin, soit des indications aux parents et éducateurs sur l'éducation sexuelle des enfants. On fait ainsi de la propagande antivénérienne un cycle complet, embrassant le côté scientifique et médical de la question, mais encore son aspect moral et éducatif. Toutes les fois que cela est matériellement possible, les conférences sont illustrées de démonstrations cinématographiques.

Actuellement, l'œuvre étant connue et son utilité démontrée, le Comité, avec ses quatre conférencières, suffit à peine à répondre aux demandes qui lui sont adressées. Des conférences ont été ainsi faites dans les milieux les plus divers cultivés ou populaires, laïcs ou religieux, groupements de parents ou éducateurs, foyers ou écoles de jeunes filles. En 1925, la première année de son fonctionnement, le C. E. F. a organisé, tant à Paris qu'en province, 47 conférences; en 1926, 63 et 100 en 1927. Il faut souligner l'importance de l'enseignement fait directement aux jeunes filles, il y a là une tentative d'éducation sexuelle méthodique et rationnelle de la jeune fille qui n'a été réalisée par aucun autre groupement. C'est sur les élèves-maîtresses des écoles normales d'institutrices que le Comité a fait porter son plus grand effort, car il s'agit là de futures éducatrices. Il est souhaitable que cet enseignement soit dès maintenant inscrit au programme des écoles normales, mais il est nécessaire qu'il soit confié à des femmes-médecins, seules actuellement qualifiées pour traiter la partie médico-hygiénique de la question.

M. Viborel (de Paris). Celui qui voudrait assurer l'éducation contre la syphilis en s'attachant à ne considérer que l'aspect moral du problème ne verrait qu'un côté de la question et ferait fausse route. D'autre part, celui qui négligeant le point de vue moral, baserait uniquement son système de défense contre la prophylaxie médicale risquerait de se tromper. Il ne faut pas être exclusif et unilatéral et il faut savoir tenir compte dans un problème aussi délicat et aussi complexe des deux aspects de la question.

Dans son rapport, M. Viborel traite successivement les points suivants :

a. La souveraine importance de l'éducation publique contre la syphilis;

b. Comment créer l'éducation contre la syphilis;

c. L'éducation contre la syphilis suppose l'éducation sexuelle seule capable de discipliner l'instinct sexuel;

d. Pas d'éducation sexuelle sans éducation morale;

e. Ce qu'il faut penser de la prophylaxie individuelle;

f. L'effort accompli en France pour l'éducation publique contre la syphilis et ses premiers résultats.

M. le docteur Julien, depuis 1921, s'est attaché à la question de l'éducation sexuelle. Pour lui, les fonctions de reproduction doivent figurer dans les programmes d'enseignement, mais au titre de l'histoire naturelle, tandis que l'enseignement antivénérien doit être une partie du programme d'hygiène et de la compétence exclusive du médecin. Ce double enseignement ne peut être donné que chez les adolescents ayant atteint la puberté.

M. le docteur Paul Parisot. Les tout jeunes garçons et les jeunes filles, prévenus du mal qui les guette, hésiteront sûrement et peut-être s'arrêteront à temps. C'est, d'après ses observations, la classe ouvrière qui est la plus exposée et cet enseignement doit être aussi bien donné aux parents qui, prévenus, sauront réagir, qu'aux enfants. Quatorze ans est l'âge où il faut commencer cet enseignement.

MM. Spillmann et Jean Benech insistent sur l'importance capitale de faire des conférences aux jeunes gens avant leur départ au régiment. M. Jean Benech a fait, sans en informer les dirigeants, des conférences de prophylaxie antivénérienne chez des apprentis des deux sexes de quinze à dix-huit ans. Il n'y eut aucune récrimination. L'auteur est opposé aux conférences mixtes.

M. Lepinay (de Casablanca) déclare qu'à côté de la prophylaxie morale, il lui semble de toute nécessité, tout au moins au Maroc, d'apprendre aux jeunes gens qu'en cas de défaillance ou d'imprudence, il est des moyens de prophylaxie individuelle qui peuvent protéger contre les maladies vénériennes.

III. LE DISPENSAIRE ANTISYPHILIQUE

MM. Archambault (de Montréal) et Desloges (de Québec). La lutte contre les maladies vénériennes, mouvement d'assainissement physique, est en même temps une mesure d'assainissement moral. Tous deux sont intimement liés et l'un ne va pas sans l'autre.

La campagne entreprise au Canada a été conforme à un programme précis :

1° Institution d'une active campagne d'instruction, d'éducation sur la nature, les conséquences, les ravages et les modes de contagion des maladies vénériennes;

2° Etablissement et entretien de laboratoires où les examens sont faits gratuitement pour tous les médecins;

3° Organisation de dispensaires où les indigents sont traités gratuitement. C'est cette organisation de dispensaires que les rapporteurs étudient.

Outre le traitement médicamenteux, l'éducation par les tracts et les conseils des médecins, le dispensaire permet le dépistage de la syphilis dans les familles. Centre d'enseignement et de recherches scientifiques, il contribue à former des médecins et spécialistes.

Au Canada français, on s'est appliqué à éviter toute dénomination qui tendrait à marquer les infectés du stigmate de « vénériens » et à les éloigner des centres de traitement. En conséquence, les cliniques ont été établies dans les hôpitaux généraux. Cette concession présente d'ailleurs de multiples avantages réalisant un centre merveilleux de dépistage de la syphilis. Ce qui est important dans un dispensaire c'est sa division en plusieurs pièces de façon à isoler les malades et à donner des consultations particulières, car dans l'œuvre que poursuit le dispensaire la discrétion joue un grand rôle.

L'expérience faite d'enquêteurs (service social), fonctionnaires qui visitent les familles et cherchent à dépister les cas de syphilis et à encourager les malades à se faire traiter au dispensaire, a dû être abandonnée. Les rapporteurs croient que c'est plutôt au médecin qu'incombe ce rôle et l'intérêt qu'il doit porter aux malades est plus important et peut faire davantage. Malgré toute la bonne volonté des médecins, un nombre encore trop considérable de malades abandonnent leur traitement trop tôt. Il n'y a que l'éducation poussée à outrance qui réussira à doter les individus d'un sentiment plus élevé envers la collectivité.

Le dispensaire doit-il être ouvert à tous les malades ou seulement aux indigents? Il faut être très large sur cette question et ne refuser que les malades qui sont en mesure de payer le coût normal de leur traitement. Quant à ceux qui peuvent payer quelque chose, ils sont traités et les sommes perçues sont employées au fonctionnement du dispensaire.

De plus, le dispensaire doit être largement ouvert aux praticiens qui peuvent y amener leurs malades peu fortunés.

A côté de ces dispensaires d'hôpitaux généraux, on a organisé d'autres centres de traitement en choisissant de préférence les agglomérations populeuses. Les médicaments indispensables et les instruments sont fournis gratuitement par le directeur général de la campagne antivénérienne aux centres de traitement et, dans les régions éloignées des centres de traitement, les médecins qui en font la demande reçoivent gratuitement ces médicaments nécessaires.

MM. SPILLMANN et PARISOT (de Nancy) exposent l'organisation sociale de Meurthe-et-Moselle qui, créée primitivement en vue de combattre la tuberculose, s'est tournée également vers les autres maladies sociales et a créé diverses sections : antivénérienne, anticancéreuse, protection de l'enfance et propagande.

La section antivénérienne utilisa d'une part les services antivénériens fonctionnant déjà de longue date à Nancy, mais progressivement agrandis et transformés, s'appuya sur l'armature des dispensaires antituberculeux départementaux transformés en dispensaires d'hygiène sociale avec section spéciale antivénérienne, puis étendit ultérieurement l'action dans les campagnes par l'organisation d'un service prophylactique rural définitivement réalisé par une entente récente avec le corps des praticiens.

L'utilisation de formations hospitalières spécialisées à Nancy et des salles réservées dans les hôpitaux d'arrondissement, la mise en service d'un laboratoire régional de sérologie complètent l'armement antivénérien du département de Meurthe-et-Moselle.

Un rôle important est joué, tant au dispensaire central qu'aux sections antivénériennes des dispensaires d'hygiène sociale, par l'assistante sociale qui est chargée de la consultation et de la surveillance du fichier; en relation constante avec les malades et leurs familles, elle favorise le contrôle sérologique et médical. Son action morale et prophylactique peut être considérable si elle comprend bien son rôle et si elle le remplit avec tact et discrétion. Elle peut également avoir une très heureuse influence en s'occupant du relèvement des prostituées. Elle assure la liaison avec les dispensaires, recueille les statistiques trimestrielles, établit les courbes d'activité des différentes consultations, surveille la réception des médicaments, etc.

M. MARGAROT (de Montpellier). Une spécialisation très stricte du dispensaire peut être dénonciatrice et gêner certaines personnes. On remédie à cet inconvénient en instituant un polydispensaire à deux degrés comprenant un dispensaire général de triage et des dispensaires spécialisés, ou encore en associant le dispensaire antisyphilitique à une consultation de dermatologie.

L'isolement est une condition déplorable pour une médecine correcte, même s'il s'agit d'un dispensaire spécialisé. Il ne peut fonctionner utilement que s'il est relié à d'autres consultations. Ce contact peut être rendu particulièrement étroit par l'installation des diverses fonctions dans un même immeuble ou dans des immeubles contigus. Le dispensaire antisyphilitique constitue une cellule d'un dispensaire d'hygiène sociale polyvalent.

En somme, le dispensaire est l'organisme essentiel de la prophylaxie antisyphilitique, à la condition qu'on ne le réduise pas au rôle modeste de consultation gratuite. C'est un centre régional de consultation où les malades sont soignés en parfaite entente avec les médecins et les syndicats médicaux.

MM. GAUJOUX, P. VIGNE et RIBOT signalent l'importance de l'effort accompli pour la lutte antivénérienne dans le département des Bouches-du-Rhône, et à Marseille où le nombre des étrangers et des voyageurs est considérable.

M. MAGNUS (d'Islande). Les marins sont plus exposés à la contagion des maladies vénériennes pendant leur séjour dans les ports étrangers. Il faut que dans tous les ports des marins trouvent facilement des centres de traitement. La liste de ces centres devrait être envoyée aux armateurs en telle quantité qu'elle puisse être remise à chaque navire.

Le docteur Marcel LÉGER, médecin colonial, fait une étude d'ensemble sur les dispensaires aux colonies, et M. LEPINAY (du Maroc) sur les dispensaires antisyphilitiques du Maroc, leur rôle, leur organisation et leurs résultats après dix ans de fonctionnement.

Mme GETTING ainsi que Mlle DELAGRANGE exposent le rôle de l'infirmière sociale à l'hôpital et dans les dispensaires, rôle capital qui a été également mis en relief par MM. HUDELO, RABUT et Mlle JAGER. L'infirmière sociale remplit un double rôle de surveillance et d'éducation, ce qui a permis d'améliorer au bout de trois ans le pourcentage de malades réguliers dans la proportion de 40 p. 100.

MM. Paul PARISOT et Jean BENECH exposent le rôle prophylactique du dispensaire de salubrité municipal de Nancy, où les femmes sont visitées deux fois par semaine.

M. Louis DROUET. Chaque détenu devrait être systématiquement examiné cliniquement et sérologiquement : on dépisterait ainsi un grand nombre de syphilis ignorées.

MM. Marcel PINARD, P. VERNIER et Mlle CORBILLON. Sur 175 cas où l'origine de la contagion de la syphilis a pu être connue, on relève que 61 fois la syphilis a été donnée par des prostituées circulant sur la voie publique, 30 fois par des femmes de maison publique; enfin les domestiques donnent 24 cas de contagion; 48 fois ce sont des contagions par des amies de rencontre; 7 fois enfin, il s'agit de syphilis conjugale, trois par homosexualité et 2 cas par des femmes dites « du monde ».

M. PIERSON. Le dispensaire doit toujours agir en liaison étroite avec les praticiens et être pour eux un centre de moyens techniques mis à leur disposition, centre d'action spécialisé, centre d'enseignement et d'appui mutuel, centre de soins pour malades assistés venus spontanément ou envoyés par leurs médecins.

Cette thèse est également soutenue par M. LAFONTAINE, qui développe cette idée que les médecins de famille et tous les médecins doivent jouer un rôle actif dans la lutte antisyphilitique. Le meilleur moyen pour cela est que l'Etat, les départements, les communes ou les œuvres privées passent avec les syndicats médicaux des contrats fixant les conditions de cette collaboration.

M. PAYENVILLE (de Rouen) voudrait que les médecins syphiligraphes, chefs des principaux centres de prophylaxie, puissent établir un groupement aussi scientifique que confraternel autour de chaque centre afin de permettre une coordination de tous les efforts.

IV. LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS HERÉDITAIRE

M. le professeur EHLERS (de Copenhague). Ce fut Edouard Welander, professeur de dermatologie à Stockholm, qui, le premier, plaida la cause des enfants hérédo-syphilitique et créa des centres spéciaux qui portent en Scandinavie le nom d'asiles Welander.

Au début, ces asiles n'admettaient que les enfants souffrant d'une syphilis congénitale dûment constatée, mais au cours des dernières années la question de la lutte contre la syphilis congénitale a revêtu un caractère tout différent, depuis que les maternités des grandes villes et leurs accoucheurs se sont rangés du côté des dermato-vénérologistes et ont commencé à trier les femmes enceintes, qui à l'examen préalables se montrent atteintes de syphilis le plus souvent ignorée. L'œuvre merveilleuse de Couvelaire et de Marcel Pinard a depuis 1919 porté des fruits en Danemark aussi.

M. EHLERS, dans son rapport, donne les résultats de la lutte entreprise. Sur 100 enfants qui ont quitté les asiles,

22 sont morts. Sur 78 autres cas, 37 se sont développés normalement, 28 sont des retardataires, 13 sont devenus imbéciles. Le traitement systématique des femmes syphilitiques enceintes a permis au Danemark d'abaisser la mortalité infantile de 11 p. 1.000 en 1900 au chiffre de 1,8 p. 1.000 en 1925.

M. le professeur COUVELAIRE fait l'historique de la prophylaxie de la syphilis congénitale depuis la création de l'hospice de Vaugirard, en 1780, pour arriver à l'étude des dispensaires antisyphilitiques annexés aux maternités en 1919.

Pour Paris, 10 maternités de l'Assistance publique ont un dispensaire antisyphilitique et 33 dispensaires et institutions de puériculture sont spécialement subventionnés pour le traitement et la prophylaxie de la syphilis congénitale.

M. Couvelaire, enfin, esquisse la vie du dispensaire de la maternité Baudelocque, créé en 1919 et qu'il dirige avec M. Marcel Pinard. Il montre son fonctionnement, son activité depuis sa création, les résultats qui ont été obtenus, et, enfin, la solution donnée à quelques questions essentielles : Le dépistage des syphilis latentes, l'importance de la régularité du traitement, l'importance du placement des enfants dans des maisons spéciales du type « Welander ».

Le centre de l'action prophylactique, c'est le dispensaire avec organisation du traitement suivant le mode ambulatoire. Ce dispensaire a sa place naturelle dans le cadre des maternités et des institutions de puériculture, la collaboration de l'obstétricien et du syphiligraphe réalisant les meilleures conditions de fonctionnement.

M. le professeur FRUHINSHOLZ, dans son rapport, fait le bilan de l'état actuel de la lutte contre l'hérédo-syphilis et par une enquête très large faite auprès de nombreux obstétriciens, syphiligraphes et pédiatres fait la statistique des cas d'hérédo-syphilis. En faisant état de ces statistiques, il constate que le dépistage de l'hérédo-syphilis varie dans des proportions considérables qui paraissent dépendre du genre de clientèle ou de la méthode employée, des moyens mis à la disposition des scrutateurs, de l'activité, de la rigueur et de l'entraînement de ceux-ci. La syphilis du nourrisson est généralement induite de la syphilis certaine ou présumée de sa mère, à cause de la faible valeur démonstrative, chez lui, de la réaction de Bordet-Wassermann (17 p. 100 des cas d'après M. Pinard, 21,8 p. 100 d'après Fruhinsholz-Abramovitz). Pour compléter et améliorer l'organisation de la lutte contre l'hérédo-syphilis en France, il faut faire œuvre éducative, organiser la lutte par un plan méthodique. Il faut surtout instruire les sages-femmes et les former très spécialement au dépistage de l'hérédosyphilis, instruire les médecins et instruire le public. Sans répandre la terreur et sans propager plus qu'il ne convient la phobie de l'hérédo-syphilis, il faut qu'on prenne conscience de son universalité, de sa latence habituelle et de son protéisme, de la nécessité de certains traitements institués en dépit de toute apparence, mais aussi, et surtout, de l'efficacité certaine de ceux-ci.

Mme le docteur MIRRA RAITZ (de Moscou) expose l'organisation de la lutte contre la syphilis congénitale en U. R. S. S.

MM. PAUCOT et NUYTTEN constatent que la syphilis héréditaire se montre meurtrière pour la descendance dans 53 p. 100 des cas. Les auteurs signalent les heureux effets du traitement pendant la gestation, grâce auquel on obtient presque à coup sûr des produits vivants et sains, et insistent sur la nécessité de renouveler le traitement à chaque grossesse.

MM. LESNÉ, BOUTELIER, P. LEFÈVRE et Mme LINOSSIER-ARDOUIN ont organisé une consultation à l'hôpital Trousseau en 1925 et concluent que les résultats obtenus par de telles consultations sont indiscutables. Leur efficacité sera encore plus grande quand, par un affichage méthodique, chaque service connaîtra les organisations similaires et leurs heures de consultations. Il paraît indispensable que toute formation hospitalière, maison de convalescence, préventorium qui reçoit des enfants hérédo-syphilitiques, soit en mesure de continuer à les traiter.

MM. P. RUDAUX, Mme J. MONTLAUR et H. MONTLAUR apportent les statistiques et résultats de la consultation antisyphilitique de la Maternité de Paris. La consultation des femmes enceintes syphilitiques est heureusement complétée par une consultation de puériculture pour hérédo-syphilitiques. Les résultats obtenus sont intéressants. Les auteurs montrent, par leurs statistiques, que la mortalité fœtale et infantile, qui a atteint jusqu'à 42,8 p. 100 avant tout traitement, s'est abaissée à 16,4 p. 100 chez les parturientes régulièrement traitées.

M. PAUCOT donne, de même, les résultats des consultations des maternités, et M. CAUSSADE montre le rôle des assistantes sociales dans la lutte contre l'hygiène sociale dans les services de médecine infantile.

M. Jean BENECH. Comme les signes chez les enfants sont difficiles à interpréter et qu'il ne veut pas faire de réaction de Wassermann, il convoque les parents et c'est chez eux qu'il recherche la syphilis par la réaction de Bordet-Wassermann.

M. BERTIN (de Lille) fait une communication sur la syphilis héréditaire exclusivement paternelle; elle produit plus facilement que dans les cas beaucoup plus nombreux où elle est le résultat de l'infection maternelle, des dystrophies et des dégénérescences.

M. PAUCOT signale la réactivation de syphilis apparemment éteinte, par union consanguine de syphilitiques héréditaires.

M. QUEYRAT étudie les psychopathies hérédo-syphilitiques qui sont souvent extrêmement améliorées par un traitement spécifique.

La dernière séance de la Conférence a été consacrée à la discussion des vœux présentés au cours des discussions et qui ont été adoptés. Vœu de MM. le professeur Jeanselme et Cavaillon sur la nécessité d'intensifier l'effort entrepris; vœu de M. le professeur du Bois; vœu de M. Carle; vœu de M. le professeur Pinard sur la nécessité de réserver une place à l'enseignement de l'hygiène individuelle dans le programme de l'instruction obligatoire; vœu du Comité d'éducation féminine pour que l'éducation antivénérienne soit faite dans les écoles normales d'institutrices et que cet enseignement soit confié à des femmes médecins; vœu de M. Dekeyser contre le charlatanisme; vœu de MM. Couvelaire et Fruhinsholz pour que l'effort de prophylaxie et le traitement de la syphilis héréditaire soit poursuivi dans les maternités et les services de pédiatrie; vœu de M. Caussade pour la création de dispensaires d'hygiène sociale infantile, seul moyen héroïque de combattre l'hérédo-syphilis ; vœu de M. Queyrat pour qu'à la Commission de contrôle des médicaments antisyphilitiques de l'Académie de médecine soient adjoints des syphiligraphes; vœu de MM. Spillmann et Drouet pour que, dans les prisons, chaque détenu soit examiné d'office. P. FERNET.

Le Sympathique et les systèmes associés. Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies, par A.-C. GUILLAUME. Deuxième édition entièrement refondue. Un vol. de 562 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Visage et cuir chevelu. Massage, mobilisation, ultraviolet, suivis d'un formulaire pratique, par le docteur H. BULLIARD. In-8 avec 33 figures dans le texte. — Prix : 33 fr. — Paris, Le François.

Le Traumatisme de la naissance. Influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective. Etude psychanalytique, par le docteur Otto RANK. Traduit de l'allemand par le docteur S. JANKÉLÉVITCH. In-8 de la Bibliothèque scientifique. — Prix : 20 fr. — Paris, Payot.

IIe CONGRÈS

DES

SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

Le IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie s'est tenu à Marseille les 25, 26 et 27 mai 1928, à la salle des concours de l'Hôtel-Dieu. Le Comité d'organisation était ainsi composé : Président : M. le professeur Roger (de Marseille. Vice-présidents : M. le professeur Di Marzio (de Rome), M. le professeur Euzière (de Montpellier), M. le docteur Baldenweck (de Paris). Secrétaire général : M. le professeur agrégé Velter (de Paris). Secrétaire local : M. le docteur J. Reboul-Lachaux (de Marseille).

La question mise à l'étude était : *Les spasmes vasculaires en oto-neuro-ophtalmologie.*

Trois rapports ont été présentés et discutés.

PREMIER RAPPORT

LES SPASMES VASCULAIRES EN OTOLOGIE

Professeur Portmann (de Bordeaux).

Après une étude des caractères anatomiques de la circulation et du sympathique auriculaires, ainsi que des réactions vaso-motrices expérimentales des appareils auditif et vestibulaire, l'auteur conclut que l'excitation du sympathique cervical ou péri-carotidien donne de la vaso-constriction et de l'ischémie, tandis qu'à la section fait suite une vaso-dilatation avec hyperémie; cette vaso-dilatation peut donner une augmentation très marquée de l'audition. Au point de vue labyrinthique, la section donne toujours de l'hypo-excitabilité avec le plus souvent, du nystagmus spontané battant du côté opposé. L'épreuve de Barany est rattachée par M. Portmann à l'hypothèse vaso-motrice en accord avec la technique récente de Kobrak et les faits expérimentaux. L'influence des médicaments vaso-moteurs sur les réactions vestibulaires est inconstante, sauf pour l'adrénaline.

M. Portmann passe en revue les faits cliniques apparentés aux troubles vaso-moteurs de l'oreille; après un exposé très complet des affections vaso-motrices du pavillon et du conduit, à propos desquelles il fait un parallèle entre le syndrome de Raynaud et celui de Weir-Mitchel, il étudie en détails la maladie de Ménière et le syndrome de Lermoyez, affections opposées dans leur expression clinique mais toutes deux, semble-t-il, dues à des troubles vaso-moteurs. De l'ensemble des faits expérimentaux et cliniques, M. Portmann dégage un « syndrome d'angiospasme labyrinthique »; (1° bourdonnements, vertiges; 2° surdité, hyperexcitabilité vestibulaire; 3° hypertonie sympathique) auquel il oppose un « syndrome d'hypotonie ou de laxité »; les deux syndromes peuvent, d'ailleurs, alterner chez les mêmes malades, cette alternance étant la signature d'une dystonie neuro-végétative.

DEUXIÈME RAPPORT

LES SPASMES VASCULAIRES EN NEUROLOGIE

Professeur agrégé Bremer (de Bruxelles).

Le rôle pathogénique de l'appareil nerveux vaso-moteur dans les angiospasmes des centres nerveux est très peu vraisemblable en raison de l'insignifiance, voire de l'absence complète, de l'innervation vaso-motrice des artères cérébrales et médullaires, notamment de leurs branches terminales.

Au point de vue étiologique, l'auteur distingue : 1° les angiospasmes de causes artéritiques locales; 2° les angiospasmes de causes toxiques; 3° les angiospasmes qui sont apparemment l'expression d'une spasmophilie constitutionnelle, comme dans la maladie de Raynaud et la migraine; ces dernières affections semblent pouvoir être rapprochées des manifestations du choc anaphylactique et anaphylactoïde, Quant aux poisons exogènes et endogènes, ils sont spasmogènes par action directe sur la fibre lisse; c'est net pour le plomb, la quinine et la nicotine.

Le traitement des angiospasmes des centres nerveux est étiologique et symptomatique (vaso-dilatateur); son efficacité est des plus variables.

TROISIÈME RAPPORT

LES SPASMES VASCULAIRES EN OPHTALMOLOGIE

Professeur Aubaret et docteur Jean Sedan (de Marseille).

Les auteurs, limitant leur étude aux angiospasmes du globe, groupent les *faits cliniques* en :

1° Spasmes oculaires proprement dits;

2° Spasmes associés à des lésions oculaires préexistantes, ou simultanées (artérites, rétinites, etc.);

3° Spasmes créant des lésions oculaires définitives, l'atrophie optique par exemple.

Le *diagnostic* de ces spasmes est basé d'une part sur la notion de cécité passagère avec absence de lésion ophtalmoscopique, disparaissant rapidement par l'inhalation de nitrite d'amyle et coïncidant avec des spasmes d'autres territoires de l'organisme, d'autre part sur l'étude des antécédents qui éclaire l'*étiologie :* hypertension maladie de Raynaud, altérations endocriniennes, intoxications diverses par le plomb, la quinine, le tabac, l'alcool, le salicylate de soude, affections oculaires proprement dites et lésions endo-nasales, dentaires et sinusiennes.

Le *traitement* des angiopasmes des globes oculaires comprend donc une thérapeutique dirigée contre la cause et une action purement symptomatique vaso-dilatatrice, qui est réalisée au mieux par le nitrite d'amyle en inhalations; localement, on a conseillé la dionine et les injections sous-cutanées de pilocarpine, ainsi que l'injection rétro-bulbaire de sulfate d'atropine dans les spasmes persistants susceptibles de provoquer l'atrophie optique. Enfin les interventions chirurgicales telle la dénudation carotidienne interne, peuvent être tentées dans les cas particulièrement graves.

De la discussion et des nombreuses communications qui suivirent, il ressort que la mise au point de la question des spasmes vasculaires est chose délicate; la clinique oto-neuro-ophtalmologique doit s'appuyer sur l'expérimentation physiologique et se faire contrôler par elle. M. Bremer (de Bruxelles), M. Tournay (de Paris) se sont employés à montrer combien il faut être prudent avant d'affirmer l'origine angiospastique d'un phénomène clinique sous le prétexte qu'il est transitoire et paroxystique; des modifications tensionnelles, des variations du débit sanguin (Barré, de Strasbourg) rendent compte de faits pour lesquels l'existence du spasme d'un vaisseau n'est pas utile à invoquer. M. Barré, M. Monbrun (de Paris) remarquent qu'une spasme n'est pas forcément artériel, mais parfois veineux, d'où son effet sera la congestion, non l'ischémie; et si l'on veut aussi reconnaître que, en la matière, nous assistons vraisemblablement à des phénomènes d'irritation et de déficit, on comprendra pourquoi M. Barré demande qu'on dissocie dans les observations cliniques d'angiospasme ce qui paraît relever du plus et ce qui dépend du moins, comme on le fait notamment en sémiologie pyramidale.

Malgré l'obscurité de nombreux points, quelques données thérapeutiques sont acquises : la préférence à donner, au point de vue chirurgical, à la sympathectomie péri-artérielle (Terracol, de Strasbourg), l'influence salutaire des douches

(1) *Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*

tympanique qui, par vaso-dilatation, peuvent améliorer l'audition, l'heureux effet de l'inhalation de nitrite d'amyle, de l'injection d'atropine, de l'injection de gardénal faisant céder un spasme rétinien qui, s'il durait, pourrait conduire à l'atrophie optique comme dans le cas rapporté par M. Villard (de Montpellier).

Plusieurs communications ont traité des spasmes vasculaires corticaux : M. Monbrun : *Spasmes de l'artère sylvienne et de l'artère cérébrale postérieure.* M. Roger (de Marseille) : *Migraines hémianopsiques accompagnées d'aphasie, de paresthésie ou de parésie passagère d'un membre.* M. Di Marzio (de Rome) : *Scotome étincelant et hémianopsie homonyme.* M. Reboul-Lachaux (de Marseille) : *hémianopsie latérale homonyme gauche et spasmes vasculaires à type hémianopsique droit avec conservation de la vision centrale (crises visuelles en longue vue).* M. Farnarier (de Marseille) : *Cécité corticale passagère chez une femme enceinte.*

Un autre groupe de travaux se rapporte essentiellement aux spasmes rétiniens. MM. Cuénod et Nataf (de Turin) ont exposé *l'évolution d'un angiospasme rétinien sous le contrôle ophtalmoscopique* pratiqué d'heure en heure. MM. Farnarier, Raverdino (de Brescia), Aubaret et Sedan apportent une série d'observations où ces spasmes relèvent d'abus divers.

L'amaurose dans ses rapports avec l'angiospasme est étudiée par MM. Moriez (de Nice), Rebierre (de Marseille), tandis que M. Truc (de Montpellier) décrit les phantopsies oculaires et que M. Mounier-Kuhn (de Lyon) montre comment l'amblyopie peut bénéficier des interventions endo-nasales.

Bien que l'ophtalmologie soit le mieux partagé pour explorer les angiospasmes, par le regard direct qu'il jette sur la rétine, l'auriste bénéficie, de son côté, des acquisitions récentes sur la pathologie angiospatique. M. Gio Ferreri (de Rome) confirme le syndrome cervical postérieur de M. Barré et insiste sur les lésions rachidiennes. M. Pallestrini (de Turin) explore la réaction calorique du labyrinthe sous les influences pharmacodynamiques et MM. Lafite-Dupont et Fischer montrent comment, en vue d'une action sur l'artère auditive interne, on doit lier la vertébrale à son origine.

Enfin, des communications d'une portée plus générale dans le domaine de l'oto-neuro-ophtalmologie sont faites par MM. Barré (de Strasbourg), Paulian (de Bucarest), Laignel-Lavastine (de Paris), Aymès (de Marseille), Cantaloube (de Nîmes), Egas Moniz (de Lisbonne), etc.

La seule énumération de ces travaux montre à quel point fut actif le IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie; soutenu dans ses efforts par le merveilleux souvenir du précédent Congrès tenu à Strasbourg l'an dernier il s'est clôturé, après deux jours de débat scientifique, par un banquet auquel ont pris part plus de soixante congressistes et par une excursion très appréciée en Provence, à Saint-Rémy et aux Baux.

Le IIIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra en 1929 à Bordeaux, sous la présidence du professeur Portmann. Question mise à l'étude : les céphalées en oto-neuro-ophtalmologie (physio-pathologie et traitement). Rapporteurs : MM. Halphen, Monbrun et Tournay (de Paris).

Le IVe Congrès tiendra ses assises en 1930 à Bruxelles, en l'honneur du Centenaire de l'indépendance de la Belgique. Questions mises à l'étude : 1° Les paralysies laryngées; rapporteurs : MM. Barré et Terracol (de Strasbourg); 2° Les troubles des mouvements associés des yeux; rapporteurs : MM. Di Marzio et Funtarola (de Rome).

J. REBOUL-LACHAUX.

CHRONIQUE

VOYAGE D'ÉTUDES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER AUX STATIONS CLIMATIQUES ET HYDRO-MINÉRALES DU VIVARAIS, DU VELAY ET DU LYONNAIS.

Les médecins et étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de consacrer leur voyage annuel de 1928 (1) à une région qu'explorent rarement les caravanes médicales, celle des hauts plateaux du Vivarais, de leurs confins du Velay et du Lyonnais et des vallées déchirées qui en descendent vers le Rhône.

Malgré la profusion de ses richesses climatiques et hydrominérales, cette région était jusqu'à présent tenue à l'écart des cycles ordinaires des voyages d'études, parce qu'elle était réputée d'un abord malaisé.

L'expérience a montré que sa visite ne présente aucune difficulté réelle : ce pays est très accidenté sans doute, les dénivellations y sont importantes et multiples : au cours de trois des quatre journées de route, les voyageurs se sont vus, dans la même journée, à des altitudes variant de 250 à 1.300 et même 1.400 et 1.550 mètres; le dernier jour, c'est à trois reprises qu'ils ont subi cet écart. Les rampes sont dures, les routes courent souvent en lacets hardis, surplombent des abîmes, les virages sont parfois sans douceur, mais les conducteurs de cars savent se jouer de pareils obstacles et possèdent la prudence qui permet de les surmonter avec aisance. Les cars ont ainsi parcouru plus de 500 kilomètres en quatre jours de route (ou pour mieux dire, trois jours, le deuxième jour n'ayant comporté qu'un très court circuit autour de Vals).

Ce voyage a été facilement mis au point parce que les concours rencontrés ont été nombreux et efficaces. Proposé et désiré par les organisateurs de Montpellier, il a immédiatement reçu l'appui personnel de M. Regaud, Administrateur-Directeur de l'Office National du Tourisme qui n'a pas été étranger à l'octroi de libérales subventions de la part de l'Office qu'il dirigeait et de la part de l'Institut d'hydrologie de Paris. La disparition soudaine de M. Regaud n'en a été que plus vivement ressentie et déplorée à Montpellier et en Vivarais.

D'autre part les stations visitées ont fait assaut de bonne grâce et de générosité, si bien que tout, dans l'exécution a paru admirablement simple, et nous ne croyons pas qu'une réception puisse être plus empreinte de cordialité souriante et vraiment amicale que celle dont les Montpelliérains ont été l'objet à Vals et autour de Vals.

Ceux qui à Montpellier ont organisé ce voyage ont été d'autant mieux à même d'apprécier à leur valeur les procédés dont leurs hôtes ont usé à leur égard, qu'ils ont été plus étroitement que de coutume mêlés au règlement de tous les détails de cette organisation : le directeur du voyage avait en effet reçu de l'O. N. T. la mission d'en étudier point par point les conditions de réalisation, avant que la décision fût prise d'inscrire officiellement ce circuit au calendrier de 1928, et qu'elle fût communiquée à la Fédération thermale et climatique française; l'accueil et l'appui qu'il a rencontrés auprès

(1) Ce voyage comprenait 44 membres. Il était conduit par le professeur Gaston Giraud assisté, comme commissaire du voyage, de M. le docteur R. Castagné, préparateur à la Faculté de médecine; M. Blayac, professeur de géologie à la Faculté des sciences, avait bien voulu accepter de collaborer au cours du voyage à l'enseignement, dans sa partie hydro-géologique. Aux étudiants s'étaient joints, en outre, le professeur Paul Delmas, le professeur agrégé Puech, Mlle le docteur Marthe Giraud, chef de laboratoire à la Faculté, les docteurs Lautié (de Bédarieux) et Vitry (de Sète). A Vals sont venus à notre rencontre les docteurs Paul Pamard (d'Avignon), François Le Sourd et Levassort (de Paris).

des dirigeants de Vals (1), de ses médecins, les docteurs Chabannes, Bressot et David, de son maire distingué, M. Paul Giraud, des nombreuses personnalités ardéchoises et régionales à l'expérience et au concours desquelles il a fait appel, des docteurs Bardin, de Saint-Laurent-les-Bains et Riou, du Chambon sur Lignon, de M. le Maire de Charbonnières Brevet et des administrateurs de la Société des eaux minérales de cette ville, ont transformé un voyage réputé difficile en une promenade presque exempte de soucis.

L'aide matérielle de l'éminent spécialiste des voyages qu'est le docteur Janot, Secrétaire administratif de la Fédération thermale et climatique française, l'intervention de cette Fédération qui donne aux conducteurs de voyages la sécurité morale en les couvrant de fortes assurances, la contribution financière directe enfin de la Faculté de médecine de Montpellier, ont pour une part importante contribué au succès de l'entreprise.

* * *

Vals et son bassin hydrominéral. — Ce voyage avait pour but de présenter aux médecins et étudiants d'une part un très riche bassin hydrominéral, d'autre part des zones climatiques de hauts plateaux d'un grand intérêt thérapeutique.

Au centre d'une région volcanique convulsée, Vals, au voisinage du confluent de la Volane et de l'Ardèche, fait figure de capitale d'un bassin hydro-minéral, où les émergences innombrables possèdent des traits communs, tout en s'écartant souvent considérablement les unes des autres par leurs caractéristiques chimiques et thérapeutiques. A Vals même les sources sont extrêmement nombreuses (plus de 150), et si elles sont presque toutes bicarbonatées sodiques et carbo-gazeuses leur minéralisation quantitative est si variable qu'une gamme très étendue s'offre au médecin et au malade : le taux des bicarbonates varie de 0,50 à 9 grammes par litre en passant par 1,50 (Saint-Jean, Reine), 2 grammes (Béatrix), 4 grammes (Favorite), 6 grammes (Précieuse), 8 grammes (Alexandre), 9 grammes (Constantine), cependant que les Perles s'échelonnent entre 1, 3, 5 et 7, les Vivaraises entre 1, 3 et 5, etc. Dominique et Saint-Louis, plus ferrugineuses sont aussi arsenicales. Toutes ces eaux sont froides, à température constante. Cette grande variabilité du taux des bicarbonates, la température basse des eaux caractérisent la physionomie de Vals et le séparent de Vichy.

Thérapeutiquement, Vals s'adresse surtout à la triade de malades qui sollicitent l'ensemble des stations bicarbonatées : dyspeptiques, hépatiques, malades atteints de troubles de la « nutrition ». Ce sont les dyspeptiques qui forment le fond de la clientèle de Vals : dyspeptiques fonctionnels, à l'exclusion des lésionnels qu'il faut écarter et des dyspeptiques secondaires, qu'il ne faut admettre à la cure que dans certains cas et à titre complémentaire ; dyspeptiques atones, dyspeptiques hypersécrétants, candidats à l'ulcère, dyspeptiques douloureux. La grande variabilité du taux de minéralisation des sources et moyens employés permet l'adaptation de la cure à des cas en apparence très dissemblables. La température des eaux leur donne une action stimulante dont savent se servir à bon escient les cliniciens de Vals mais qui leur impose des techniques prudentes et limitent l'indication de Vals dans le traitement des douloureux et des excitables. La dyspepsie lithiasique et la lithiase biliaire (traitées avec la même prudence), les petites insuffisances fonctionnelles du foie, le diabète sans acidose, les syndromes uricémiques bénéficient de la cure si variée de Vals, diurétique ou cholagogue, modificatrice du métabolisme, tonifiante par ses composés ferro-arsenicaux.

Une conférence clinique du professeur Gaston Giraud, directeur du voyage de Montpellier, a développé et mis en place sous la présidence du docteur Chabannès, doyen des médecins de la station, ces caractéristiques générales de la cure de Vals.

Ceux qui ont goûté de la paix et des ombrages des parcs de Vals ont apprécié d'autre part le charme reposant de son séjour.

La visite de la station a permis aux visiteurs de se rendre compte de l'importance et du succès de l'effort qu'accomplit Vals en vue de sa transformation moderne. A Vals, la cure de boisson l'emporte sur la cure externe, l'embouteillage et l'expédition des eaux minérales sont extrêmement actifs. La visite de la nouvelle et gigantesque manutention tout à fait moderne de la Société Saint-Jean — une merveille d'ingéniosité, qui a été installée par M. Rabany et que dirige M. Raynaud — mérite d'attirer vivement l'attention. Le lavage et l'embouteillage des bouteilles se fait automatiquement à l'abri de tout contact manuel. Partout, à la Favorite, aux Perles, à Béatrix, aux Vivaraises, à la Reine, etc., les pompes vont à 12, 20, 30 mètres de profondeur, puiser méthodiquement l'eau bien protégée. Chacun poursuit sa tâche, au milieu des difficultés — qui ont été parfois paralysantes — et qui naissent du morcellement de la propriété des sources et de l'absence du périmètre de protection.

D'ailleurs, Vals est en pleine transformation : la création d'une Société immobilière a permis la construction de plusieurs grands hôtels nouveaux modernes ; d'autres vont suivre ; et les anciens, piqués d'émulation, se modernisent de toutes parts ; le Casino est reconstruit et agrandi ; les parcs et les jardins sont remaniés. L'extension des installations thermales est à l'étude. Un administrateur hardi et réalisateur, le très sympathique maire de Vals, M. Paul Giraud, est entré dans la voie des grands travaux d'hygiène urbaine et sa ville va posséder la première station française d'épuration des eaux résiduaires par les boues activées.

Vals donne actuellement un bel exemple de travail et d'activité.

Autour de Vals et dans un large rayon, les eaux bicarbonatées fusent par toutes les fissures du granit, souvenirs des éruptions tertiaires. La liste des sources pourrait être indéfiniment allongée : les médecins de Montpellier en ont vu des exemples nombreux à la Bégude, au Vernet, à Jaujac, à Thuyets, à Prades, à Neyrac, à Montpezat, au Pestrin, à Desaignes, etc..., etc... Le Pestrin possède un établissement tout neuf, moderne et pimpant et ses eaux améliorent singulièrement certains états diarrhéiques prolongés : les bicarbonates calciques et magnésiens l'emportent sur les alcalins dans les eaux froides et gazeuses du Pestrin. Neyrac, très ancienne station, mérite une mention spéciale, car elle possède des eaux tièdes (27 et 23 degrés), ce qui est rare dans le bassin de Vals ; la source Jaune est incrustante et ses eaux sont louches. Les sources de Neyrac sortent des flancs d'un volcan, à côté de mofettes carboniques abondantes. Neyrac a connu dans le traitement des dermatoses une heure de célébrité et sa situation heureuse pourrait permettre d'escompter son renouveau.

Saint-Laurent-les-Bains. — Dans le haut bassin de la Borne, une station remarquable et peu connue a été visitée, dont les caractères physico-chimiques et thérapeutiques sont très différents de ceux de Vals : c'est Saint-Laurent-les-Bains dont les eaux hyperthermales (56 degrés), très peu minéralisées et radio-actives, les étuves naturelles à 43 degrés, les bains de piscine modifient d'une façon très heureuse les rhumatismes chroniques torpides et les séquelles trauma-

(1) Il est impossible de nommer ici tous ceux qui, à Vals, ont participé à la réception des médecins de Montpellier. On ne peut pas toutefois ne pas citer M. Chalamon, président du Syndicat des exploitants des sources et administrateur de Vals-Saint-Jean, qui s'est multiplié avec une affabilité parfaite ; le colonel Biondi auquel les voyageurs doivent une soirée délicieuse ; l'administration de l'Hôtel des Bains et des grandes sociétés Saint-Jean, Béatrix, Favorite, Perles, Reine, Vivaraises, etc.

tiques. La renommée de Saint-Laurent s'étend à juste titre et trouve sa sanction dans la création de ressources hôtelières dont le confort ne laisse rien à désirer. A Saint-Laurent, l'exposé clinique du professeur Giraud a été complété par une intéressante causerie du professeur Blayac qui a synthétisé l'hydrogéologie général du Massif Central, puis a montré sur le terrain les rapports des sources de Saint-Laurent avec les failles du granit et les filons de fluorines, et par les explications techniques précises du docteur Bardin.

A la fin du voyage, aux portes de Lyon, une dernière station hydro-minérale a été étudiée, c'est Charbonnières, dont le professeur Giraud a défini les propriétés essentielles : eaux froides, de très faibles minéralisation (0,15) riches en fer (0,04 en bicarbonate ferreux), très efficaces dans les états anémiques et chlorotiques, indépendants des grands troubles dits essentiels de l'hématopoïesé, et de la tuberculose ou des déchéances organiques graves. Les piscines fraîches de Charbonnières et son établissement thermal, présentés par le docteur Melou et par les administrateurs de la Société ont été très appréciés.

Climatisme. — Une bonne partie du voyage de Montpellier a été consacrée, d'autre part à l'exploration des zones climatiques d'altitude intéressantes qui avoisinent les hauts plateaux des pays de Cévennes, des Boutières et du Lyonnais. On a rencontré là beaucoup de remarquables stations estivales quelques-unes ont l'abri nécessaire pour l'hivernage, malgré la rudesse du climat. Ce dernier possède toutes les propriétés toni-stimulantes général du climat d'altitude, entre 1.000 et 1.3000 mètres, et il s'adresse à tous les sujets que dépriment leur hérédité, leurs conditions de vie, défectueuses ou des maladies récentes, à la condition qu'ils ne soient ni congestifs ni évolutifs, et qu'ils puissent, sans dépasser le but, faire les frais de la stimulation qu'on leur impose. C'est dire assez que les tuberculeux évolutifs n'y sont pas à leur place, non plus que les bacillifères même torpides, tant que n'auront pas été prévues pour ces derniers des installations spéciales à eux réservées. Dans le parc charmant de l'hôpital des enfants à la montagne au Chambon-sur-Lignon, le docteur Riou, le professeur Giraud ensuite ont développé et précisé ces indications. Auparavant, Mlle le docteur Lucie Comte, de Saint-Etienne, avait présenté l'établissement très simple et très propre qui pendant les deux mois de vacances fonctionne effectivement comme hôpital de la belle œuvre que fonda son père, l'éminent pasteur Comte, et qui sert, pendant les dix autres mois de l'année, comme préventorium pour quarante-cinq fillettes pupilles de la Nation, de la Loire.

Tout le plateau des Boutières est d'ailleurs une vaste station climatique où les enfants sont répartis en été. Saint-Agrève, le Chambon-sur-Lignon, Tence, dont le docteur Valentin a aimablement dirigé la visite, Fay-sur-Lignon, pour ne citer que des centres de quelque importance, entre 950 et 1.050 mètres y ont été visités. La proximité des bois de pins constitue un des charmes et des avantages de ces stations. A Saint-Agrève, que les voyageurs ont trouvé en cours de perfectionnements hôteliers, les cars ont été conduits un instant sur le plateau boisé du Mont-Chiniac, d'où se découvre toute la chaîne des Boutières.

Plus au Nord, Lalouvesc, lieu de pèlerinage célèbre et station climatique se blottit à 1.000 mètres dans le feuillage sombre, au bord d'une terrasse qui s'ouvre, par une large échappée vers le Dauphiné et le panorama alpestre : M. Astié, maire de Lalouvesc, y a présidé à la réception intime et cordiale offerte à ses visiteurs.

Aux confins des Cévennes septentrionales et du pays des Boutières, La Bastide (1.000), Langogne (900), Pradelles (1.300), Lanarce (1.100), Saint-Cirgues-en-Montagne (1.000), Issarlès (1.000) avaient été déjà rencontrées. Les voyageurs ont pu se rendre compte de ce qui pourrait être fait à Issarlès, par exemple, au bord de cette vasque d'eau bleue de 90 hectares qui se creuse à plus de 100 mètres de profondeur, dans un cirque de forêts, sous un ciel souvent éclatant, si un effort matériel suffisant pouvait s'y porter.

Thueyts, Montpezat, Désaignes, Lamastre, Satillieu constituent d'intéressantes stations d'une altitude sensiblement moindre.

Au nord du pays des Boutières, enfin, fut exploré le Massif du Mont-Pilat, haute citadelle avancée, détachée de la ligne principale axiale des crêtes, vaste région climatique d'altitude qui s'élève jusqu'à 1.435 mètres et qui domine, en belvédère splendide la vallée du Rhône et toute la chaîne des Alpes : les voyageurs du haut des 1.300 mètres de la terrasse du Grand-Hôtel ont pu amplement se rassasier de ce spectacle magnifique, en dépit des brumes lointaines qui n'arrivaient pas à effacer complètement de l'horizon, les cimes étincelantes du Mont-Blanc et des massifs voisins.

***

Riche en enseignements pour le médecin, ce voyage a été à tous autres égards d'un puissant intérêt. Il faut dire la variété des sites abordés, la fête des genêts en fleurs qui couvrent en cette saison toutes les croupes montagneuses, les précipices qui se démasquent au delà des cols franchis, les routes en corniches sur les abîmes; les cratères volcaniques camouflés par les châtaigniers comme à Jaujac, ou brûlés de laves qui paraissent émises d'hier comme sur certaines pentes de la Vestide du Pal, les chaussées basaltiques gigantesques qui se dressent à chaque détour des vallées et où l'histoire des éruptions successives et superposées s'écrit avec une évidence aveuglante, la puissance monstrueuse du feu qui a jailli partout autrefois des granits brisés par la secousse de la naissance des Alpes, comme jaillissent aujourd'hui par les mêmes fissures les sources minérales, — le lent et formidable travail de l'érosion qui a remodelé la surface du sol, renversé les murailles, déchiqueté la Gueule d'Enfer, construit, par le singulier caprice des fractures qu'elle a entraînées sur la muraille verticale de la vertigineuse Chaussée des Géants, l'Echelle du roi, escalier naturel dont l'ascension n'a découragé aucun des voyageurs Montpelliérains. Plus haut, sur les plateaux, plus bas, dans le cours inférieur des rivières, le paysage s'humanise et ses lignes s'atténuent. Le pittoresque y perdrait si les chemins ne couraient souvent à travers d'épaisses futaies de sapins ou de cèdres, trop souvent barbus de lichens gris ou à travers les châtaigniers, parure et richesse du pays, — convoités pourtant par les usines meurtrières. Les plateaux dénudés où l'élevage résume toute l'activité de l'homme, seraient monotones, si du haut des pitons l'œil ne découvrait d'immenses horizons.

Le programme général n'a pu être rempli sans soumettre les voyageurs à un sérieux entraînement physique : il est vrai que, s'ils ont peu dormi, ils ont été bien et délicatement nourris. Aussi ont-ils pu supporter aisément le débarquement matinal et le départ immédiat de La Bastide, le premier jour, à 4 heures du matin, après une courte nuit de chemin de fer, la rude descente de la Gueule d'Enfer et la remontée de l'Echelle du Roi à Thueyts; l'escalade abrupte et un peu chaude du volcan de Jaujac, celle des pierres roulantes du dôme du Gerbier de Jonc, où les visages déjà cuits par le soleil ont reçu le coup de grâce.

Le premier jour (1er juin) les a vus, dès 4 heures du matin, plonger de La Bastide sur Saint-Laurent (premiers vertiges), consacrer au travail sérieux toute une matinée qui s'est terminée par un succulent déjeuner servi dans la plus familiale des atmosphères, remonter à midi à la Trappe de Notre-Dame-des-Neiges, d'où le père de Foucauld partit pour le Hoggar, et dont le Père abbé a bien voulu leur faire les honneurs avec la plus accueillante bonhomie, essuyer entre le Luc

et Langogne un bel orage de montagne, grimper à Pradelles, visiter l'auberge sanglante de Peyrebeilhe, puis du col de la Chavade, plonger en quelques kilomètres de 1.300 à 300 mètres, explorer les basaltes de Thueyts par d'acrobatiques chemins et ceux plus accessibles du Pont de Labeaume, visiter Neyrac et aboutir enfin au confort capitonné de Vals.

Le second jour a été consacré à la visite détaillée de Vals, aux causeries et conférences du matin; l'après-midi, après la visite d'Aubenas et de la place de l'Airette, d'où l'on voit se dérouler toute la chaîne du Champ-de-Mars et du Coiron, barrière entre les pays de Cévennes et de Boutières, les explorations volcaniques ont recommencé au Vernet, au volcan de Jaujac et dans la vallée du Lignon. Et la journée s'est terminée par un grand banquet où prirent la parole MM. Chalamon, président du Syndicat des exploitants des sources et administrateur de Vals-Saint-Jean; Paul Giraud, maire de Vals; le docteur Levassort, de la Société des Perles, le docteur Chabannes (de Vals) et le professeur Gaston Giraud — et par une brillante réception qui retint jusqu'à 2 heures du matin dans la grande et somptueuse salle du casino Béatrix les invités enchantés du colonel Biondi.

Le troisième jour, grand circuit : visite du Pestrin et de Montpezat, escalade du Pal, de Saint-Cirgues-en-Montagne, où une procession se déroulait sous le grand soleil, déjeuner à Issarlès. Puis ce fut encore la montée jusqu'à la source de la Loire et au sommet des phonolithes du Gerbier de Jonc, la traversée des bois de la Chartreuse de Bonnefoy, des hauts plateaux du Mézenc et de Fay, la succulente collation offerte par le Syndicat d'initiative du Chambon-sur-Lignon, singulièrement bien vue par les voyageurs qui commençaient à oublier les truites d'Issarlès, enfin la visite de Tence et l'arrivée tardive à Saint-Agrève.

Le dernier jour, enfin, un départ presque matinal à 7 heures, la descente sur Lamastre par un vallon boisé, la remontée sur Nozières, la visite et la réception de Lalouvesc, puis Satillieu, Annonay, le Mont-Pilat et la halte confortable du Grand Hôtel, la traversée du pays noir, et Charbonnières, enfin, terme du voyage. Les Montpelliérains ont dîné au Casino de Charbonnières, où M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, leur a fait le très grand honneur d'être des leurs. Libéralement reçus par les administrateurs de la Société des eaux minérales, ils ont passé au casino de cette coquette station perdue dans un nid de verdure une soirée pleine d'agrément, après laquelle, reconduits à Lyon-Perrache dans les cars luxueux de la Société de Charbonnières ils ont regagné Montpellier par un voyage de nuit.

Le plein succès de ce voyage a comblé d'aise ceux qui l'ont organisé et suivi et les laisse pleins de gratitude à l'égard de ceux qui l'ont rendu possible. G. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JUIN 1928)

Pouvoirs alexiques comparés des sérums du sang artériel et du sang veineux. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme GRANGE.

Action vaso-dilatatrice différentielle des chlorures de cobalt et de nickel. — M. J.-M. LE GOFF.

Sur quelques propriétés chimiques et physiques des protéines du sérum. — M. Maurice PIETTRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1928)

Des mesures à prendre pour protéger les populations contre la guerre chimique. — M. SIEUR résume les travaux de la Commission internationale des Croix-Rouges réunie à Bruxelles en janvier dernier pour étudier cette question.

Tout en considérant que la guerre chimique doit demeurer expressément condamnée par le droit des gens, la Commission internationale a envisagé un ensemble de mesures à prendre dès le temps de paix. On peut ainsi les résumer :

1° Protection des centrales électriques et des canalisations générales d'eaux, d'électricité et de gaz;

2° Préparation d'abris;

3° Répartition et protection des matières alimentaires et de l'eau potable;

4° Préparation de postes de secours;

5° Préparation d'ambulances et d'hôpitaux pour gazés;

6° Formation d'équipes de désinfection;

7° Constitution de stocks de matériel de protection, de désinfection et de traitement;

8° Prévision de moyens de transport pour les victimes;

9° Détermination de signaux d'alerte et de consignes diverses.

Discussion. — MM. LAPICQUE et CAZENEUVE font diverses remarques et demandent la nomination d'une commission chargée de soumettre des vœux à l'Académie sur cette angoissante question.

L'Académie désigne pour faire partie de cette commission : MM. Sieur, Lapicque, Cazeneuve, Desgrez, Moureu, Delépine, Balthazard, Ch. Richet, Gley, Tiffeneau et Achard.

Rapport sur la contagiosité du cancer. — M. LESAGE lit un rapport répondant à une demande de M. le ministre de l'Hygiène concernant la contagiosité du cancer.

La réponse au ministre est catégorique. Aucune mesure spéciale de protection ne s'impose dans les hôpitaux de cancéreux, car, dans l'état actuel de la science, rien ne permet de croire à la contagiosité du cancer.

Pouvoir bactéricide des pleurésies tuberculeuses sur le bacille de Koch. — MM. Paul COURMONT et Henri GARDÈRE. Le pouvoir bactéricide du liquide des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses a été démontré dès 1898 par Paul Courmont.

Dans le très important travail actuel, les auteurs démontrent la réalité de ce pouvoir bactéricide et la façon de l'apprécier dans tous ses détails. A certaines doses de liquide pleural dans les cultures liquides homogènes, les bacilles de Koch sont tués et toute végétation est arrêtée. A d'autres doses, il y a pouvoir empêchant le développement normal de la culture. La technique du dosage de ce pouvoir bactéricide est précisée par les auteurs.

Ils ont étudié cette propriété défensive du liquide pleural dans 17 cas de pleurésies séro-fibrineuses. Toutes les fois que le pouvoir bactéricide s'est manifesté à un degré élevé, les malades ont guéri dans la proportion des 4/5. Dans les cas à pouvoir bactéricide faible, les malades n'ont guéri que dans la proportion de 1/5. Il y a donc là une nouvelle démonstration du *séro-pronostic de Paul Courmont*. D'autre part, la démonstration de la défense du liquide pleural contre le bacille de Koch par le pouvoir bactéricide est un nouveau chapitre fort important de la physiologie pathologique de la plèvre, et explique la guérison des pleurésies séro-fibrineuses.

Election d'un membre titulaire dans la VIe section (pharmacie). — Classement des candidats : en première ligne, M. Radais; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bougault, Breteau, Bridel, Guerbet et Hérissey.

Au premier tour de scrutin, M. Radais, doyen de la Faculté

de pharmacie, est élu par 40 voix contre 34 à M. Breteau, pharmacien en chef du Val-de-Grâce.

M. Bougault a obtenu 2 voix. MM. Bridel et Hérissey, 1 voix.

Comité secret. — L'Académie entend des rapports sur divers prix, et elle procède au vote sur l'attribution du *Prix Albert de Monaco* (100.000 fr.). Celui-ci est attribué à M. Nageotte, professeur d'histologie au Collège de France, pour l'ensemble de son œuvre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 31 MARS 1928)

Un cas de myélome des gaines tendineuses des doigts. — MM. BAILLAT et BERTRAND. Chez une femme d'une cinquantaine d'années s'est développée petit à petit une déformation en fuseau au niveau de la deuxième phalange de l'annulaire droit. La mobilité de la tumeur sur le plan osseux dans le sens transversal infirmait le diagnostic de spina ventosa. On put énucléer facilement cette tumeur qui à la coupe était un sarcome à myéloplaxes.

Un cas d'endométriome. — MM. BAILLAT et BERTRAND. Mlle A.-F. vingt-deux ans, célibataire, dysménorrhéique, à l'examen, tumeur grosse comme un abricot sur la face antérieure de l'utérus; diagnostic fibrome sous-péritonal. A l'énucléation, tumeur kystique remplie d'un liquide hématique noir, sous tension, ne communique pas avec la cavité utérine. Il s'agit d'un endométriome, vérifié histologiquement; la théorie Müllerienne semble dans le cas particulier expliquer l'origine de cette tumeur.

Un cas de botryomycome du nez. — MM. BERTRAND et P. FABRE. Le diagnostic porté avait été épithélioma du nez, car macroscopiquement cette tumeur n'avait pas les caractères du botryomycome : tumeur assez étendue (pièce de deux francs) sénile. Seul l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un granulome télangiectasique. L'auteur note la fréquence relative de ces tumeurs chez les paysans à la suite de petits traumatismes (ici petite ulcération grattée par la malade).

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1928)

Typhoïde simulant l'appendicite. — M. LEFEBRE. A propos d'un cas de typhoïde ayant débuté comme une crise d'appendicite, M. Lefebvre rappelle les difficultés de diagnostic entre ces deux affections; les cas les plus difficiles sont ceux où il existe des lésions localisées mais non appendiculaires. Il faut savoir enfin que la typhoïde peut se localiser à l'appendice soit primitivement (appendiculo-diffus) soit secondairement (appendicite parathyphoïdique).

Cancer du poumon simulant un kyste hydatique du poumon à l'examen radiologique. — M. MÉRIEL. Chez un homme jeune présentant depuis quelques semaines des signes pulmonaires : toux, dyspnée, mais pas d'hémoptysies; l'examen clinique et surtout la radiographie firent soupçonner l'existence d'un kyste hydatique du poumon : il y avait dans le lobe supérieur droit une image « tracée au compas » à bords très nets.

A l'intervention : tumeur pulmonaire inextirpable, l'examen histologique révéla l'existence d'un sarcome à petites cellules. Amélioré par la radiothérapie pénétrante, le sujet mourut un an après l'opération.

Une piqûre de sangsue n'est pas l'équivalente d'une injection d'hirudine. — M. DUCUING. Ayant étudié sur l'animal : le temps et le mode de coagulation après hirudinisation, les hémorragies consécutives à l'hirudinisation, ses effets sur la thrombose veineuse expérimentale; la comparaison entre les résultats obtenus par piqûre de sangsue ou par injection d'hirudine fait conclure à M. Ducuing que si la première méthode agit dans les phlébites, ce n'est pas par le phénomène de la moindre coagulabilité sanguine : pas de modifications du temps et de mode de coagulation, pas d'hémorragies à distance, thrombose veineuse par le salicylate de soude non injectée, alors que le contraire se produit par injection d'hirudine.

Calcul du canal de Wharton. — M. DIEULAFÉ. Homme de quarante-cinq ans, présente des douleurs et de la tuméfaction dans la région sublinguale droite, il y a une gêne très marquée des mouvements de la langue et de la fièvre. Du pus sort par la caroncule salivaire. A l'anesthésie, introduction de la pointe d'un bistouri effilé dans l'orifice salivaire. Incision longitudinale, au milieu du pus apparaît un assez gros calcul. Bains tiède de bouche. Guérison rapide.

REVUE DES THÈSES

De la rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine (1), par le docteur Jacques COURTOIS.

Dans cette excellente thèse inspirée par M. le professeur Brindeau, l'auteur reprend dans son ensemble l'étude de la grossesse extra-utérine afin de mieux faire comprendre la complexité anatomo-pathologique de la rétention du fœtus mort. De nombreuses observations, une bibliographie particulièrement fouillée accompagnent ce beau travail que les gynécologues auront souvent à consulter et à citer. Voici les conclusions de l'auteur :

« La rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine, quoique connue depuis longtemps, n'a vraiment été étudiée scientifiquement que tout récemment.

La symptomatologie est centrée sur la connaissance capitale de l'existence plus ou moins récente du faux travail suivi d'une régression des signes généraux de la grossesse, indice de la mort du fœtus.

Le diagnostic différentiel en sera extrêmement difficile, au contraire, dans le cas où le médecin (tout comme la femme) n'a pas soupçonné l'existence de la grossesse qui vient de s'arrêter. Le diagnostic est pour ainsi dire impossible dans les cas de rétention prolongée tant que les débris osseux ne se sont pas éliminés par des fistules d'abcès.

Le pronostic est grave à cause de toutes les complications qui peuvent survenir : c'est d'ailleurs pourquoi il faut intervenir sans discussion, le plus rapidement possible; il y a, toutefois, une époque de choix : quatre (4) à six (6) semaines après la mort du fœtus.

Le pronostic *quoad vitam* s'en trouvera considérablement amélioré ».

L'Arsylène glucosé dans le traitement de l'encéphalite épidémique (2), par le docteur Raymond MEYNADIER.

L'encéphalite épidémique et surtout ses séquelles sont de plus en plus à l'ordre du jour. Dans les symptômes parkinsoniens consécutifs, de multiples agents thérapeutiques ont été recommandés : contre l'hypertonie et la rigidité, si tenaces et si angoissantes, rien ne semble avoir donné d'aussi bons résultats que les arsenicaux à hautes doses. Mais, comme l'a justement fait remarquer M. H. Valois dans sa thèse de Lille (1926) la valeur des résultats thérapeutiques dépend étroitement du choix des composés arsenicaux utilisés et M. Valois donne la préférence à l'arsylène. C'est ce même médicament

(1) *Thèse de Paris*, 1928.
(2) *Th. de Montpellier*, 1927.

que préconise M. Meynadier dans une étude excessivement consciencieuse, faite dans le service du professeur Euzière et qui conclut : l'arsylène paraît être, de toutes les médications dirigées contre l'encéphalite épidémique, dans ses multiples variétés cliniques, celle qui donne les meilleurs résultats à l'heure présente; l'auteur fait remarquer également qu'avec des injections intraveineuses de 0,20 (5 centimètres cubes) trois fois par semaine, par séries de quinze injections, il n'a jamais observé aucune contre-indication.

Ces résultats particulièrement intéressants corroborent ceux déjà obtenus par MM. Bériel, Devic, Roch, Euzière, Pagès, Culty, Sacaze, Schneider, etc., dans la sclérose en plaques, les névraxites, les paralysies, l'ataxie, les symptômes basedowiens, l'anxiété, la mélancolie, et aussi, dans un tout autre ordre d'idées, dans les affections parasitaires, paludisme, syphilis, fièvre récurrente, et dans certaines maladies de peau très tenaces comme l'eczéma chronique, l'érythème induré de Bazin, le prurigo et surtout le psoriasis; il faut citer notamment les deux communications si importantes de M. Bénech et de MM. Vigne et Fournier; ces deux derniers auteurs, sur huit cas de psoriasis, ont obtenu trois guérisons complètes et cinq améliorations très nettes, et ils ont constaté que la tolérance du médicament était parfaite.

Tous ces travaux si documentés prouvent que, parmi les arsenics organiques, l'arsylène est certainement le mieux toléré par les voies digestives (pas d'odeur alliacée de l'haleine) et le plus actif (utilisation complète dans l'économie); il rend effectivement les plus grands services, non seulement aux neurologues, aux psychiatres et aux dermatologistes, mais encore et surtout à tous les médecins praticiens qui utilisent généralement les cacodylates, les méthylarsinates ou des formules plus ou moins complexes. Les ampoules de 5 centimètres cubes en solution glucosée, parfaitement indolores, par voie intramusculaire, utilisables également par voie endoveineuse, permettent au médecin de diriger ou de pratiquer lui-même un traitement intensif sans aucun inconvénient. Les ampoules de 2 centimètres cubes donnent la possibilité d'instituer un traitement d'entretien toni-stimulant. Les granules, enfin, réservés à la voie buccale et à toutes les modalités de la méthode de Fowler, sont parfaitement acceptés par tous les malades. On a pu dire justement que, grâce à ces trois formes, l'arsylène était le plus maniable et le plus pratique des composés arsenicaux organiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

LES SYNDICATS MÉDICAUX ET LA RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE PARISIENNE

Le bureau de l'Union syndicale des médecins de la Région parisienne a été reçu le 12 juin 1928 par M. le docteur Mourier, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Au cours de cette entrevue, le bureau de l'U. S. M. R. P. a mis M. Mourier au courant des décisions votées le 22 mai 1928 par l'assemblée générale de ce groupement, décisions concernant la réorganisation hospitalière à Paris et dans le département de la Seine.

On sait que la position du Syndicat est la suivante : aider à la création d'une régie des hôpitaux-maisons de santé de la Ville (ou du département) destinée à gérer des formations sanitaires réservées aux futurs assurés et ouvertes à tous les médecins. Ce nouvel organisme, distinct de l'administration de l'Assistance publique, qui continuerait à gérer les hôpitaux réservés aux assistés, serait administré par des représentants du Conseil municipal (ou général), des bénéficiaires de la loi de 1928 et des syndicats médicaux.

Le directeur de l'administration de l'Assistance n'a pas caché aux délégués de l'U. S. M. R. P. les difficultés que rencontrerait une telle création. Celle-ci ne saurait, en effet, se faire aux dépens des hôpitaux actuels, l'administration de l'Assistance publique ne pouvant laisser diminuer le nombre de lits dont elle a actuellement la gestion.

Cette création ne paraît cependant pas impossible, et un essai pourrait être tenté si l'administration de l'Assistance publique était autorisée, par exemple, à remettre à la future régie hospitalière, la gestion de la Maison municipale de santé dite Maison Dubois qui, actuellement, est une charge pour elle. Un tel déssaisissement de l'administration de l'Assistance publique, en faveur de la nouvelle régie, ne pourrait d'ailleurs se faire que si, en banlieue ou ailleurs, on construisait pour l'Assistance publique un hôpital renfermant le même nombre de lits et qui lui serait remis en échange.

Le bureau de l'U. S. M. R. P. a également attiré l'attention du directeur de l'A. P. sur l'intérêt qu'il y aurait, tant au point de vue technique que social, à supprimer la salle commune dans les hôpitaux qui vont être construits. La réponse de M. Mourier a été qu'une telle suppression entraînerait de trop grosses dépenses pour être prise en considération.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXVIIe Congrès de chirurgie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 8 au 13 octobre 1928, sous la présidence de M. A. Gosset, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « La rachianesthésie. Etat actuel de la question. » Rapporteurs : MM. le professeur Forgue (de Montpellier) et Basset (de Paris).

2° « Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. » Rapporteurs : MM. Delore (de Lyon) et Okinczyc (de Paris).

3° « Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques. » Rapporteurs : MM. Maisonnet (armée) et Petit-Dutaillis (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (VIe).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service.

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE, DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES aura lieu à Budapest, du 2 au 8 septembre 1928.

Les professeurs J. Liniger (Francfort-sur-Mein), F. Steinmann (Berne), Sauerlich (Berlin), Leone Lattes (Modena), O. Crouzon (Paris), Stephan Jellinck et M. Oppenheim (Vienne), Gustave Pisenti (Modène), les docteurs F. Gollinger (Aarau), J.-N. Cottalorda (Marseille) y feront des rapports au sujet des maladies occasionnées par des accidents.

Sir Thomas Oliver (Londres), les professeurs K.-B. Lehmann (Würzburg), Koelsch (Munich), J.-G. Sleewijck (Delft), Jötten (Munster) parleront des maladies professionnelles.

Trente-deux conférences sont annoncées au sujet de maladies occasionnées par des accidents et dix-sept conférences au sujet de maladies professionnelles.

Pour tous renseignements, s'adresser à Budapest, VI, Eötvös Utca 3.

PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LUMIÈRE (physique, biologie, thérapeutique). — La Conférence aura lieu les 10, 11, 12 septembre 1928 à Lausanne, et le 13 septembre à Leysin.

PREMIÈRE JOURNÉE : 10 septembre. — Professeur Dorno (Davos) : Variations journalières et annuelles de l'insolation.

Professeur Fabry (Paris) : L'absorption des radiations par l'ozone de la haute atmosphère.

Professeur Henri (Zurich) : Les méthodes de mesure de l'énergie des radiations infrarouges visibles et ultraviolettes.

Professeur Léonard Hill (Londres) : Soleil et lumière artificielle.

Docteur G. Bohn (Paris) : Les équilibres vitaux et la lumière.

DEUXIÈME JOURNÉE : 11 septembre. — Professeur Bloch (Zurich) : Pigmentation et lumière.

Professeur Haussmann (Vienne) : Les bases de la photosensibilité.

Professeur H. Jausion (Paris) : Les applications thérapeutiques de la photosensibilisation.

Docteur Alfred Hess (New-York) : Aliments irradiés et stérols.

Docteur Hausser (Berlin) : Sujet réservé.

Docteur Dautrebande (Bruxelles) : L'influence de la lumière sur les équilibres ioniques sanguins.

TROISIÈME JOURNÉE : 12 septembre. — Docteur O. Bernhard (Saint-Moritz) : Cure solaire et climatique de la tuberculose chirurgicale (1886-1928).

Professeur Axel Reyn (Copenhague) : L'héliothérapie artificielle du lupus et de la tuberculose cutanée.

Professeur G. Ceresole (Venise) : L'héliothérapie au bord de la mer.

Docteur P. Roussel (Lamotte-Beuvron) : L'héliothérapie et la tuberculose pulmonaire.

QUATRIÈME JOURNÉE : Leysin, 13 septembre (hommage au docteur Rollier). — Docteur Rollier (Leysin) : L'héliothérapie, son importance thérapeutique, préventive et sociale.

Docteur Saleeby (Londres) : De l'héliothérapie à l'hygiène solaire.

Docteur Ledent (Liége) : L'héliothérapie et l'actinothérapie en Belgique.

Ces différents rapports seront suivis de discussions et de courtes communications.

Une excursion facultative est prévue pour le 14 septembre à Zermatt et au Gornergrat (3.186 mètres).

Une application d'appareils destinés aux applications thérapeutiques de la lumière sera organisée à Lausanne pendant la durée de la Conférence. En outre, un certain nombre de réceptions sont prévues dont le détail sera publié ultérieurement.

Pour les renseignements et les programmes, s'adresser au secrétariat français, docteur Roussel, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

XXIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES. — Le XXIe voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 12 septembre 1928, sous la direction scientifique de M. Maurice Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, et de M. Paul Harvier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, directeur scientifique adjoint. Il sera organisé par M. Janot, secrétaire de la Fédération thermale d'Auvergne et se déroulera dans l'Auvergne et le Bourbonnais.

Itinéraire du XXIe V. E. M. — Premier jour (1er septembre) : Concentration à 14 h. à Pougues. — Visite de Pougues. — Conférence du professeur Villaret. — Dîner et coucher à Pougues.

Deuxième jour (2 septembre) : Visite de Saint-Honoré-les-Bains. — Conférence du professeur agrégé Harvier. — Visite de Bourbon-Lancy. — Conférence du professeur Villaret. — Dîner et coucher répartis à Bourbon-Lancy et Bourbon-l'Archambault.

Troisième jour (3 septembre) : Visite de Bourbon-l'Archambault. — Conférence du professeur agrégé Harvier. — Visite de Néris-les-Bains. — Conférence du professeur Villaret.

Quatrième jour (4 septembre) : Visite d'Evaux. — Conférence du professeur agrégé Harvier. — Dîner et coucher à La Bourboule.

Cinquième jour (5 septembre) : Visite de La Bourboule. — Conférence du professeur Villaret. — Dîner et coucher au Mont-Dore.

Sixième jour (6 septembre) : Visite du Mont-Dore. — Conférence du professeur agrégé Harvier. — Excursion facultative au Puy de Sancy et au Plateau des Capucins.

Septième jour (7 septembre) : Déjeuner au Lioran. — Visite de Vic-sur-Cère. — Conférence du professeur Villaret. — Dîner et coucher à Vic-sur-Cère.

Huitième jour (8 septembre) : Visite de Saint-Nectaire. — Conférence du professeur agrégé Harvier. — Dîner et coucher à Saint-Nectaire.

Neuvième jour (9 septembre) : Visite de Royat. — Conférence du professeur Villaret. — Réception à Clermont-Ferrand. — Visite de l'établissement de la Terrasse (Chamalières). — Dîner et coucher à Royat.

Dixième jour (10 septembre) : Visite des sanatoriums de Durtol et d'Enval. — Dîner et coucher à Châtel-Guyon.

Onzième jour (11 septembre) : Visite de Châtel-Guyon. — Conférence du professeur agrégé Harvier. — Dîner et coucher à Vichy.

Douzième jour (12 septembre) : Visite de Vichy. — Conférence des professeurs Villaret et Harvier. — Déjeuner et dîner à Vichy. — Dislocation.

Le V. E. M. (voyage d'études médicales) est exclusivement réservé aux médecins et étudiants en médecine en fin d'études.

Le prix du voyage sera approximativement de 1.100 fr. pour les adhérents des pays à change haut; 700 fr. pour les adhérents des pays à change bas.

Ce prix comporte la totalité des frais du point de concentration : Pougues, au lieu de dislocation : Vichy (voyage en auto-cars, hôtels, pourboires, etc.).

LIVRES NOUVEAUX

Conférences de clinique médicale pratique [6e série] (1), par M. le docteur Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laennec.

M. Ramond continue la publication de ses belles cliniques. La 6e série comprend : 1. Hémorragies et perforations intestinales de la fièvre typhoïde; 2. La sciatique; 3. L'endocardite maligne à évolution lente (maladie d'Osler); 4. La colique de plomb; 5. L'hémoglobinne paroxystique essentielle; 6. Le délirium tremens; 7. La diarrhénale tuberculeuse; 8. L'invagination intestinale; 9. La maladie de Hadgkin; 10. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire; 11. Les ictères infectieux bannis; 12. Les paralysies diphtériques; 13. Le diagnostic d'une ascite et son traitement; 14. La claudication intermittente; 15. La tachycardie paroxystique.

L. G.

(1) Un volume in-8 avec 30 fig. — Paris, 1927, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

NOUVELLE RELATION DE JOUR ENTRE NARBONNE, BÉZIERS, MONTPELLIER, NÎMES ET PARIS. — Depuis le 15 mai, le train Narbonne-Nîmes est prolongé jusqu'à Avignon et mis en correspondance, à cette gare, avec le rapide 12 sur Paris qui comporte des salons Pullmann de 1ʳᵉ cl., des voitures de 1ʳᵉ et 2ᵉ cl. et un wagon-restaurant.

Les voyageurs en provenance des localités comprises entre Narbonne et Avignon peuvent ainsi aller à Paris dans la même journée en ne changeant de train qu'à Avignon.

Départ : Narbonne, 5 h. 12; Béziers, 5 h. 54; Sète, 7 h. 03; Montpellier, 7 h. 45; Nîmes, 9 h. 30.

Arrivée : Paris, 22 h. 05.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique de nomination.* — Séance du 21 juin. — MM. Jacquelin (André) et Carrié, 20; Haguenau et Bith, 19; Turpin, 19,45; Janet, 20.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Carrié, Janet et Jacquelin (André).

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 juin. — MM. Moutard, 11; Porcher, 13; David, 10; Coliez, 15.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Marchal, Fey, Desnoyers, Rouhier, Caïn, Bernard (Etienne), Marquézy, Petit-Dutaillis, Braine.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — Les deux postes d'interne à l'hôpital de Dieppe sont actuellement vacants. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

— ROUEN. — Un concours pour l'attribution de la direction du service dentaire à créer dans les hôpitaux de Rouen à l'usage des malades hospitalisés et des indigents de la Ville s'ouvrira le mardi 11 décembre 1928, dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

Se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé; la liste sera close le 16 novembre 1928; passé cette date aucune inscription ne sera admise.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le nombre des étudiants en médecine ne cesse de s'accroître. Voici le nombre total des étudiants ayant fait un acte de scolarité à la Faculté de Paris :

1924-1925	2.510
1925-1926	2.515
1926-1927	2.676

Nombre des étudiants ayant pris la première inscription :

	Français.	Etrangers.	Total.
1924-1925	533	203	736
1925-1926	561	237	798
1926-1927	607	295	902

Cette augmentation, qui est évidemment très satisfaisante en soi, soulève cependant des difficultés matérielles pour la bonne marche de l'enseignement. Les locaux ne seront-ils pas bientôt insuffisants?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE RIO DE JANEIRO. — M. Luiz Barbosa vient d'être nommé professeur de pédiatrie et d'hygiène infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Rio de Janeiro, en succession du regretté professeur Nascimento Gurgel.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Blanche, « médecin radiologue à Paris, trente-huit ans de pratique médicale et de services militaires, atteint de radiodermite grave, a dû subir de nombreuses opérations ». (*J. O.*, 23 juin 1928.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail : M. Guérin, député, ancien président de la Chambre syndicale des pharmaciens, en remplacement de M. Limouzain-Laplanche, décédé, et

M. Léger, pharmacien à Saint-Denis, ancien président de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Courvoisier, Louis, Massip, Prat et Vallat.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Schneider, Bailly, Mahaut, Worms, Bauby, Aubert, Cenet, Beau, Godeau et Paître.

(Réserve.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Leniez, Petgès, de Lauwereyns de Roosendaele et Gross.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Verdeau, Tellier, Rist, Lemaire, Robineau, Destouches, Lajoanio, Musin, Armbruster et Ermenge.

Au grade de médecin commandant. — MM. Tinel, Richard, Cazal, de Brisson de Laroche, Stepinski-Vessière, Legros, Judet de la Combe, Saint-Hilaire, Lalande, Wapler, Meinard, Sourdin, Treille, Champy, Aton, Aubriot, Audouard, Schmitt, Martin dit Sisteron, Lamare, Bernard (P.-J.), Dumora, Loubat, Welsch, Gares, Lejeune, Giroux et Lombart.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — A l'issue de la dernière séance de l'Académie, notre confrère Crinon a eu l'heureuse idée de faire photographier dans la salle des Pas-Perdus les trois derniers titulaires de la chaire de Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et nous avons vu devant l'objectif le vénérable M. Hayem, entouré de notre maître M. Chauffard et de notre ami Bezançon, titulaire actuel de la chaire.

A ce propos, rappelons que cette chaire, la troisième chaire de Clinique, était autrefois à Necker. Elle fut transférée à Saint-Antoine en 1893. Parmi ses titulaires, plusieurs furent illustres, Piorry, Béhier, Monneret, Germain Sée, Hardy, Potain et Péter.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Un « pavillon des lépreux » existera dorénavant à l'hôpital Saint-Louis, grâce au patronage de l'ordre souverain de Malte. Une cérémonie a eu lieu le lundi 25 juin, à 14 h. 30, à l'occasion de la pose de la première pierre. Elle était présidée par M. Justin Godart, sénateur du Rhône, président des œuvres hospitalières françaises de l'ordre de Malte.

HOMMAGE AU DOCTEUR VICTOR PAUCHET. — Les amis et élèves du docteur Victor Pauchet, désireux de fêter son élévation au grade de commandeur de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir sa médaille, exécutée par le maître de Hérain.

Le Comité est composé de M. Calmette, président; MM. Bégouin, Léon Bérard, Cunéo, Dartigues, Dujarier, J.-L. Faure, Forgue, Goullioud, Hartmann, Th. de Martel, Michon, Albert Moulonguet, Petit-Dutaillis, Peugniez, Joseph Récamier, Robert Proust, Robineau, Tuffier, Villard, Walther et Gaston Doin.

Les souscriptions seront reçues par M. Gaston Doin, trésorier, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe), chèques postaux Paris 201-74.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à une reproduction de la médaille.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert, jusqu'au 30 juin, à la Préfecture du Calvados, pour la nomination d'un médecin chef de la Maison maternelle départementale de Benouville.

Pour tous renseignements sur les conditions du concours, le traitement annuel et les avantages attachés à chacune de ces fonctions, s'adresser à la Préfecture (1re division), rue de Caumont, 35, à Caen.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 16e décade (1er-10 juin 1928), 978 décès, au lieu de 1.262 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.032, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 15 décès, au lieu de 24 pendant la décade précédente (moyenne 15). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 222, au lieu de 318 pendant la décade précédente (moyenne 167).

La scarlatine a causé 3 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 130; il s'élevait à 154 pendant la décade précédente (moyenne 90).

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 12 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 97, au lieu de 121 (moyenne 90).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. — Un cours de perfectionnement, destiné aux médecins et étudiants français et étrangers, aura lieu du 6 au 13 juillet prochain, à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, sous la direction de M. le professeur Claude. Quatorze conférences seront faites, sur des questions neuro-psychiatriques de bio-psychiatriques d'actualité, par MM. Lévi-Valensi, Heuyer et Tinel, médecins des hôpitaux; Santenoise, professeur agrégé; Targowla, ancien chef de clinique; Mlle Badonnel, MM. Baruck, Lammache, Daussy, Meignant, chefs de clinique, MM. Cuel et Dubars, chefs de laboratoire à la clinique des maladies mentales.

Sujet des conférences : 1. M. Lévy-Valensi. L'anxiété.

2. M. Heuyer. Les convulsions en neuro-psychiâtrie infantile.

3. M. Tinel. L'émotion dans les maladies mentales.

4. M. Santenoise. Thyroïde et psychose.

5 et 6. M. Targowla. Indications de la malariathérapie dans la paralysie générale. Les psychoencéphalites.

7. Mlle Badonnel. Les délinquants infantiles.

8 et 9. M. Baruck. Recherches récentes sur la démence précoce calatonique. Les crises de catalepsie et le sommeil pathologique.

10. M. Lammache. Les données récentes sur les troubles organiques dans la mélancolie.

11. MM. Lammache et Dubar. Circulation rétinienne et circulation cérébrale.

12. M. Daussy. Ménopause et psychoses.

13. M. Meignand. Epilepsie : diagnostic des formes psychiques et traitement.

14. M. Cuel. Délires aigus.

Il y aura chaque jour deux conférences, une le matin, une l'après-midi à partir du 6 juillet. Les auditeurs pourront être admis à la visite quotidienne des malades. Le droit d'inscription est de 250 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Enriquez, médecin des hôpitaux de Paris, et Legry (de Nantes).


FORTOSSAN
CIBA
NOM DÉPOSÉ
Phytine neutre au sucre de lait
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND.
1. Place Morand
LYON

UN CAS DE CIRRHOSE HÉPATIQUE

TRAITÉ PAR UNE ANASTOMOSE VEINEUSE MÉSENTÉRICO-CAVE

Par F. ODY,
Chef du Second service de chirurgie de l'Hôpital de Genève.

L'idée de traiter les ascites, dans les cirrhoses atrophiques, par une dérivation plus ou moins immédiate du système Porte dans la grande circulation veineuse cave, date déjà de nombreuses années. En 1897, Delagenière avait communiqué un cas de guérison d'ascite à la suite de la fixation du foie à la paroi abdominale. Puis Talma, en 1898, proposa son opération célèbre qui, nous le rappelons, consistait à enclaver l'épiploon dans le péritoine pariétal antérieur. Ce procédé a été utilisé par les chirurgiens belges, dont plusieurs ont eu des succès. Ruotte proposa plus tard un autre système de dérivation, consistant à drainer directement l'ascite dans la veine saphène, abouchée dans la cavité péritonéale. D'autres auteurs, comme Lambotte, Handley, Peter Paterson, Franke, Hentschen, Perimoff, etc., ont préconisé le drainage continu par les voies lymphatiques sous-cutanées. Enfin Rosenstein, en 1914, a pratiqué avec succès, une dérivation valvulaire de l'ascite dans la vessie.



Toutes ces opérations n'ont cependant pas donné des résultats constants et pleinement satisfaisants. Elles ont l'inconvénient, d'ailleurs, de se pratiquer sur des sujets dont la glande hépatique est gravement déficiente au point de vue fonctionnel. D'autre part, il est des cas où l'ascite n'est pas toujours aseptique, surtout s'il a été pratiqué antérieurement un certain nombre de ponctions évacuatrices. C'est pourquoi ces interventions n'ont pas été adoptées par bon nombre de chirurgiens, qui les estiment non seulement inefficaces mais encore dangereuses.

Toutefois, il convient de ne pas être absolu et de retenir les succès incontestables que l'on a obtenus avec une simple opération de Talma. Mais cette opération a des effets bien difficiles à déterminer d'avance. Aussi a-t-on compris la nécessité de recourir à une intervention qui dériverait directement le sang de la veine porte dans la veine cave inférieure. Le prototype de ce procédé était la fistule d'Eck. Mais la ligature de la veine porte, telle qu'elle est pratiquée dans les laboratoires de physiologie, a le gros inconvénient d'équivaloir à une hépatectomie. Aussi l'abouchement de la veine porte dans la veine cave inférieure, avec ligature de la veine porte, au-dessus de l'anastomose, comme l'a fait Eck, a-t-elle été suivie d'une intoxication rapidement mortelle par les produits intestinaux non transformés par la cellule hépatique.

Ce n'est qu'en 1912, que Rosenstein a réussi le premier à réunir, par une anastomose latéro-latérale, la veine porte à la veine cave, mais sans lier la veine porte. L'état de son malade fut amélioré. C'est sur ce malade cependant qu'il dut pratiquer la dérivation péritonéo-vésicale, dont il publia le bon résultat en 1914. Après lui, Bogaraz a réussi à suturer le bout périphérique de la veine mésentérique supérieure avec la veine cave inférieure. Son malade a guéri. Plus tard, enfin, Villard et Tavernier, réunirent la veine mésentérique supérieure avec la veine ovarienne droite, mais l'orifice s'oblitéra par un thrombus.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer sur un de nos malades l'opération de Bogaraz, que Krestorsky, en 1926, a déjà répétée avant nous, avec un excellent résultat. Il nous a paru intéressant de relater notre cas, d'autant plus qu'une affection intercurrente nous a permis d'en faire l'autopsie.

M... (Joseph), vingt-trois ans. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Très fortement éthylique depuis l'âge de seize ans (cuisinier). Ce malade vient nous consulter parce qu'il se sent affaibli depuis quelques semaines et qu'il souffre depuis quelques jours d'un fort œdème du scrotum et de la verge, qui le gêne pour uriner.

A l'examen, le 12 mars 1928, on constate chez cet homme de petite stature fortement scoliotique et amaigri (61 kilogrammes) un fort œdème des malléoles et du scrotum; de la dyspnée, sans lésion cardiaque ou pulmonaire, sans albumine ni sédiment pathologique dans les urines. L'abdomen est tendu et comparable à une grossesse à terme, présentant une matité en croissant à la percussion. Réflexes normaux.

Le 13 mars, ponction évacuatrice : 2.500 centimètres cubes de liquide clair, haut en couleur, densité de 1.008, contenant 5 p. 100 d'albumine. Dans le culot, nombreuses hématies et quelques cellules épithéliales. Le Wassermann de ce liquide est négatif. Inoculation au cobaye. Cette ponction soulage beaucoup le malade. La dyspnée et l'œdème diminuent aussitôt. Examen du sang : Wassermann négatif, urée 0,40 p. 1.000, hémoglobine 80 p. 100, globules rouges 5.200.000, globules blancs 4.000, neutrophyles 66, lymphocytes 4, grands monos 22, forme anormale 8.

Le 14 mars, l'examen radiologique de l'intestin montre une

hyperfonction de tout le tractus digestif. L'ascite se reproduit déjà. Un jour novasurol, un jour théobromine.

Le 19 mars, le ventre est de nouveau hypertendu, deuxième ponction, 2.800 centimètres cubes, même liquide que précédemment. Inoculation au cobaye.

Le 22 mars, urée du sang, 0,48 p. 1.000.

Le 24 mars, une troisième ponction s'impose à nouveau, 2.500 centimètres cubes. La diurèse est nettement augmentée le jour du novasurol, 2.000 à 2.500 centimètres cubes, mais retombe le lendemain, 1.000 à 1.200 centimètres cubes.

Le 27 mars, l'élimination urinaire diminue malgré les diurétiques et les tonicardiaques. Quatrième ponction, 3.000 centimètres cubes.

Le 2 avril, les diurétiques ne semblent plus agir. Sur les flancs du malade, la circulation collatérale, déjà très développée, semble s'exagérer encore. Quelques vergetures apparaissent. Cinquième ponction, 2.500 centimètres cubes. Dans l'urine, pas d'albumine.

Le 3 avril, vu l'inutilité de tout traitement conservateur de cette cirrhose juvénile grave, on se décide à intervenir et à pratiquer une dérivation porto-cave :

Incision médiane de 20 centimètres de longueur. Il s'écoule environ deux litres de liquide ascitique. Le foie est invisible, petit et dur. La rate est énorme, lisse, bleu-violacé. Elle est si grosse qu'à une première exploration manuelle, on a songé à un situs inversus. Anses intestinales et mésentère œdémaciés. On récline les anses grêles à gauche et l'on incise le mésentère sur sa surface droite. Recherche de la veine mésentérique supérieure. Elle est libérée sur un espace de 6 à 8 centimètres. Recherche de la veine cave inférieure, à travers le péritoine pariétal postérieur et mise à nu de la veine sur une longueur d'environ 5 centimètres. Déchirure de la veine rénale droite : suture. On sectionne la veine mésentérique, audessous de la colique droite. Ligature du bout proximal. Une pince hémostatique, garnie de caoutchouc ferme la veine, 2 à 3 centimètres plus en amont. Pour obtenir l'ischémie désirable de la veine cave, on opère une légère traction sur cette dernière, à l'aide de deux fils de soie, passés sous la veine, au-dessous et au-dessus de l'endroit où l'on va pratiquer l'anastomose. A l'aide d'une pincette, on soulève une petite partie de la veine cave que l'on abrase avec les ciseaux. Suture vasculaire termino-latérale par quatre points séparés. La pince hémostatique de la mésentérique et les deux fils de soie qui soulèvent la veine cave de part et d'autre de la suture sont enlevés. La circulation s'établit sans hémorragie. Mise en place de la masse intestinale, après avoir fermé la brèche péritonéale postérieure par quelques points, très espacés, pour permettre la libre issue vers le grand péritoine, du liquide lymphatique pouvant provenir des chylifères déchirés. Fermeture de l'abdomen par deux plans. Narcose. Durée une heure. 250 centimètres cubes de glycose intraveineuse. Le malade est placé dans son lit en décubitus latéral droit, afin d'éviter toute traction sur la suture vasculaire.

Le 4 avril, température 37°7. Se sent bien.

Le 5 avril, *id.* Le malade urine beaucoup spontanément, 2.000 centimètres cubes.

Le 6 avril, subictère. Dans les urines on note des traces d'albumine et des pigments biliaires.

Le 8 avril, température normale. Le malade continue à bien aller. Il a eu une selle spontanée et bien constituée. Plus de diarrhées depuis l'opération. L'ascite ne semble pas se reformer. Le ventre est souple.

Le 10 avril, on enlève les fils. Guérison p. p. Léger écoulement séreux à l'une des extrémités de la plaie. Se sent très bien, mieux qu'avant l'opération et se croit en bonne voie de guérison définitive, température normale. Quantité d'urine 1.400 centimètres cubes.

Le 13 avril, l'écoulement séreux a complètement cessé. Urée du sang 0,72 p.000. Le ventre a très peu augmenté de volume depuis l'opération.

Le 16 avril, brusquement survient une complication, du côté pulmonaire : le pouls s'accélère, la quantité d'urine diminue, le malade devient dyspnéique. La température reste normale. L'abdomen augmente rapidement de volume. On ponctionne, 1.900 centimètres cubes d'un liquide séreux assez épais, chyliforme. Au microscope (Institut pathologique de Genève), le sédiment contient comme cellules presque uniquement des globules rouges, quelques lymphocytes et peu de leucocytes, chargés de goutelettes graisseuses et avec des noyaux fragmentés. Pas de bacilles de Koch ni d'autres microbes.

Le 17 avril, exitus.

A l'autopsie, on constate (Institut pathologique de Genève), 600 centimètres cubes d'épanchement trouble dans la cavité abdominale avec polynucléaires lymphocytes et goutelettes graisseuses. Météorisme intestinal et hyperhémie de la séreuse du grêle et du côlon. Foie ficelé qui, au microscope, montre l'image d'une cirrhose, par place du type multilobulaire, avec des foyers d'atrophie, d'hypertrophie et de régénération dans la même coupe. Au-dessous de la portion horizontale du duodénum, on constate l'implantation de la veine mésentérique supérieure dans la veine cave inférieure, avec suture vasculaire, tenant bien. Les deux vaisseaux sont souples. A la palpation, l'on note de la fluctuation d'un vaisseau dans l'autre. Toute la région de l'anastomose est libre de tout hématome. Rate infectieuse, à surface ridée. Tuméfaction trouble des reins. Œdème des méninges molles et de la substance cérébrale. Foyers de bronchopneumonie dans les deux lobes pulmonaires gauches et les lobes supérieur et inférieur droits. Epanchement séreux dans les deux plèvres.

L'examen des cobayes inoculés par le liquide ascitique, à plusieurs reprises, n'a rien révélé quant à l'origine tuberculeuse de cette cirrhose.

En résumé, cette observation nous paraît intéressante au double point de vue de l'affection elle-même, rare à cet âge (vingt-trois ans) et de son traitement opératoire tel que nous l'avons pratiqué.

L'hypertension dans le système porte se manifestait d'une façon tout à fait claire par le volume et la tension absolument anormaux que présentait la rate, presque turgescente. A l'autopsie, cet organe, bien qu'infectieux, semblait flétri et ratatiné sur lui-même, réduit de plus de la moitié de son volume.

Le résultat de notre opération s'est laissé apprécier par la quantité quotidienne de sécrétion ascitique moyenne avant (500 centimètres cubes) et après (130 centimètres cubes) l'opération. Durant les vingt-deux jours qui précédèrent l'intervention, il fut retiré, en effet, par ponctions, environ 15 litres de liquide ascitique, alors que durant les quinze jours des suites opératoires il ne fut pratiqué qu'une seule ponction d'environ 2 litres. Si l'on songe qu'au liquide de cette dernière ponction s'ajoutait du chyle, provenant des vaisseaux lymphatiques déchirés par la préparation de la mésentérique, comme l'a prouvé l'examen histologique, il est juste de penser que l'ascite se reformait à peine et qu'avant peu de jours, sitôt ces vaisseaux lymphatiques cicatrisés, le malade eût peut être guéri, non de sa cirrhose, mais de son ascite. L'éclosion de la bronchopneumonie, en tous cas, a provoqué la stase soudaine observée, le 16 avril, dans toute la circulation afférente au cœur droit.

On remarquera, en passant, la faible augmentation du taux de l'urée du sang dix jours après l'opération. Il ne semble pas, surtout lorsque l'anastomose

a lieu au-dessous des veines coliques, que l'intoxication, que doit théoriquement provoquer la pénétration directe dans le sang des produits résorbés par l'intestin, soit très dangereuse, tant que la grande voie porte reste perméable, ainsi que nous l'avons remarqué à propos de la fistule d'Eck.

Enfin, un dernier point à souligner est la facilité technique de cette opération. Pas d'instrumentation spéciale. De simples aiguilles à intestin et de la soie fine. Il n'est pas nécessaire, vu les faibles pressions de la circulation veineuse mésentérique et cave, d'assurer la suture par de nombreux points. Quatre ont suffi dans notre cas pour rendre cette anastomose absolument étanche. Un matériel de suture trop abondant risquerait, au contraire, de favoriser la thrombose. Il faut se rappeler encore, qu'en cas d'accident opératoire, l'on peut toujours, sans inconvénient pour le malade, battre en retraite et lier et la veine mésentérique et la veine cave à ce niveau. Patel, dans un travail récent (*Lyon chir.*, janv.-fév. 1928), vient de démontrer une fois encore l'innocuité de la ligature de la veine cave inférieure au-dessous des rénales.

ACTUALITÉS

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. SA CONTAGIOSITÉ SA FORME TYPHOIDE

L'exorde de La Bruyère « Tout est dit et l'on vient trop tard... » conviendrait mal à un Traité de médecine. Tout n'est pas dit, même sur une affection aussi banale que le rhumatisme articulaire aigu. Son étiologie, nous la connaissons incomplètement; sa place dans la nosographie est encore discutée, si bien que deux excellents Manuels, parus en 1912, le décrivent l'un avec les maladies de la nutrition, l'autre avec les maladies infectieuses. Cependant, de plus en plus, on tend à ranger le rhumatisme articulaire aigu parmi les infections; Sédillot (1), qui le considère toujours comme une affection diathésique, fait valoir, en faveur de cette théorie, divers aguments tels que la fréquence de l'hérédité, l'hyperfibrination du sang et l'hyperuricémie au cours de la crise; mais les partisans de la théorie infectieuse montrent qu'avec l'angine du début, l'hyperthermie, les localisations cardiaques, le rhumatisme a tous les caractères d'une maladie microbienne. La question sera résolue quand on en connaîtra d'une façon certaine le germe pathogène; Achalme, Triboulet et Coyon ont pensé l'avoir découvert; puis nous avons entendu parler du *spirochetis arthritica*, du *micrococcus arthriticus*; et enfin, pour certains auteurs, une variété de streptocoque serait à l'origine du rhumatisme. Attendons, sans trop d'impatience, que la bactériologie dise son dernier mot.

Oui, le rhumatisme articulaire aigu a bien les allures d'une infection microbienne. Mais alors, cette infection microbienne, pourquoi ne serait-elle pas, comme tant d'autres, épidémique et contagieuse? D'excellents observateurs Lancisi, Pringle, Stoll signalaient, au XVIIIe siècle, des épidémies de rhumatisme; cette notion était assez oubliée quand les travaux de Grenet vinrent attirer l'attention sur la contagiosité du rhumatisme articulaire aigu. Pendant la guerre, Grenet vit, en cinq mois, 182 rhumatisants qui venaient pour la plupart (120 cas) de cinq foyers épidémiques. Le principal foyer était le secteur de Nouvron-Vingré occupé par quatre régiments d'infanterie, qui eurent 49 cas de rhumatisme; les troupes d'artillerie, du génie, en contact avec eux, en eurent 16. Des soldats, venus en renfort dans l'un ou l'autre de ces régiments, furent atteints de rhumatisme une quinzaine de jours après leur arrivée. Un homme du 44e d'infanterie est blessé à Nouvron le 20 avril et évacué sur l'hôpital de Villers-Cotterets; le 16 mai, il fait une crise rhumatismale; six jours plus tard, deux de ses voisins, depuis longtemps en traitement à l'hôpital, sont atteints de rhumatisme. Grenet a vu aussi une attaque de rhumatisme franc chez un convalescent de pneumonie, qui se trouvait être le voisin d'un rhumatisant (1).

Après les recherches de Grenet, d'autres petites épidémies de rhumatisme furent signalées en France, en Angleterre, en Italie. Une étude très complète de cette question a été faite par Andrieu, dans une excellente thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Toulouse (2). Andrieu est très affirmatif puisqu'il écrit « Le rhumatisme articulaire aigu est, à n'en pas douter, une maladie contagieuse. » Ayant rappelé les travaux antérieurs sur le rhumatisme épidémique et contagieux, ayant longuement compulsé les statistiques de l'armée qui montrent la recrudescence de la maladie à certaines époques et dans certains milieux, Andrieu ajoute aux faits déjà connus l'histoire de deux épidémies, l'une de 8 cas survenus en deux mois dans un bataillon, l'autre observée dans les Hautes-Pyrénées. Pour celle-ci, la genèse de 16 cas de rhumatisme est vraiment curieuse; les habitants de quatre villages des Hautes-Pyrénées se trouvent en contact perpétuel, car ils travaillent tous à une mine de plomb; le soir, ils se réunissent souvent dans une auberge où l'on danse; l'aubergiste est atteint de rhumatisme; du 6 novembre 1925 au 26 février 1926, 16 cas de rhumatisme apparaissent chez les clients habituels de cet aubergiste.

Ces faits, bien observés, doivent être pris en considération. Sédillot les a discutés; pour lui, une collectivité d'individus étant placée dans des conditions identiques d'hygiène, de nourriture, de fatigue, un certain nombre d'entre eux pourront arriver à constituer ensemble et à la même date toutes les conditions de terrain requises pour voir l'éclosion du rhumatisme articulaire aigu; il y aura alors apparence d'épidémie. C'est, en somme, revenir à la question première : le rhumatisme est-il une maladie

(1) G. SÉDILLOT. Le rhumatisme articulaire aigu est-il une maladie infectieuse ou une maladie diathésique? *Médecine intern. illustrée*, mai 1928.

(1) GRENET. *Presse méd.*, 28 oct. 1915; — *Journ. des prat.*, 7 août 1915; — *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 1; — *Semaine des hôpit. de Paris*, 31 mai 1927.

(2) ANDRIEU. Le rhumatisme articulaire aigu, maladie contagieuse, *Th. de Toulouse*, 1926.

infectieuse ou une affection diathésique? Pour ceux qui admettent la théorie infectieuse, le rhumatisme peut parfaitement bien être épidémique et contagieux.

Notons encore que, pour les partisans de la contagiosité, celle-ci est relativement faible; elle exige, pour se produire, un contact immédiat et prolongé avec un malade, ce qui explique la contagion dans les casernes, dans les familles. On a recherché la fréquence des atteintes rhumatismales dans l'entourage des rhumatisants; pour Faulker et White, on les trouve dans 35 p. 100 des cas, et dans 16 p. 100 seulement chez les non rhumatisants; Bezançon et M. P. Weill donnent à peu près le même pourcentage (30 p. 100 et 17 p. 100); il semble donc que les atteintes rhumatismales existent deux fois plus souvent dans l'entourage des rhumatisants que dans l'entourage des non-rhumatisants (Grenet).

La transmission de la maladie se fait sans doute par les sécrétions bucco-pharyngées et il existe peut-être des convalescents porteurs de germes; la fréquence de l'angine au début du rhumatisme permet de supposer que la porte d'entrée du germe siège dans les amygdales. Mais, d'après Grenet, elle pourrait se trouver ailleurs, en d'autres parties du tube digestif. Quant à la durée de l'incubation, elle varie, dans les cas de Grenet, de huit à vingt et un jours, et même, pour un cas, vingt-six jours; Andrieu indique une incubation de quatre à vingt-cinq jours.

Sur les symptômes, les complications, les récidives de « la maladie rhumatismale » (1), il y aurait beaucoup de choses à dire, qui présenteraient, je crois, quelque intérêt. Les travaux de Ribierre, la thèse de Pichon (2) sur le rhumatisme cardiaque évolutif ont apporté des idées nouvelles dans le domaine des cardiopathies rhumatismales. J'aurais aussi analysé volontiers un article de Grenet et la thèse de son élève Dory (3) sur la fréquence des troubles digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu. Mais le sujet est trop vaste; et je signalerai seulement une forme clinique du rhumatisme, la forme typhoïde, dont le diagnostic, difficile, doit être cependant fait le plus tôt possible afin d'instituer sans trop de retard le traitement salicylé.

C'est encore à Grenet (4) que revient le mérite d'avoir bien décrit la forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu. Voici une des observations qu'il a publiées : un jeune homme entre à l'hôpital avec une fièvre progressivement ascendante; il est prostré, a des épistaxis, puis de la diarrhée, du gargouillement dans la fosse iliaque droite, un pouls à 100 avec une température de 40 degrés, c'est donc bien le tableau d'une fièvre typhoïde, mais l'hémoculture, le séro-diagnostic sont négatifs et l'apparition d'arthropathies conduit au diagnostic de rhumatisme à forme typhoïde; sous l'influence du salicylate de soude, la fièvre tombe rapidement; l'apparition ultérieure d'une endocardite confirma le diagnostic de rhumatisme. Dans cette forme de la maladie rhumatismale, les symptômes articulaires sont masqués d'abord par des signes généraux simulant l'infection éberthienne. Sklodowski (1) a observé des cas analogues de rhumatisme à forme typhoïde, d'autres où l'on avait cru tout d'abord à du paludisme. Etudiant les formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu, Bezançon, E. Bernard, Célice et Jonnesco (2) relatent des observations dans lesquelles le rhumatisme a l'allure d'une grande pyrexie, d'une septicémie, dans lesquelles l'état infectieux domine la scène, la manifestation articulaire pouvant faire longtemps défaut, n'être que tardive ou ébauchée. « Il est vraisemblable, concluent-ils, que nous côtoyons fréquemment des pyrexies mal déterminées qui relèvent de la maladie rhumatismale. »

Le diagnostic de ces formes est donc souvent délicat, voire impossible au début. Qui penserait au rhumatisme auprès d'un malade présentant tous les symptômes de la période d'invasion de la fièvre typhoïde? C'est ainsi que j'ai soigné récemment une fillette de douze ans chez laquelle, pendant les neuf premiers jours de la maladie, le diagnostic de dothiénentérie paraissait s'imposer. Mais à ce moment survint une tuméfaction douloureuse du genou gauche, puis une arthrite du poignet droit, ce qui orienta le diagnostic vers la maladie rhumatismale. Il fallait cependant éliminer l'hypothèse d'une fièvre typhoïde avec complications articulaires; on sait en effet que parfois la fièvre typhoïde s'accompagne d'arthropathies; celles-ci ont été étudiées en 1900 par Degez dans sa thèse; plus récemment Robin et Leredde, Guillain et Libert en ont rapporté des exemples; Grenet et Fortineau ont vu un malade envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et chez qui le véritable diagnostic, fièvre typhoïde, ne fut fait qu'au moment d'une rechute avec hémoculture confirmative. Dans notre observation, nous n'eûmes pas à hésiter longtemps entre le diagnostic de maladie rhumatismale à forme typhoïde et celui de fièvre typhoïde avec arthropathies; en effet, l'hémoculture, le séro-diagnostic furent négatifs et surtout le traitement par le salicylate de soude amena, en moins de quarante-huit heures, la chute de la fièvre et la disparition des arthrites.

Le souvenir de ces faits doit être retenu; puisque nous avons à notre disposition un traitement remarquablement efficace du rhumatisme, il importe de dépister, sous ses aspects très divers et souvent trompeurs, la maladie rhumatismale.

M. BRELET.

(1) BEZANÇON et M.-P. WEIL. La spécificité de la maladie rhumatismale. La maladie rhumatismale, cardiopathie chronique. L'aortite rhumatismale. La cortico-pleurite rhumatismale. *Ann. de méd.*, fév. 1926.

(2) PICHON. *Th. de Paris*, 1924.

(3) DORY. *Th. de Paris*, 1925.

(4) GRENET. Symptômes digestifs et formes anormales du rhumatisme articulaire aigu, *Progrès méd.*, 21 mars 1925.

(1) SKLODOWSKI. Cas larvés d'infection rhumatismale, *Ann. de méd.*, déc. 1926.

(2) BEZANÇON, E. BERNARD, CÉLICE et JONNESCO. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 mai 1927.

Acidose et alcalose. Physiologie, pathologie, thérapeutique, par Marcel LABBÉ, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Floride NEPVEUX, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 304 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 JUIN 1928)

Erythème du neuvième jour dû au rutonal. — M. J. DEREUX (de Lille) relate l'observation d'un malade chez lequel sont apparus, au neuvième jour après l'ingestion de rutonal, des accidents morbilliformes d'allure infectieuse. L'hypothèse du « biotropisme » de Milian est celle qui l'explique le mieux.

Technique et résultats de la radiothérapie dans l'angine de poitrine. — MM. LIAN, BARRIEU et NEMOURS ont traité 30 malades atteints d'angine de poitrine par la radiothérapie. Chez 26 des 30 angineux l'amélioration a été considérable. L'atténuation commence vers la deuxième semaine de la cure qui dure quatre à six semaines. Les auteurs insistent sur le choix de la technique et recommandent cette thérapeutique qui leur a donné des améliorations de plusieurs mois.

M. LAUBRY, qui a traité dès 1921 des malades angineux par la radiothérapie, considère ce traitement comme susceptible de provoquer des accès de mal angineux et même des cas de mort. Il rapporte à ce propos 3 cas dans lequel la radiothérapie a déterminé dès la deuxième et troisième séances un état de mal qui a été suivi de mort. De plus, il insiste sur la perturbation circulatoire observée chez un malade dont la tension est tombée à 11-9 et dont le myocarde reste très insuffisant.

Endocardite maligne à forme lente. Symptomatologie rénale, évolution apyrétique. — MM. LENOIR, BAIZE et BOQUIEN rapportent le cas d'un malade soigné pendant dix mois pour néphrite hématurique et chez lequel l'autopsie montra l'existence d'une endocardite ulcéro-végétante type Osler. Ils insistent sur l'évolution apyrétique, sur l'absence d'infarctus et sur les altérations rénales qui consistaient essentiellement en lésions de néphrite subaiguë diffuse.

Lymphogranulomatose maligne avec forte hypoglobulie, absence d'éosinophiles, prurit atténué. — M. Gaston LAURÈS (de Toulon).

Contributions cliniques à l'étude de la myasthénie. — MM. PAULIAN et ARICESCO ont traité plusieurs cas de myasthénie par le traitement opothérapique glandulaire et surtout surrénal. Dans un cas avec syndrome addisonien (pigmentation) le traitement par la surrénale fut inopérant. Les auteurs pensent que la myasthénie est sans rapport avec une lésion des surrénales.

Plateforme mobile pour l'observation et l'enregistrement du phénomène de Romberg et d'autres troubles de la statique. — M. A. RICALDONI (de Montévidéo) expose les résultats qu'il a obtenus dans l'étude des troubles de la statique à l'aide d'une plateforme mobile très ingénieuse qui, d'une part, exagère et rend plus visible le phénomène de Romberg; d'autre part, à l'aide d'un appareil enregistreur, permet de prendre des tracés démonstratifs.

Maladie congénitale et familiale caractérisée par une dystrophie adiposo-génitale associée à une rétinite pigmentaire et à une polydactylie. — MM. RICALDONI et ISOLA (de Montévidéo) rapportent l'observation fort significative de quatre frères et sœurs, seuls survivants de huit enfants issus de parents consanguins et atteints d'une même maladie caractérisée par une dystrophie adiposo-génitale, de type hypophysaire, avec rétinite pigmentaire et polydactylie.

Sur un cas de leucémie aiguë à myélocytes avec angine gangréneuse. — MM. LE CHUITON et BONDET (de Brest).

Anémie fébrile aiguë guérie par la méthode de Whipple. — MM. BENHAMON, JUDE et GILLE (d'Alger) rapportent un cas de maladie de Brill dont l'étiologie est inconnue et le pronostic fatal. Grâce à la méthode de Whipple (200 grammes de foie séché dans du bouillon chaque jour), les auteurs ont assisté à une véritable résurrection.

Injections de lipiodol par voie transpariétale. — M. LAEDERICH, à propos d'un cas, signale les dangers d'injections intratrachéales d'huile iodée par voie transpariétale.

MM. COMTE, BERNARD et RIST partagent l'opinion de M. Laederich. MM. Bernard et Rist recommandent la méthode de Soulas.

Grands abcès pulmonaires au cours d'une septicémie traînante à staphylocoques. Guérison spontanée. — M. BOIDIN et Mlle FONTAINE insistent sur la guérison spontanée par vomiques traînantes de deux grands abcès à staphylocoques. Le deuxième survenu après une ostéopériostite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 MAI 1928)

Le Président annonce le décès du médecin inspecteur général JACOB.

Ostéomyélite vertébrale. — M. BRÉCHOT fait un rapport sur deux observations de M. BARANGER (du Mans) : un cas d'ostéomyélite lombaire qui guérit après ablation d'une apophyse transverse et un cas d'ostéomyélite totale de la Ire vertèbre lombaire, suivi de guérison.

M. LARDENNOIS a vu un cas semblable chez une malade, ostéomyélite d'une vertèbre dorsale, collection suppurée du médiastin postérieur avec vomique consécutive.

Epilepsie consécutive à une blessure par balle du cerveau. — M. MAISONNET (rapport de M. LENORMANT), à l'occasion d'une crise d'appendicite, a observé un malade porteur depuis vingt-cinq ans d'un projectile au milieu du cerveau; cet homme a eu pendant quatorze ans des crises d'épilepsie, puis, depuis dix ans, n'a présenté aucun trouble cérébral; le projectile, d'après la radiographie, est en plein cerveau, dans la région occipitale.

M. LENORMANT, à ce sujet, étudie la question de la tolérance des projectiles du cerveau et insiste sur les données qui paraissent définitivement acquises : rôle capital des cicatrices encéphalo-méningées comme facteurs épileptogènes; fréquence des épilepsies généralisées; enfin pronostic moins grave que ne le disaient les anciens auteurs.

M. PICOT a observé un homme qui, porteur d'un éclat bien toléré pendant dix ans, mourut brusquement en quelques heures.

M. GRÉGOIRE ajoute le cas d'un blessé de 1870 qui se porte parfaitement bien après une blessure du cerveau par balle.

Occlusion intestinale après appendicectomie. — M. MAISONNET (rapport de M. LARDENNOIS) présente un cas d'occlusion aiguë retardée, consécutive à une appendicectomie d'urgence, ayant nécessité une entérostomie vingt jours après; ulcération peptique de la paroi, état général inquiétant; M. Maisonnet, après laparotomie et section du bout afférent en amont de la fistule, l'implanta dans le bout efférent par anastomose termino-latérale; amélioration; dans une deuxième intervention, l'auteur dégagea les adhérences et ferma le bout efférent de la fistule; le malade est, depuis sept ans, resté parfaitement guéri.

M. ALGLAVE signale un nouveau cas de ces occlusions et critique la pratique de l'anus grêle.

Fistules vésico-vaginales traitées par le procédé de Marion. — M. DENIKER rapporte deux observations de

fistules vésico-vaginales traitées par voie transvésicale et guéries, dues à MM. MÉTIVET et LEGAC.

Hernie épigastrique étranglée. — M. DENIKER fait un rapport sur une observation du professeur ZENO (de Santa Fé), de hernie épigastrique épiploïque étranglée.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1928)

Ostéomyélite vertébrale. — M. ALGLAVE présente un nouveau cas d'ostéomyélite vertébrale apparue chez un homme de quarante ans au niveau d'une vertèbre cervicale, ayant nécessité plusieurs interventions; actuellement le malade souffre toujours et son avenir doit être réservé.

Ostéomyélite chez l'enfant. — M. MARTIN fait un rapport sur deux observations de M. KARAJOPOULOS (d'Athènes) qui a traité ses malades par résection précoce étendue; guérison consécutive.

Sutures tendineuses. — M. CUNÉO rapporte trois observations de sutures tendineuses avec reconstitution des gaines synoviales, dues à MM. MÉTIVET et TAILLEFER.

Epanchements gélatineux intrapéritonéaux. — M. LECÈNE fait un rapport sur deux observations de MM. SOUPAULT et HERTZ, de ces épanchements intrapéritonéaux libres, sorte de gelée semi-liquide ou de colle forte, avec masses kystiques de l'ovaire; la malade de M. Soupault guérit après assèchement du péritoine et ablation des masses kystiques et sutures sans drainage; celle de M. Hertz, chez qui la masse dut être péduculisée d'abord hors du ventre, puis réopérée, mourut quelques semaines après de grippe grave. C'est la maladie que Péan avait bien décrite sous le nom de maladie kystique gélatineuse du péritoine. M. Lecène en fait une intéressante étude.

M. ARROU, qui a vu opérer quelques-unes de ces tumeurs par PÉAN, rappelle qu'il ne drainait jamais dans ces cas-là et guérissait ses malades.

Sigmoïdites suppurées. — M. CHASTENET DE GÉRY (rapport de M. LECÈNE) apporte deux très intéressantes observations de sigmoïdites suppurées avec infiltration de la paroi abdominale chez des syphilitiques, et présentant une tuméfaction de la paroi abdominale avec fistules pyo-stercorales; les malades ont pu être guéris après interventions associées au traitement antisyphilitique.

Ulcères duodénaux. — M. OKINCZYC fait un rapport sur un travail de M. HERTZ qui résume ses observations et sa technique d'après 24 cas d'ulcères du duodénum.

Typhlocolite aiguë. — M. OKINCZYC fait un rapport sur une observation de M. BOPPE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1928)

M. E. HARDE étudie les **greffes intracérébrales de tumeurs hétérologues chez le rat et les cobayes.** D'après ses observations, cet auteur conclut que les résultats positifs enregistrés sont dus à plusieurs facteurs :

1° La consistance spéciale du cerveau qui permet le développement initial avec très peu de stroma;

2° Une réaction lymphocytaire et polynucléaire, moins intense que dans le cas des greffes sous-cutanées ou intramusculaires;

3° La rapidité de la division cellulaire initiale. (La greffe, en effet, n'a été positive qu'avec des tumeurs très virulentes.)

La question de l'influence de la nature chimique du cerveau est actuellement à l'étude.

Fonction lipopexique du poumon. — MM. Léon BINET et René FABRE donnent une démonstration nouvelle de la fonction lipopexique du poumon sur les graisses en recourant à des injections intraartérielles d'huile fluorescente et en examinant sous la radiation de Wood le produit extrait des différents organes. Sur les clichés présentés par ces auteurs, on observe une fluorescence remarquablement nette pour le tissu pulmonaire.

Étude de l'ergostérol irradié. — MM. René FABRE et Henri SIMONNET, opérant sur un échantillon d'ergostérol particulièrement pur, dans des conditions d'expérimentation très précises, ont tracé les courbes d'absorption ultraviolette de ce stérol avant et après irradiation. Opérant sur des rats rendus rachitiques par l'emploi du régime de Mme Randoin et de M. H. Lecoq, ils ont pu suivre par l'examen radiographique pratiqué sur l'animal vivant la disparition des lésions typiques du rachitisme sous l'influence de l'ergostérol irradié.

La transformation photo-chimique de cette substance ne s'arrête pas au stade de produit biologiquement actif, car, à partir d'un certain temps d'irradiation, le degré d'activité ne s'accroît plus tandis que la densité optique diminue graduellement.

Expériences de contrôle de la mesure de la chronaxie à travers les téguments avec les condensateurs. — M. G. BOURGUIGNON. A la suite des critiques adressées à la mesure de la chronaxie avec les condensateurs chez l'homme, en raison des erreurs qu'apporterait la polarisation de la peau, a mesuré la chronaxie du fléchisseur commun des orteils de lapin comparativement sur la peau et sur le muscle dénudé, avec les condensateurs et avec le pistolet de Weiss dans le montage en dérivation et en série.

Dans toutes ces conditions, l'auteur a trouvé la même chronaxie.

Les polarisations de la peau n'apportent donc aucun trouble dans la mesure de la chronaxie chez l'homme avec les condensateurs.

La capacité vitale réflexe. Sa mesure. Ses rapports avec la capacité vitale volontaire. — M. R. GOIFFON. La capacité vitale volontaire est la quantité maxima d'air qui peut être volontairement rejetée par les poumons après une inspiration forcée. Mais la respiration est un acte réflexe qui n'utilise pas, même en cas de besoin, la totalité de cette capacité vitale. M. R. Goiffon montre qu'en faisant respirer un sujet dans l'atmosphère confinée d'un spiromètre de Tissot, la rétention carbonique progressive force le sujet à une ampliation pulmonaire maxima qui est mesurée et que cette capacité vitale réflexe peut égaler 85 p. 100 de la capacité vitale volontaire, elle s'abaisse très vite à 50 p. 100 et moins chez des sujets qui ne savent pas respirer.

Étude cinématographique des choanoleucocytes. — MM. FAURE-FRÉMIET et Fr. FRANCK.

Action synergique des chlorhydrates d'adrénaline et d'éphédrine lévogyre. — MM. Léon LAUNOY et Pierre NICOLLE ont étudié chez le lapin l'action conjuguée des doses liminaires de ces alcaloïdes. Il résulte de ces recherches que, en présence d'une dose liminaire d'adrénaline, l'énergie potentielle de l'éphédrine est utilisée à son maximum. Cette synergie est seulement bien apparente, au moins chez le lapin, avec les doses liminaires des alcaloïdes étudiés. Si l'on dépasse les doses liminaires, l'action synergique peut être encore apparente, mais elle s'exerce principalement sur la durée de l'action, l'intensité pouvant au contraire être affaiblie. Avec les doses plus fortes on peut observer une inversion des actions.

CHRONIQUE

CONFÉRENCE FAITE A LONDRES SUR LES VARICES ET LES ULCÈRES VARIQUEUX

Par M. J.-A. SICARD.

La Royale Société médicale de Londres avait invité récemment le professeur Sicard et ses collaborateurs Forestier et Gaugier à présider la séance de la Société de dermatologie qui était consacrée au traitement des varices et des ulcères variqueux par la méthode des injections sclérosantes qu'il a préconisée depuis 1916.

M. le président Macleod, après avoir relaté la part de l'Ecole française dans la science dermatologique, donna la parole à M. Sicard, qui s'excusa de ne pouvoir faire sa conférence en anglais. Après avoir rendu hommage au grand Harvey, qui a été l'initiateur de l'étude de la circulation sanguine et du jeu des valvules veineuses, « son souvenir, dit-il, doit planer sur cette réunion »; il exposa devant l'amphithéâtre comble de la Royale Society, avec l'aide de schémas et de nombreuses projections, le procédé des injections sclérosantes.

Le docteur Forestier (d'Aix-les-Bains) résuma remarquablement les principaux points de la Conférence.

De nombreux membres de la Société royale de médecine, parmi lesquels Livingstone Higgins, sir Sydney Alexander, Goldsmith, Lévy, Beckett, Overy Payne, Sidney Thomson, etc., prirent part à la discussion. Les injections intravariqueuses de salicylate de soude sont adoptées par la grande majorité des dermatologistes anglais. Elles ont la priorité sur les autres liquides sclérosants essayés en Angleterre comme en France. Quelques membres du Congrès, cependant, utilisent dans des cas spéciaux les injections de quinine.

Voici le résumé du rapport de MM. Sicard, Forestier et Gaugier :

« CAUSES DES ULCÈRES VARIQUEUX. RÔLE DU TERRAIN. — Les ulcères variqueux évoluent sur un terrain prédisposé :

1° A un point de vue général humoral;
2° A un point de vue directement local.

1° *Les influences générales* sont celles du terrain variqueux, de l'hérédité variqueuse, de l'âge, du dysfonctionnement du système endocrino-sympathique ou végétatif (les glandes hypophysaires et génitales, ovariennes surtout, étant prépondérantes, les thyroïdiennes et surrénales jouant un rôle moins important). La syphilis héréditaire ou acquise peut exercer une action indirecte glandulaire ou directe locale. Les infections générales (fièvre typhoïde, fièvres éruptives diverses), les affections tuberculeuses, cancéreuses ne sont pas génératrices de varices ou d'ulcères variqueux.

La répercussion de ces influences générales sur les veines des membres inférieurs se fera, dans la plupart des cas, sous forme d'une double dystrophie régionale :

a. L'insuffisance pariéto-valvulaire de la veine;
b. L'insuffisance des tissus cellulaires de soutien périveineux (acrocyanose périmalléolaire).

2° *Les influences directement locales* sont d'ordre mécanique : compressions diverses du petit bassin qui s'exercent sur le système veineux de retour (phlébites anciennes, tumeurs, kystes, adipose excessive abdomino-péritonéale, constipation, etc.); la station verticale, puis les traumatismes cutanés ou osseux, les veinites hémorragiques et surtout les infections locales du tissu cutané (folliculite, eczéma, etc.) ou d'un segment de veine (veinite infectieuse).

***

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE. — Nous n'envisagerons ici que la classification thérapeutique pratique. A cet égard, il faut distinguer les ulcères postphlébitiques de ceux qui se développent sans antécédents phlébitiques.

1° *Le dystrophisme ulcéreux postphlébitique*, qui évolue sur un membre œdématié, avec plus ou moins de veinectasies de suppléance (veinectasies du membre inférieur ou du pubis), n'est justiciable, ni de la chirurgie, ni des injections sclérosantes, mais du repos, du massage, de la compression méthodique.

2° *L'ulcère variqueux sordide, serpigineux, de vieille date, bridé, ficelé avec sclérose ligneuse périphérique, phlébolithes et grand dystrophisme de voisinage* (eczéma, pigmentations, infections dermiques, folliculites avec ou sans périostite sous-jacente décelable à la radiographie, etc.) n'est également pas justiciable des injections sclérosantes, mais du repos, de la désinfection, de l'auto-vaccin ou du stock-vaccin, des rayons ultraviolets ou encore de la chirurgie (greffes, sympathectomie, incision circulaire, etc.).

3° *L'ulcère variqueux avec dystrophisme cutané petit ou moyen de voisinage* (sans symbiose syphilitique ou artéritique, sans athérome artériel) est consécutif à une plaque d'eczéma, à de la folliculite, à de la pyodermite, à des nodules cutanés pigmentés ou noirâtres de veinite infectieuse ou de veinite hémorragique. En dehors des opothérapies diverses, le traitement local sera alors divisé en deux étapes : *première étape*, désinfection de la plaie à l'éther, au goudron, à l'ichtyol, assèchement par l'air chaud, les rayons ultraviolets, la paraffine, utilisation de la compression méthodique élastique; puis, *deuxième étape, injections sclérosantes*.

4° *L'ulcère syphilo-variqueux* est parfois difficile à différencier des types précédents. Il s'accompagne cependant d'ordinaire d'une pénurie relative du champ variqueux, de la netteté de l'ulcération à pigmentation périphérique marquée et du peu de dystrophisme cutané infectieux de voisinage. Il est justiciable des traitements antisyphilitiques classiques, et accessoirement les injections sclérosantes.

***

TRAITEMENT. — Au cours des ulcères variqueux, non phlébitiques, la méthode sclérosante, telle que l'un de nous l'a fait connaître en 1916, donne des résultats tout à fait favorables. Nous utilisons surtout la solution salicylée sodique aux titres divers de 20, 30, 40, 50 et 60 p. 100 d'eau distillée. L'injection sera faite à la dose de 2 à 3 centimètres cubes environ dans les veines sus-jacentes à l'ulcère. Il faudra parfois rechercher attentivement par la palpation le canal veineux distendu sous-jacent à un tissu dermique épaissi. Au fur et à mesure de la prolongation du traitement, l'œdème s'efface progressivement, laissant alors apparaître avec plus de netteté tout le champ variqueux. Il est nécessaire, dans les cas d'ulcères plus encore que dans les varices simples, d'oblitérer toutes les dilatations variqueuses.

Il est évident que le nombre, la répétition des injections, le taux de la solution sodique doivent s'adapter à chacun des cas envisagés.

Nous avons essayé un certain nombre de liquides sclérosants : quinine, citrate de soude, solutions hypertoniques salées ou sucrées. Chacune de ces solutions est susceptible de scléroser les parois veineuses et d'amener la guérison consécutive. Les veines variqueuses sont en effet très susceptibles. Leur endothélium réagit facilement et rapidement vis-à-vis de tous les liquides irritants quels qu'ils soient, liquides caustiques ou liquides non isotoniques.

Il est à remarquer que, même au début d'un ulcère variqueux alors que l'eczéma est prédominant, l'injection scléro-

sante agit aussi bien sur le dystrophisme cutané de voisinage que sur l'ulcère lui-même.

*
* *

Conclusions. — Il apparaît donc que la méthode sclérosante — quel que soit le liquide employé dans ce but — est une thérapeutique très efficace pour le traitement des ulcères variqueux en général et des ulcères de dystrophisme moyen en particulier.

Nous avons traité plusieurs centaines de cas sans aucun incident, avec des succès constants. Les récidives sont rares. Elles sont du reste justiciables, elles aussi, de la même méthode sclérosante. »

*
* *

Le lendemain de la Conférence, un somptueux banquet, donné en l'honneur de MM. Sicard, Forestier et Gaugier, réunissait les membres de la Société de dermatologie anglaise au nombre desquels nous citons : Henry-C. Semon, H.-W. Wigley, E.-G. French, H. Adamson, A. Whitfield, Warren Low et Graham-Little, le grand francophile, un des fidèles de notre hôpital Saint-Louis, un ami de Fournier, Besnier, Brocq, Darier, etc.

Dans son toast, M. Sicard salua au nom de la Faculté de médecine de Paris la Société anglaise de dermatologie. Il exalta le tricentenaire d'Harvey et termina en rappelant la reconnaissance que gardent les élèves de Brissaud pour le grand chirurgien anglais Horsley. On sait que Horsley, à l'appel de Pierre Marie, traversa la Manche pour se rendre au chevet de Brissaud mourant et qu'il put atténuer ses souffrances. Ce sont des souvenirs que n'oublient pas les médecins français.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 25 juin. — Jury : MM. Roger, président; Couvelaire, Hartmann et Aubertin. — M. Fanjaud. Les sillons de la langue. Rapports avec la syphilis et l'hérédo-syphilis. — M. Nadji. Rétrécissement mitral d'après les signes physiques. — M. Vare. Vagotonie. Excitabilité cérébrale. — M. Delagenière. La chirurgie des tumeurs de la moelle. — M. Sevestre. L'inclusion intra-utérine de l'ovaire muni de son pédicule. — M. Giraud. Rétrécissements congénitaux du cordon ombilical. — Mlle Mercier. L'hématologie des hérédo-syphilitiques. — M. Surpas. Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Boucicaut en 1927.

Jury : MM. Ménétrier, président; M. Labbé, Lemierre et Loeper. — M. Rollet. La pathologie dans les eaux fortes de Jacques Callot. — M. Sempé. Rôle du pou dans l'étiologie du typhus exanthématique. — M. Boiffin. Etude comparée des vomissements avec acétonomie. — M. Lacave-Laplagne. Des hémorragies utérines dans les maladies du cœur. — M. Nicolaevitch-Kossovitch. Réaction de floculation des sérums syphilitiques par la méthode des mélanges antigène-résines. — M. Soria. Altérations. Modes de conservation des œufs. Intoxications par les gâteaux à la crème. — M. Veyssière. Etude de la staphylococcémie d'origine utérine. — M. Tomas Pastoriza. L'ulcère syphilitique de l'estomac.

Mardi 26 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Jeannin et Gatellier. — M. Maruamo. Etude clinique et radiologique des diverticules congénitaux du duodénum. — M. Ducreux. Etude de l'insufflation tubaire. Indications, contre-indications, etc. — M. Guérin. Pachysynovite hémorragique du genou. Etude des hémarthroses chroniques. — M. Moldasan. Etude des troubles de la castration féminine. Les bouffées de chaleur. — M. Scharjowicz. Etude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Hémorragie traumatique. — M. Apostolakis. La grossesse extramembraneuse. — M. Suzor. Etude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches.

Jury : MM. Desgrez, président; Jeanselme, Carnot et H. Labbé. — M. Julhien. Troubles digestifs dans l'éventration diaphragmatique. Raisons anatomiques. — M. Rosen. Sur la thérapeutique salicylée intraveineuse dans la maladie de Bouillaud. — M. Quereilhac. Troubles intestinaux et amibiase sous nos climats. — M. Betoule. La physiothérapie des prurits. — Mlle Cadot. La lutte contre les grandes endémies dans les colonies. Collaboration médicale et administrative. — Mme Courtine. Influence de l'insuline sur le métabolisme azoté. Rôle dans l'engraissement et l'amaigrissement.

Mercredi 27 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sebileau, président; Hartmann, Gosset, Bernard, Panisset, Moussu, Bresson, Robin et Coquot. — M. Brivois. Etude de la luxation coxo-fémorale chez le chien. — M. Stival. Etude des blessures des régions plantaires chez les bêtes bovines. — M. Bacigalupo. Diagnostic de la tuberculose des carnivores domestiques. — M. Sorripu. Sur le traitement chirurgical du cornage.

Jeudi 28 juin. — Jury : MM. Bezançon, président; Marfan, Nobécourt et Vaudescal. — Mlle Gorelik. Influence des saisons sur le développement du cranio-tabes. — Mlle Waynbaum. Les maisons maternelles. Leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile et l'abandon des enfants. — M. Dublineau. La lyse du bacille de Koch dans l'organisme. — M. Martin. Etude du rôle de la contamination de l'enfant dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. Rondepierre. Etude des pleurésies purulentes streptococciques et leur traitement. — M. Seroux. Le traitement sérique du tétanos. — M. Danhier. Etude du cœur dans les insuffisances. Respiration chez l'enfant.

Jury : MM. Teissier, président; Bernard, Claude et Lévy-Valensi. — Mlle Moret. La vaccinothérapie des méningites cérébro-spinales par l'endoprotéine méningococcique, en particulier chez l'enfant. — M. Sarraille. Dératisation par l'acide cyanhydrique dans les navires de la flotte de commerce. — M. Magnard. Etude du réflexe solaire dans la démence précoce. — M. Néron. L'enfant vagabond. — M. Picot D. Louvel. Etude de psycho-pathologie historique.

Vendredi 29 juin. — Jury : MM. Sebileau, président; Gosset, Strohl et Busquet. — M. de Fresquet. De la suspension du col utérin dans les prolapsus génitaux. — M. Lemariée. Les ondes entretenues dans le traitement des affections gynécologiques. — M. Sauvage. Les troubles de la coagulation sanguine et leurs conséquences chirurgicales. — M. Duranton. Etude radiologique du rocher et de la mastoïde. — M. Mesnard. Traitement de l'imperméabilité nasale et redressement de la cloison chez l'enfant par disjonction brusque des os maxillaires inférieurs. — M. Dubost. De la mesure de la conductibilité du corps humain en courants alternatifs de basse fréquence.

Samedi 30 juin. — Jury : MM. Cunéo, président; Lejars, Lecène et Terrien. — M. Bernardini. Etude des ostéomes de

l'ethmoïde. — Mlle SAYAG. Etude des abcès froids thoraciques. — M. CHAMPEVAL. Etude statistique et clinique de 70 fractures du maxillaire inférieur. Traitement simplifié. — M. GALTIER. Remarques sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes spermatiques. — M. LAMY-OGLIASTRI. La récupération fonctionnelle dans la tuberculose du genou chez l'enfant. — M. LASSAYS. Ligatures et résections veineuses associées à la sympathectomie péri-artérielle dans les artérites oblitérantes. — M. HUDELO. Le glaucome dans l'exophtalmos pulsatil. — M. NATTAF. De la vaccinothérapie dans les ophtalmies gonococciques.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Brumpt, Jeannin, Rathery, Moussu, Coquot, Maignon, Robin et Henry. — M. LANGLOIS. Etude de la strongalose gastro-intestinale du mouton. Traitement. — M. MONCHARMONT. Etude de la bronchite vermineuse des bovins. — M. DUTERRIER. Etude de la réaction Kottmann. — M. TEURFIK. L'hystérectomie abdominale des carnivores. — M. GARNIER. Etude du traitement des boiteries des régions supérieures des membres par les abcès artificiels. — M. BARRANGER. De la sédimentation spontanée du sang chez le cheval.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES [1]

D. Parmi ces lymphadénomes aleucémiques on faisait rentrer un type particulier qui doit en être distingué : c'est la **maladie de Hodgkin**, lymphogranulomatose maligne, adénite prurigène éosinophilique de Favre.

Les chaînes cervicales et peut-être le groupe inférieur sus-claviculaire sont intéressés avec prédilection ; atteinte bilatérale mais asymétrique dans la règle; les autres groupes ganglionnaires ne sont intéressés que plus tardivement.

Il faut rechercher :

a. Les manifestations cutanées. — La plus fréquente est le *prurit* précoce, intense, rebelle, entraînant souvent des lésions de grattage.

Mais on peut observer :

Des placards eczématiformes ou hyperkératosiques ;

Des éruptions papuleuses ou vésiculeuses;

Et même des lésions spécifiques : petits nodules granulomateux, durs, saillants, que l'on observe surtout à la face antéro-externe du thorax;

Des troubles pigmentaires enfin.

b. L'existence de poussées fébriles à type variable : continu, intermittent ou rémittent, mais qui paraissent généralement assez tardives dans l'évolution de l'affection.

c. Les modifications sanguines : leucocytose légère avec augmentation relative des polynucléaires et des éosinophiles.

L'examen histologique d'un ganglion prélevé par biopsie met enfin en évidence des éléments caractéristiques : Les *cellules de Sternberg* : grandes cellules à noyau volumineux, boursouflé et lobulé, ayant tous les caractères d'une cellule cancéreuse.

E. Il faut enfin compter avec ces tumeurs malignes que sont les **lymphosarcomes** : très rapidement un ganglion grossit, forme une tumeur généralement dure, bosselée, mal limitée dans ses contours; elle s'enfonce derrière la branche montante du maxillaire inférieur; elle adhère dans la profondeur aux muscles, aux vaisseaux, donnant des troubles de compression.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 48, p. 862, et n° 50, p. 903.

Elle adhère à la peau qu'elle envahit et qui rapidement s'ulcère.

La dureté même de la masse ganglionnaire,

La rapidité de son développement,

La tendance rapide à la fixité et à l'ulcération,

sont les caractères généraux de ces lymphosarcomes.

Ils se propagent peu aux autres groupes ganglionnaires mais peuvent donner des métastases à distance.

La formule sanguine est normale.

L'examen histologique révèle :

a. Soit l'aspect de sarcomes globo ou fuso-cellulaires;

b. Soit une infiltration par un élément mononucléé, plus volumineux que le lymphocyte normal, à caractères nettement sarcomateux.

Il faut, en terminant, insister sur l'importance du diagnostic pour fixer le **pronostic** et l'efficacité du **traitement**.

I. Dans les adénopathies tuberculeuses, en dehors du traitement général et climatérique, doivent être posées certaines indications thérapeutiques spéciales :

a. Rayons ultraviolets, radiothérapie, sur des ganglions jeunes, non caséifiés;

b. Injections modificatrices, suivies ou non de curettage ganglionnaire sur des ganglions ramollis, caséifiés;

c. L'exérèse chirurgicale n'est guère indiquée que dans les cas de tuberculose uni ou pauci-ganglionnaire très localisée, évoluant suivant un mode fibreux hypertrophique, et résistant à la radiothérapie. Il faut craindre toujours la possibilité de cicatrice chéloïdienne.

II. Dans les adénopathies syphilitiques, instituer un traitement spécifique.

III. Dans les lymphadénomes et la maladie de Hodgkin, la radiothérapie donne des résultats remarquables, mais généralement temporaires, et le malade doit être soigneusement surveillé.

IV. Quant aux lymphosarcomes :

a. Tout au début on peut tenter une intervention chirurgicale qui doit, pour avoir quelque chance de succès, être très précoce et complète;

b. Sinon, le lymphosarcome est justiciable de la rœntgenthérapie profonde; celle-ci entraîne une rétrocession rapide mais de courte durée; la récidive à brève échéance est de règle; on se heurte souvent alors à une radio-résistance invincible et l'évolution est rapidement fatale.

LIVRES NOUVEAUX

Les Progrès récents en thérapie endocrinienne (1), par P. CARNOT, P.-E. WEIL, E. GLEY, P. HARVIER, L. BINET, A. BAUDOUIN, L. HALLION, F. RATHERY, A. PÉZARD, H. VIGNES, R. GAYET, E. SERGENT.

Ce volume est la réunion des conférences faites au Cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Elles étudient les méthodes générales qui permettent de capter les sécrétions internes et de les utiliser comme médicament, soit en greffant des cellules capables de les sécréter (greffes, transplantations), soit en recueillant ces sécrétions dans le sang où elles sont versées (hémo et sérothérapie, transfusion du sang), soit en les extrayant des organes mêmes qui les élaborent et en les transmettant par voie digestive, interstitielle ou veineuse (opothérapie). L. G.

(1) In-8 de 293 pages avec 8 figures. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — Séance du 27 juin. — Question donnée : « Artère linguale sans histologie ni physiologie. »

Questions restées dans l'urne : « Rapports et physiologie de la trachée. — Anatomie descriptive du diaphragme sans les rapports. »

Pathologie médicale (composition écrite). — Séance du 28 juin. — Question donnée : « Diagnostic et pronostic des anuries. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic étiologique et valeur pronostique des hématuries. — Diagnostic différentiel et étiologique des épanchements liquides de la grande cavité pleurale. »

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance des 25 et 26 juin. — MM. Coliez, 14; Moutard, 11; David, 7; Marchand, 12; Kahn, 13; Le Goff, 12; Ordioni, 14.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — M. le docteur Bertin, médecin titulaire des hôpitaux de Lille, est nommé médecin honoraire.

M. le docteur Gernez, médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Lille, est nommé médecin titulaire, en remplacement du docteur Bertin.

La répartition des services est ainsi fixée : M. le docteur Duhot, médecin de l'hospice Gantois; MM. les docteurs Legrand, médecin, et Swynghedauw, chirurgien, à l'Hospice général; M. le docteur Crampon, médecin à l'hospice Stappaert et à la Maison A. Lemay; M. le docteur Auguste à l'hospice Comtesse; M. le docteur Gernez à l'hospice Baes.

— Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Lille s'ouvrira le lundi 26 novembre.

COLLÈGE DE FRANCE. — L'Académie des sciences vient de proposer, pour la chaire d'embryologie du Collège de France, M. Faure-Frémiet.

AVIS DE CONCOURS. — Il est ouvert à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 30 juillet, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé d'assurer les consultations des dispensaires antituberculeux de Thiers, Ambert, Issoire.

Traitement de début fixe : 30.000 fr. plus indemnités pour charges de famille et participation à une retraite, et 10.000 fr. pour les frais de déplacement.

Les candidats doivent être âgés de moins de cinquante ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose et maladies vénériennes.

— Un concours sur titres sera ouvert à la Préfecture d'Agen, dans la deuxième quinzaine de juillet, pour l'emploi de médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Le traitement et les avantages donnés à ce médecin spécialisé seront ceux prévus aux statuts, lorsque l'organisation des dispensaires sera définitive (30.000 fr., plus indemnités diverses avec progression).

Il n'y a actuellement qu'un seul dispensaire à Agen, et provisoirement le médecin ne recevra qu'une indemnité de 16.000 fr.

Conditions. — Etre Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

Adresser les demandes de candidature au Comité de défense contre la tuberculose, 3, rue Montesquieu, à Agen, ou au

Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

LES PHARMACIENS BIBLIOPHILES. — A l'issue de la dernière réunion de la Société d'histoire de la pharmacie, on a élaboré les statuts d'une nouvelle Société due à l'initiative de MM. Ch. Buchet, E.-H. Guitard, Sergent et Beytout. Il s'agit d'une « Académie de pharmaciens bibliophiles » qui n'admettra qu'une centaine de membres et s'occupera d'imprimer ou réimprimer richement de belles œuvres littéraires se rattachant autant que possible à la pharmacie.

Ces éditions de luxe, dont il sera tiré autant d'exemplaires — pas un de plus — qu'il y aura d'adhérents à servir, acquerront certainement une grande plus-value par la suite.

En France il existe seulement, croyons-nous, deux groupements analogues de bibliophiles, un de médecins, un d'avocats. Et l'on doit s'y inscrire plusieurs années à l'avance pour courir la chance d'y être admis. Ceux de nos lecteurs que la jeune Académie intéresse feront bien d'y adhérer avant que le chiffre limite ne soit atteint.

La cotisation annuelle est fixée à 300 fr., plus un droit d'entrée de 150 fr. dont sont dispensés les membres fondateurs qui s'inscrivent actuellement. — Inscriptions reçues par M. Guitard, secrétaire général de la S. H. P., libraire-éditeur, 6, passage Verdeau, Paris (IXe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — INSTITUT DU CANCER. (Directeur : professeur : G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement sur les méthodes de diagnostic et de traitement du cancer*, par MM. Roussy, Leroux, Oberling, Grandclaude, Héraux, Huguenin, professeur, agrégés et préparateurs de la Faculté de médecine; Chastenet de Géry, Mme Laborde, M. Peyre, chirurgien et chefs de laboratoire du Centre anticancéreux de Villejuif.

Ce cours aura lieu du 2 au 13 juillet. Il est destiné aux médecins français et étrangers et comprendra des séances cliniques et des démonstrations de laboratoire portant sur les méthodes actuelles de diagnostic et de traitement du cancer.

Les séances cliniques, avec présentation de malades, auront lieu tous les matins, à 10 h., au Centre anticancéreux de Villejuif.

Le droit à verser est de 200 fr.

On peut se faire inscrire dès maintenant auprès de Mlle Huré, secrétaire de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger, tous les jours (dimanches et samedis exceptés), de 9 à 11 h., et de 14 à 17 h., salle Béclard, à la Faculté de médecine.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-PLAGE. — *Treize leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques éléments d'orthopédie pratique*, du 16 au 28 juillet 1928, par M. le docteur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck; avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime; du docteur Mozer, chef de laboratoire de l'Hôpital maritime; du docteur Parin, chef de laboratoire de radiologie de l'Hôpital maritime; du docteur Lance, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades; et du docteur Ducroquet.

Les cours auront lieu l'après-midi, à 2 h., à l'Hôpital maritime.

Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions; confection d'appareils plâtrés et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc. La première réunion aura lieu lundi matin 16 juillet, à 9 h.

Droits d'inscription : 200 fr. Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime de Berck-Plage.

CHRONIQUE

DERNIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR MARFAN

Mardi, dernière leçon du professeur Marfan. Retenu par la cérémonie, dont nous rendrons compte dans notre prochain numéro, de la remise d'une médaille au professeur Cunéo, nous n'avons pu nous rendre aux Enfants-Assistés. Aussi bien, M. Marfan avait-il demandé que tout se passât dans l'intimité Son désir a été respecté. Mais nous nous en voudrions de ne pas dire aujourd'hui quel lustre il a jeté sur la pédiatrie française, de ne pas rendre hommage à son effort, de ne pas exprimer notre regret que l'heure de la retraite ait déjà sonné pour un tel maître.

Maître, il l'a été par l'étendue et par la solidité des connaissances, par sa puissance de travail qui lui a permis d'aborder la plupart des questions, par la méthode grâce à laquelle il savait tout classer, tout grouper, tout ordonner. Ils n'étaient pas longs à s'en rendre compte, ceux qui, au cours d'une conversation familière, découvraient que, chez lui, le grand médecin se doublait d'un lettré et que, s'il avait tout lu, il avait aussi tout retenu. Maître, il l'a été par l'éclat de son enseignement. Il était le professeur par excellence. Sa voix chaude et bien timbrée, la clarté qu'il excellait à répandre sur les sujets les plus obscurs, son art consommé de l'exposition lui avaient valu, depuis près d'un demi-siècle, une réputation mondiale. Combien de générations n'a-t-il pas nourries de sa parole! A combien ses conférences des Enfants-Malades, ses cours à la Faculté ou aux Enfants-Assistés n'ont-ils pas suggéré l'idée de réserver aux tout petits le meilleur d'eux-mêmes. Est-il un médecin d'enfants qui ne lui doive beaucoup, soit qu'il ait eu la bonne fortune d'être son élève, soit qu'il ait médité ce beau livre qui a pour titre : *Le Lait et l'allaitement*, soit qu'il ait eu l'occasion de s'inspirer des *Cliniques des maladies de la première enfance*? N'a-t-il pas été le « patron » de la plupart de ceux qui se sont fait un nom en pédiatrie : Louis Guinon, Aviragnet, Jules Renault, Apert, Zuber, Terrien, Guillemot, Jean Hallé, Weill-Hallé, Armand-Delille, Lemaire, Debré, Blechmann, à Paris, Leenhardt, à Montpellier? Maître, il l'a été par la conscience. Avec ses dons naturels, avec son expérience chaque jour accrue, il aurait pu improviser. Jamais il n'a pu s'y résigner. Aucune de ses leçons qui n'ait été soigneusement préparée, dont les éléments n'aient été patiemment recueillis, harmonieusement rangés, et dont le moindre détail n'ait été minutieusement vérifié! Maître, il l'a été, enfin, par la dignité de sa vie, tout entière consacrée à l'étude, par ce sentiment profond du devoir qui, en toutes circonstances, a dicté sa conduite. Que, vers lui, à cette heure décisive de sa carrière, montent notre respectueuse reconnaissance pour les services qu'il nous a rendus, notre espoir que, dans sa retraite, il pourra nous en rendre longtemps encore! Qu'à ceux qui voient dans la médecine, non quelque vil négoce, mais un sacerdoce, son nom soit donné en exemple!

L. BABONNEIX.

REVUE GÉNÉRALE

LES ALGIES DU TROU DE CONJUGAISON

Par M. P.-R. BIZE,
Interne des hôpitaux de Paris.

(TRAVAIL DU SERVICE DU PROFESSEUR J.-A. SICARD.)

A leur émergence de la moelle, racines antérieures motrices et racines postérieures sensitives avec leur ganglion se réunissent en un tronc commun, le nerf mixte rachidien ou radicule, à siège intraméningé baigné par le liquide céphalo-rachidien. Lors de la traversée du trou de conjugaison, le nerf abandonné par la méninge molle est tapissé seulement par la dure-mère, donc extraméningée : c'est le funicule, terme donné par J.-A. Sicard (funiculus = cordelette). Puis, enfin, les nerfs s'anastomosant, s'envoyant et recevant des fibres, constituent les plexus dont les branches terminales forment les troncs nerveux périphériques.

Cette systématisation est du plus haut intérêt : chaque siège pose en effet des problèmes tout différents, tant au point de vue clinique, diagnostique que thérapeutique : le *radicule* ressort de la pathologie méningo-médullaire, le *funicule* de la pathologie vertébrale et le *tronc* de la pathologie périphérique. C'est là un des grands mérites de J.-A. Sicard (1) d'avoir dissocié ces trois éléments de l'ancien grand groupe par trop confus des névralgies en créant de toutes pièces cette nouvelle entité morbide : la funiculite. Forme funiculaire de la sciatique, forme funiculaire du lumbago, forme funiculaire des algies cervicales, telles en sont les principales manifestations; le même processus s'applique sans doute à la névralgie faciale : un mécanisme semblable relie en effet entre elles toutes ces algies : la *névrodocite* vertébrale ou spondyl-arthrique.

Ces algies sont des plus fréquentes : la zone du trou de conjugaison, véritable canal de passage méningo-périphérique, constitue en effet un point particulièrement dangereux du trajet suivi par le nerf. Il y a à ce niveau une véritable intrication de causes de compression. J. Forestier (2) les a particulièrement bien étudiées dans sa thèse. C'est en premier lieu le canal osseux lui-même, véritable tunnel dont les parois sont inextensibles et exposées à des lésions multiples : stricture par traumatisme vertébral qui bascule le spondyle, déchire le ligament, tuméfie les articulations ou fracture les lames et les apophyses transverses ; inflammation des surfaces articulaires (spondyl-arthrite); ostéites infectieuses spécifiques, ostéites banales, ostéophytes rhumatismaux des spondyloses qui compriment les constituants de l'orifice : pédicules, corps vertébral, surfaces articulaires. Le contenu même du trou de conjugaison peut aussi être un agent de compression du nerf : plexus veineux dont la congestion, active ou passive, est susceptible d'exercer une influence sur les ganglions et les nerfs rachidiens qu'ils enveloppent étroitement; artères, vaisseaux lymphatiques qui viennent se jeter dans les ganglions paravertébraux et participent à leurs affections; enfin, la graisse épidurale elle-même dont J.-A. Sicard et Forestier ont montré le rôle important dans la pathologie de ce carrefour.

ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie des algies du trou de conjugaison, et c'est là leur caractéristique, résulte de l'association de deux ordres de symptômes : 1° symptômes vertébraux liés à l'arthrite apophysaire (spondyl-arthrite) et à son retentissement rachidien; 2° symptômes nerveux liés à l'irritation, la compression ou l'envahissement de l'élément nerveux : le funicule. C'est cette association qui permet la différenciation clinique de l'algie des funiculites de l'algie des radiculites; on pourrait, en effet, poser l'équation suivante : *Funiculite = symptômes de type radiculaire + symptômes vertébraux.*

Le type de l'algie du trou de conjugaison c'est la FUNICULO-SCIATIQUE, localisation particulièrement bien étudiée par J.-A. Sicard. Le rachis lombaire est en effet le pivot de toute la mobilité du tronc, c'est là que les mouvements de la colonne vertébrale sont les plus amples, c'est là qu'est supporté tout le poids du corps, aussi est-ce un véritable point d'appel pour tous les processus traumatiques, toxi-infectieux et diathésiques.

Rachialgie et *sciatalgie*, tel est le complexe douloureux pour lequel le malade vient consulter : le sujet souffre de sa colonne vertébrale, il indique du doigt le bas « des reins » dans la région médiane et parfois il précise le siège paramédian, à 2 ou 3 centimètres de la ligne des apophyses épineuses, localisant ainsi l'algie sur la ligne des apophyses articulaires. Mais la douleur ne reste pas localisée à la région médiane lombo-sacrée, elle irradie dans les membres inférieurs, descendant le long de la fesse, de la face postérieure de la cuisse, allant jusqu'au talon : véritable sciatique sur laquelle le malade attire avant tout l'attention. La douleur, qu'elle soit rachidienne ou sciatique, peut être d'intensité variable : sourde, lancinante ou au contraire aiguë, en éclair. Rarement de type continu, elle est bien plus souvent paroxystique, réveillée par un mouvement intempestif. Le tableau est donc celui d'une sciatique, mais, alors que dans une sciatique banale, tronculaire, la sciatalgie serait le phénomène principal, isolé, ici au contraire elle est associée à la rachialgie, et c'est cette rachialgie qui témoigne de l'atteinte funiculaire.

A l'examen de ces malades, deux ordres de symptômes sont également à noter : signes vertébraux, signes nerveux périphériques, tous signes qui confèrent au malade une attitude bien spéciale.

1° **L'attitude.** — Elle est en effet bien particulière : ces malades ont l'air timide, guindé. En cas d'atteinte bilatérale, c'est l'attitude en demi-flexion

avec effacement de la courbure normale des lombes, exagération de la cyphose physiologique du dos; en cas d'atteinte unilatérale, à la demi-flexion en avant s'ajoute l'inflexion vertébrale latérale du côté opposé à la douleur, véritable pseudo-scoliose, ou mieux déviation vertébrale.

Il s'agit là, comme le dit J.-A. Sicard, d'attitude antalgique dont le but est de mettre les articulations apophysaires en position de relâchement, d'ouvrir les trous de conjugaison; le sujet se penche du côté opposé à la douleur pour ouvrir les trous de conjugaison du côté malade, libérant ainsi le funicule; dans les sciatiques tronculaires, c'est l'inverse qui se produit : le sujet se penche du côté douloureux pour détendre le nerf. D'ailleurs, quand on essaye de corriger les attitudes antalgiques en redressant les malades, on provoque une douleur profonde paramédiane (spondyl-arthralgie) et très souvent en même temps une irradiation douloureuse dans le domaine du funicule intéressé : funiculo-sciatalgie dans le cas présent.

2° **Signes vertébraux.** — Le malade déshabillé, le premier symptôme qui frappe est la *déviation vertébrale*; les apophyses épineuses étant repérées au crayon, le dessin ainsi réalisé montre une véritable inflexion latérale croisée, et tandis que, dans les scolioses véritables, la ligne réalisée forme une courbure à grand rayon, dans le cas présent, au contraire, la courbe tend à l'angulation.

La *contracture* des muscles des gouttières vertébrales est le second symptôme. Cette contracture est plus ou moins intense suivant les cas; elle se manifeste à la vue par l'exagération de la saillie des muscles vertébraux et à la main par la fermeté et la dureté de leur consistance. Elle s'exagère quand le sujet se baisse, elle se relâche au contraire quand il est mis à plat-ventre. Elle prédomine du côté de la douleur, c'est-à-dire du côté opposé à la déviation, réalisant une véritable corde à la courbe que décrit la ligne des apophyses épineuses. C'est elle, enfin, qui empêche l'inflexion du rachis du côté opposé à la douleur.

Enfin, la pression et la palpation méthodique du rachis permettent de réveiller et de localiser la douleur en certains points d'élection; celle-ci ne siège pas sur la ligne des apophyses épineuses, mais bien à 2 centimètres de la ligne médiane : c'est le *point vertébral latéral*, ou point douloureux apophysaire, qui témoigne de l'atteinte articulaire.

3° **Signes nerveux périphériques.** — Ce sont à peu près ceux d'une radiculite; ils sont, en effet, caractérisés par leur *disposition en bandes métamériques :* longitudinales au niveau des membres inférieurs, en ceinture au niveau du tronc. Comme dans la radiculite, on peut noter de l'hypoesthésie, un peu d'atrophie musculaire ou tout au moins une légère hypotonie et parfois l'abolition d'un réflexe tendineux correspondant. Dans le cas particulier de l'algie sciatique funiculaire, ces troubles consisteront en un peu d'hypoesthésie ou d'hyperesthésie sur le versant externe du tiers inférieur de la jambe et sur le bord externe du pied, l'abolition du réflexe achilléen homolatéral et parfois une certaine atrophie ou hypotonie musculaire dont le meilleur témoin est le signe du talon de J.-A. Sicard (3).

Quelques modalités un peu spéciales peuvent permettre néanmoins la différenciation : 1. jamais dans les funiculites les troubles radiculaires ne sont aussi intenses que dans les radiculites véritables intraméningées; jamais il n'y a de longues bandes d'anesthésie, jamais il n'y a de gros troubles trophiques, de modifications massives des réflexes; « toute funiculite s'accompagnant de troubles moteurs prédominants n'est pas une funiculite simple »; 2. exagération des phénomènes douloureux par l'inflexion homolatérale du rachis; 3. exagération des phénomènes douloureux par la toux, épreuve qui, pour J.-A. Sicard, serait beaucoup plus constante dans la funiculite que dans la radiculite; sous l'influence de la toux, en effet, les plexus veineux rachidiens deviennent turgescents et, partant, compriment le nerf; d'ailleurs, dans certaines radiculites absolument typiques comme celles du tabes, il est exceptionnel que la toux soit capable de réveiller la douleur fulgurante ou la crise gastrique.

Enfin, à l'inverse des algies tronculaires, les manœuvres d'élongation nerveuse (signe de Lasègue) ne créent pas de paroxysmes douloureux, pas plus que la pression au niveau de certains points schématiquement électifs (points de Valleix).

La région lombo-sacrée, nous en avons vu les raisons, est la zone d'élection des algies du trou de conjugaison. Mais tous les autres segments de la colonne vertébrale, quoique avec une fréquence moindre, peuvent également être atteints.

Dans la région dorso-lombaire, c'est le *lumbago*, avec sa raideur vertébrale telle que le tronc est comme soudé et que les malades marchent « pliés en deux », redoutant de se redresser; la douleur est lombaire, d'où le nom de lumbago, et les malades disent volontiers qu'ils ont mal « aux reins »; cette douleur, en outre, irradie en ceinture; prenant l'allure constrictive, cette irradiation résultant de l'atteinte funiculaire.

La manifestation la plus habituelle en est le lumbago essentiel ou rhumatismal dont le tableau clinique, admirablement brossé par J.-A. Sicard et Forstier (4) est, d'après ces auteurs, le suivant : Quelques prodromes précèdent parfois l'apparition des douleurs; c'est le plus souvent une raideur anormale qui s'exagère d'une manière inopinée à l'occasion de mouvements à l'ordinaire bien supportés : acte de se lever, de soulever un objet... Dans d'autres cas, il y a véritablement un effort anormal. Puis la douleur atteint son paroxysme, la raideur lombaire est intense, bloquant le tronc du malade en demi-flexion, faisant saillir sous la peau les masses lombaires contracturées et séparées l'une de l'autre par le profond sillon de la ligne épineuse. Après une phase aiguë d'une durée variable, l'accalmie survient; la flexion rachidienne redevient possible, le malade peut commencer à s'essayer à marcher; le critère de la guérison est le redressement

de l'attitude, et pendant quelque temps il ne présente plus qu'un peu de douleur à la pression au niveau des points apophysaires.

Parfois, la crise est véritablement dramatique (*crise de lumbago tétaniforme*); brusquement, en cherchant par exemple à soulever du sol un fardeau volumineux et pesant, le malade pousse un cri et s'arrête, fixé dans son attitude primitive, immobilisé par l'intensité de la douleur. Puis, presque aussitôt, surviennent des secousses tétaniformes, l'ensellure lombaire se creuse; c'est un véritable spasme de raidissement d'ensemble des plus douloureux et qui persiste une minute environ. La détente se produit, mais pendant une dizaine d'heures les accès tétaniformes se répètent toutes les cinq à dix minutes.

Enfin, dans certains cas, la crise aiguë au lieu de se calmer persiste, tantôt d'une manière absolument continue, tantôt par poussées successives, déclanchées par la moindre cause occasionnelle; parfois aussi, c'est chroniquement d'emblée que les algies se manifestent.

Dans la région dorsale, l'arthrite funiculaire se traduit par la *névralgie dite intercostale*, névralgie dont on ne trouve la cause ni à la plèvre, ni au foie, ni à l'aorte, ni à la petite courbure, ni dans un zona.

Les douleurs souvent unilatérales, sont souvent de type continu; elles sont augmentées par les mouvements respiratoires et la pression en certains points électifs (point antérieur, moyen, postérieur de Valleix) et qui correspondent à l'émergence des branches perforants.

Elles peuvent s'accompagner de tachycardie et de palpitations d'origine réflexe qui ajoutent encore à l'inquiétude des malades.

Les névralgies cervico-brachiales doivent toujours inciter à examiner le rachis cervical et ses trous de conjugaison. Contrairement à la sciatique, elles sont presque toujours symptomatiques, traduisant l'existence de lésions vertébrales, de réactions méningées avec radiculite. Il existe cependant des névralgies dites essentielles, de nature arthritique et comparables à la sciatique essentielle.

Le malade vient consulter le cou soudé, la tête rejetée en arrière; parfois il accuse un torticolis quand l'arthrite est unilatérale. Les symptômes funiculaires ont ici une allure un peu spéciale, si la douleur est toujours le symptôme dominant, elle s'accompagne encore de paresthésies de la main et de quelques manifestations dysesthésiques et même de troubles moteurs parfois assez importants : atrophie de l'éminence thénar, de l'éminence hypothénar voire main de singe, avec abolition ou inversion des réflexes correspondants; on pourrait même observer un véritable syndrome oculo-pupillaire.

A. Léri (5) a rapporté de nombreux exemples de ces faits et qui sont imputables au rhumatisme chronique cervical; la pathologie de guerre en a fourni de nombreux cas, symptomatiques de ce qu'on appelait alors la « pathologie du dos ».

Le *rachis sous-occipital*, lui aussi, peut donner lieu à des névralgies funiculaires, dont la plus connue est celle du grand nerf occipital d'Arnold.

Elles se traduisent par des douleurs d'un type assez spécial : elles se localisent au territoire cutané du nerf, à la partie postérieure du crâne, s'étendent parfois jusqu'au vertex et à la région rétro-mastoïdienne, envoyant même des irradiations douloureuses dans les muscles du cou. Elles s'accompagnent souvent de contracture des muscles du cou, réalisant un véritable rétro-colis.

Y a-t-il en même temps une anesthésie nuchale en selle, il faut soupçonner le Pott sous-occipital; la névrodocite rhumatismale simple siège plutôt au niveau du passage des nerfs d'Arnold à travers les boutonnières des muscles et aponévroses de cette région.

DIAGNOSTIC

Quel que soit leur siège, et malgré quelques différences topographiques inhérentes à leur localisation, toutes les algies du trou de conjugaison présentent le même ensemble symptomatologique dont les caractéristiques sont, résumons-les, les suivantes :

1° Dualité de la douleur, qui est à la fois rachidienne ou plus exactement spondylarthrique et à la fois funiculaire.

2° Signes d'atteinte du trou de conjugaison : douleur à la pression paravertébrale, contracture homologue et déviation vertébrale croisée : véritable triade pathognomonique.

3° Signes d'algies funiculaires avec ses caractéristiques : exagération de l'irradiation douloureuse par l'inflexion homolatérale du rachis; exagération de cette même douleur par la toux; inconstance des réveils algiques par les manœuvres d'élongation nerveuses semblables à celle de celle de Lasègue; faible intensité des troubles de la sensibilité objective, de la réflectivité et de la tonicité musculaire.

Ce sont ces signes positifs qui, cliniquement, permettent souvent à eux seuls de localiser la cause de la douleur au trou de conjugaison.

Il faut tout d'abord éviter de confondre les algies funiculaires avec les algies viscérales du territoire correspondant : algies des ulcus gastro-duodénaux, des coliques vésiculaires, urétérales et intestinales, des néo-thoraco-abdominaux, de l'angor pectoris et de la pleurodynie : un examen local attentif des différents viscères abdominaux s'impose donc avant tout.

Les douleurs étant rapportées au système nerveux ce sont alors les gros diagnostics de radiculite, de tronculite (6), d'algie médullaire qui se posent; ils sont parfois délicats; nous avons déjà esquissé les principaux éléments.

On peut schématiquement les résumer ainsi dans le tableau suivant :

ALGIES TRONCULO-PLEXULAIRES	ALGIES FUNICULAIRES	ALGIES RADICULAIRES	ALGIES MÉDULLAIRES
Disposition tronculaire ou plexulaire des troubles sensitivo-moteurs.	Disposition métamérique ou radiculaire.	Disposition métamérique.	Disposition métamérique. Intensité extrême des douleurs.
Troubles sensitivo-moteurs objectifs peu intenses.	Peu intenses.	Très intenses.	Aucun trouble sensitif objectif.
Aucune influence de la toux.	La toux exagère la douleur.	Inconstant.	Grosse influence de la toux et des troubles vaso-moteurs.
Inflexion vertébrale *homologue.*	*Croisée.*	Rachis normal.	Rachis normal.
Points douloureux sur le trajet du nerf (Valleix).	Points douloureux juxta-vertébraux.	Pas de points douloureux nettement localisés.	Pas de points douloureux localisés.
Signe d'élongation douloureuse du nerf (Lasègue).	Inconstance.	Inconstance.	Pas d'augmentation des douleurs à l'occasion des mouvements.
Liquide céphalo-rachidien : aucune réaction.	Dissociation albumino-cytologique.	Parallélisme albumino-cytologique.	Parallélisme albumino-cytologique.

Deux affections peuvent, en outre, plus spécialement induire en erreur, en ce qui concerne surtout les algies lombo-sciatiques :

1º L'arthrite sacro-iliaque, avec ses points douloureux bilatéraux au niveau des fossettes sacro-iliaques la difficulté de passer de la position assise à la position debout, la pression douloureuse des ailes iliaques par la manœuvre du rapprochement;

2º Le « lumbago xanthochronique » [Sicard, Lermoyez et Laplane (7)] avec sa forte dissociation albumino-cytologique, son liquide xanthochromique, l'accrochage lipiodolée et qui relève d'un neurogliome radiculaire. (*A suivre.*)

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE (1)

(Bucarest-Constantza, 21-27 mai 1928)

Par le professeur RATHERY.

Nous revenons du Ve Congrès international de thalassothérapie les yeux éblouis de ce que nous avons vu, et le cœur profondément ému de ce que nous avons ressenti. Ce Congrès ne fut, en réalité, qu'un hymne ininterrompu d'amour et de reconnaissance pour notre pays. Partout, à chaque pas, nous avons senti vibrer l'âme roumaine si proche de la nôtre, que ce soit dans les petits villages traversés où les arcs de triomphe, les chants, les danses accueillent notre venue, que ce soit dans la capitale, dans les milieux officiels, ou au sein des familles roumaines, un mot revenait sans cesse, infiniment doux pour nous : Vive la France! Nous avions, nous Français, la sensation d'être chez nous, au milieu de compatriotes et d'amis très chers, c'est la douce France que nous retrouvions à l'autre bout de l'Europe, avec les mêmes délicatesses de sentiments exprimés sans ostentation inutile, sans fracas, le même amour de la franchise et de la netteté.

Les Roumains n'oublient pas les sacrifices communs consentis pendant la Grande Guerre, les tombes de nos médecins et de nos soldats venus pour aider les vaillants alliés roumains; ils ne cessent de nous le prouver par de délicates et touchantes attentions : les Français admirent le beau geste si patriotique du roi Ferdinand, de ce grand monarque qui sut faire taire ses inclinations familiales et tout sacrifier à sa patrie. Ils unissent dans un même sentiment de respectueuse admiration le roi défunt et S. M. la reine Marie, auguste présidente d'honneur de la Société d'hydrologie et de climatologie médicale, et ils adressent au jeune roi Michel tous les vœux qu'ils forment pour un règne long et prospère.

La Roumanie a triplé d'étendue; elle constitue actuellement un grand pays bordé par bien des voisins qui ne sont pas sans lui donner quelque inquiétude. Souhaitons à cette nation sœur que nous aimons profondément, la paix féconde et bienfaisante qui lui rende aisé le développement de son génie national.

La Délégation française était de beaucoup la plus nombreuse, nous sommes heureux de le reconnaître. Comme le faisait remarquer durant le Congrès un de nos amis roumains, ce Congrès international fut avant tout un Congrès franco-roumain. Cependant, nous comptions, en dehors de l'élément français, quelques personnalités étrangères dont l'amitié pour la France est bien connue. L'Italie avait comme délégués officiels l'illustre Maragliano (de Gênes), toujours jeune malgré son grand âge, toujours éloquent, et le professeur Ceresole (de Venise), si spirituellement aimable et qu'on a tant de plaisir à retrouver.

La Belgique était représentée par le docteur Delchef, chirurgien de la clinique maritime de Coq-sur-Mer, toujours prêt à payer de sa personne et à marcher de l'avant.

Le délégué officiel de la Pologne était le très aristocratique comte Czembek, ministre de Pologne à Bucarest, dont la fine silhouette était si sympathique aux Roumains et aux Français.

L'Egypte avait envoyé comme délégué officiel le docteur Nagiub Iskender, député, dont l'amabilité et la bonne grâce étaient bien connues de la caravane.

La Délégation française était présidée par le professeur Marcel Labbé, président du Comité permanent de l'Association internationale de thalassothérapie; la Faculté de médecine de Paris avait comme délégués officiels le professeur Marcel Labbé, le professeur Francis Rathery et le professeur agrégé Laignel-Lavastine.

Un grand nombre de nos Sociétés scientifiques françaises avaient envoyé des délégués : l'Académie de médecine le professeur Marcel Labbé; l'Institut d'hydrologie, le professeur Francis Rathery; la Société médicale des hôpitaux, le docteur Armand-Delille; la Société nationale de chirurgie, le docteur Etienne Sorrel; la Société de neurologie, le professeur agrégé Laignel-Lavastine; l'Office national du tourisme, M. Francisque Regaud; la Société d'hydrologie de Paris et le Touring Club de France, le docteur Baudouin, vice-président du Comité permanent de l'Association internationale de thalassothérapie; l'Association pour le développement des sciences, le docteur Satre; la Société médicale du littoral méditerranéen, le docteur Bufnoir.

(1) *Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*

Parmi les autres noms français que je ne peux citer tous, nous trouvions les docteurs Daulnoy, Estrabaut, Hervé, Gaston Houzel, Jumaud, Pamart, Satre, Vadon. Un certain nombre de dames avaient accompagné les congressistes : Mme Bigot, Mme la doctoresse Cange avec M. Cange; Mmes les docteurs Chenier et Germain, Mmes Houzel, Lanrezac, Francis Rathery, Satre, Vadon, ainsi que Mlles Bufnoir, Estrabaut, Jumaud, Laignel-Lavastine.

Le Comité roumain avait à sa tête M. Inculetz, ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale, le professeur Angelesco, ministre de l'Instruction public, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui, malgré ses occupations politiques absorbantes, fait chaque matin son service hospitalier, et de très nombreuses personnalités politiques et médicales, parmi lesquelles nous citerons M. Bals, président de la Croix-Rouge, et Mme Bals, dont le nom est si populaire en Roumanie et qui préside avec tant de dévouement la Société contre la tuberculose infantile, le professeur Cantacuzène, que nous avons tant de plaisir à voir souvent en France à nos réunions scientifiques, et qui depuis le grave accident dont il a été victime il y a plusieurs mois, et dont la nouvelle nous avait profondément émus, fait montre de la plus belle énergie en assistant à nos réunions appuyé sur ses deux cannes et soutenu par deux soldats, le professeur Damel, le professeur Danielopolu, et tant d'autres qui sont des amis que nous retrouvons avec joie. Le Bureau du Ve Congrès a comme président le professeur Theohari, dont tout le monde admire l'extrême affabilité.



LE PROFESSEUR THEOHARI.

Beaucoup d'entre nous connaissaient à Paris le professeur Theohari, aux temps déjà lointains où il était interne des hôpitaux, et ils regrettent de ne pas l'y retrouver plus souvent. Malgré de très graves préoccupations de santé familiale, le professeur Theohari a tenu à présider le Congrès et à assister aux séances; nous avons été fort heureux d'apprendre à la fin du Congrès que ses soucis étaient écartés. Les vice-présidents étaient le professeur Lalou Socrate, que nous avons connu autrefois au Collège de France; le professeur Cratzoschi, M. Frumusanu, le professeur Niculesco; le secrétaire général, le docteur Michailesco; les secrétaires, les docteurs I. Daniel, Lambru, Margulius, G. Glumbea, Tataranu; le trésorier, le docteur Margulius; la propagande était dirigée par le docteur N.-G. Lupu, délégué de l'Association de la Presse médicale roumaine.

Les congressistes ont pu admirer sans réserves toute l'organisation des journées du Congrès; organisation tout particulièrement délicate, car les excursions étaient nombreuses et très variées, et on avait voulu très sagement, en dehors des séances de travail du Congrès, nous montrer les richesses hydrologiques et climatologiques du pays. Nous devons une toute particulière reconnaissance au général Vicol et au professeur Niculesco; ils ont été sans cesse sur la brèche pendant toute la durée du Congrès, et nous nous rendons compte de tout le formidable travail préparatoire qu'ils ont dû dépenser pour arriver à un semblable résultat. S'il est vrai que le Ve Congrès de thalassothérapie ait été le premier Congrès scientifique qui se soit passé en Roumanie, on peut dire que nos amis roumains se sont révélés des organisateurs remarquables, et il ne nous reste plus à souhaiter que de voir d'autres Congrès scientifiques se réunir en Roumanie.

Nous ne saurions oublier le Comité des dames roumaines, ayant à sa tête Mme Cantacuzène et Mme Vicol. Nous sommes certains d'être l'interprète des femmes et des filles des congressistes en leur disant combien elles ont été touchées de leur gracieux accueil, et de tout le mal que ces dames se sont donné pour faire admirer aux Françaises toutes les curiosités et les beautés de leur pays. Mme la doctoresse Haram fut pendant toute la durée du Congrès la complaisance même et nous lui adressons ici tous nos vifs remerciements.

Partis de Paris avec l'Orient-Express, le samedi 19, nous arrivons après deux nuits de chemin de fer le 21 à la frontière roumaine, et c'est dès le début l'enchantement qui commence. A Kikinda, à la frontière yougo-slave, un commandant vient saluer les congressistes au nom de la Yougo-Slavie, et le commissaire du district roumain le plus proche nous apporte les souhaits de bienvenue de la Roumanie. Nous entrons en Roumanie à Jimbolia : les paysans sont massés sur le quai, les femmes en grand costume national; la directrice d'école



SUR LE QUAI DE LA GARE DE JIMBOLIA.

amène tous ses enfants des fleurs à la main. Le général Vicol, accompagné de Mme Vicol et de Mme la doctoresse Haram sont là; ils ne nous quitteront plus, compagnons fidèles jusqu'à la fin du Congrès. Les autorités de la ville nous souhaitent la bienvenue; le docteur Baudouin, vice-président du Comite

permanent, remplaçant le professeur Marcel Labbé qui nous a rejoints plus tard, et le professeur F. Rathery remercient en quelques mots émus; des chants populaires, des fleurs, des costumes pittoresques, des arcs de triomphe, la joie sur les visages, les vivats et les acclamations, nous allons retrouver tout cela à chacune des stations, et rien ne nous touchera davantage que cet hommage ému de la Roumanie à la France acclamée par toutes les bouches. A Timisvara (ancien Temesvar), M. le médecin chef de la ville Prosteau, le docteur Gabor, président des médecins de la ville, nous disent toute leur joie de nous recevoir. Le consul français, M. Boullen, est venu très aimablement se joindre aux autorités roumaines, et la musique militaire massée dans la gare nous joue des airs entraînants. Vers 1 heure, nous arrivons à la station de Baile-Herculeane et des automobiles nous conduisent à la station thermale distante de 3 à 4 kilomètres. A peine arrivés, c'est le banquet à 11 heures du soir : nous faisons connaissance avec la tuica et le sterlet du Danube; pendant tout le dîner nous entendons des chœurs admirables transylvains dirigés par M. Vidu; les femmes en grand costume marient leurs voix admirables à celles non moins belles des hommes, c'est un régal artistique de toute beauté. Le banquet fini, il nous faut aller assister dans la salle voisine aux danses si curieuses des paysans et des paysannes et nous ne résistons pas à ce plaisir des yeux, bien que deux nuits de sleeping ne nous aient procuré qu'un repos tout relatif. On regagne les chambres à 3 heures du matin et le lendemain, à 7 heures, la visite commence, après le petit déjeuner pris au grand air sur la terrasse de l'établissement.

Les *bains d'Hercule* sont des thermes anciens : il y a près de deux mille ans que les bains d'Hercule sont connus dans l'histoire; les sources thermales sont situées dans la splendide et pittoresque vallée de la Cerna; ce sont des sources chaudes (45° à 50°), riches en chlorures (6,21) et renfermant de l'hydrogène sulfuré libre. Nous visitons les différents établissements, les uns modestes populaires : Ferdinand, Hercule, tout petits; Illeana, plus étendu et datant de cent ans; les autres luxueux et confortables comme Régina Maria avec toutes les installations physiothérapiques nécessaires. Il existe un vaste hôpital militaire. On soigne aux bains d'Hercule le rhumatisme sous toutes ses formes, la goutte, certaines affections cutanées, la syphilis. Après la prise de nombreuses photographies, nous partons, à midi, le 22, pour Orsova. Nous arrivons sur les rives du Danube, et nous embarquons pour parcourir en bateau, au son d'une musique militaire qui s'installa à notre intention dans le vapeur, d'abord les imposants défilés de Kazan (« le chaudron », en turc), gorge étroite dans laquelle le Danube se précipite enserré par le rocher de Kazan. Nous descendons ensuite le fleuve, apercevons sur le bord la Tabla Trajana, et arrivons à la célèbre passe des Portes de fer (en turc, « Damir Kapou ») qui n'est en réalité qu'un chenal étroit entre des rochers qui ne font qu'affleurer l'eau. Nous débarquons à 6 heures à Turn-Severin, où un banquet nous est servi par les jeunes élèves, en grand costume, de l'école ménagère, qui nous ont préparé un succulent dîner. A 22 heures nous reprenons notre train pour *Bucarest* où nous arrivons le 23 mai, de bon matin. A 11 heures nous nous rendons au Palais de l'Athénée où doit avoir lieu la grande *séance d'ouverture*. Dans cette salle magnifique, luxueusement aménagée, le professeur Theohari prononce son discours dans le français le plus châtié, en commençant spirituellement par mettre la thalassothérapie sous le patronage de la marquise de Sévigné.

Nous entendons successivement les discours du ministre de la Santé publique, M. Inculetz; du délégué de l'Académie roumaine, le professeur Marinescu; du délégué de la Société d'hydrologie, le général Vicol; du délégué du Service de santé militaire, le colonel-docteur Michailescu; du délégué italien, le professeur Maragliano. Le chef de la délégation française, le professeur Marcel Labbé, en termes excellents, montre les liens étroits qui nous unissent au peuple roumain, liens qui se sont resserrés encore dans ces dernières années où certains des nôtres parmi les plus brillants, comme le regretté Clunet, ont payé de leur vie l'aide fraternelle qu'ils ont apportée à nos frères roumains pendant la Grande Guerre. Le professeur F. Rathery prend la parole au nom de l'Institut d'hydrologie qui a tenu à ce qu'un de ses directeurs vienne en personne le représenter au Congrès de Bucarest. Puis successivement nous entendons le docteur Armand-Delille au nom de la Société de pédiatrie et de la Société médicale des hôpitaux; le docteur Etienne Sorrel, dont le nom est si cher aux Roumains avec lesquels il a passé de longs mois pendant la guerre, au nom de la Société de chirurgie; le professeur agrégé Laignel-Lavastine, au nom de la Société de neurologie; le docteur Delchef, au nom de la Belgique; le docteur Baudouin, au nom du Touring-Club et de l'O. N. T.; le docteur Bufnoir, au nom des médecins du Littoral méditerranéen; le docteur Nagiub Iskender, au nom de l'Egypte.

A midi, le professeur Theohari réunit les membres du Congrès à l'Athénée-Palace, dans un banquet amical.

A la fin du banquet, une douloureuse nouvelle, murmurée à l'oreille de quelques-uns d'entre nous, vient attrister notre fête. M. Francisque Regaud, directeur de l'O. N. T., vient d'être trouvé mort dans sa chambre d'hôtel. Nous allons, avec le ministre Angelesco, le général Vicol et le docteur Baudouin, constater la triste réalité.

Regaud, ancien député de Lyon, venait d'être nommé il y a à peine un an à la direction de l'O. N. T. Homme de devoir, il avait pris très à cœur ses fonctions, et nous avions tous admiré sa mâle énergie, sa belle foi enthousiaste et son exquise amabilité. Gravement intoxiqué par les gaz pendant la guerre, sa santé restait très chancelante. Malgré les pressantes supplications de ses proches, il refusait de se ménager et il avait tenu, malgré des avertissements graves tout récents, à faire le voyage de Roumanie. Déjà souffrant au départ de Paris, il est venu mourir seul dans une chambre d'hôtel, loin de ses multiples amis qui étaient là pourtant, ignorant sa présence. Toute la délicatesse de nos amis roumains n'a pu nous empêcher de regretter, hélas, de ne pas trouver dans la représentation officielle de la France en Roumanie ce que nous étions en droit d'en attendre. Jetons un voile sur ce pénible incident pour ne conserver que le souvenir ému de toutes les manifestations de sympathie douloureuse qui nous sont venues de nos amis roumains. Le ministre Angelesco a décommandé immédiatement le banquet qui devait avoir lieu le soir même; nous voudrions lui redire encore, ainsi qu'au directeur de l'Institut médico-légal et à la haute magistrature du pays accourus auprès de notre regretté ami, toute notre profonde reconnaissance.

Le 24, après un petit déjeuner au pavillon de cure aux eaux minérales dans le superbe parc de Cismiglu, nous allons visiter la très belle exposition nationale balnéaire, touristique et climatique qui est l'œuvre du général Vicol; à 10 heures, nous nous rendons à la tombe du Soldat inconnu roumain. Par suite d'une coïncidence fort heureuse, c'est aujourd'hui le grand jour de la célébration de l'exaltation du Soldat inconnu roumain. Mais nos frères roumains n'oublient pas que sur la terre roumaine bien des soldats reposent, et le général a tenu à déposer une couronne au pied du monument du Soldat inconnu français. Devant ce groupe de marbre d'une tragique beauté nous nous recueillons quelques instants, profondément émus; ceux des nôtres qui ont payé de leur vie l'aide qu'ils sont venus apporter à leurs frères roumains ne reposent pas sur une terre étrangère; que leurs familles soient assurées qu'ils ont trouvé ici une nouvelle patrie, et que le sol qui les recouvre est bien le même que celui de leur patrie; leurs tombes seront entourées d'un pieux respect, et le souvenir de leur sacrifice ne périra pas; le noble pays pour lequel ils ont fait le sacrifice de leur vie a un cœur qui bat à l'unisson du nôtre.

La tombe du soldat roumain est dans un site grandiose qui domine toute la ville; d'une simplicité impressionnante, la flamme ne cesse de jaillir de l'urne funéraire comme à Paris sous l'arc de triomphe. Nous assistons au service religieux, fait avec toute la pompe magnifique de la religion orthodoxe; les drapeaux déchirés, glorieux lambeaux, s'inclinent sur la pierre tombale, et au son d'une marche funèbre, cadencée par les tambours voilés de crêpe, des délégations, des enfants des différentes écoles, des pupilles de la Nation, des orphelins de guerre, viennent jeter pêle-mêle sur la tombe des bouquets de fleurs qui s'amoncellent et recouvrent peu à peu le tertre funéraire, sublime hommage de l'enfant envers son père peut-être, héros inconnu mort pour la défense du Droit et de la Liberté. Les délégués français ont tenu à apporter leurs fleurs en témoignage de pieux respect et d'admiration pour le soldat roumain, mais ils ont voulu le faire discrètement, sans troubler la belle ordonnance de la fête funèbre, et dans quelques jours, deux de leurs représentants, MM. Marcel Labbé et Sorrel, viendront déposer sur la tombe qui recouvre le héros inconnu le modeste hommage de notre respect.

Le soir, à 21 heures et demie, au palais de l'Athénée, un festival de gala est donné en l'honneur des congressistes. Par une attention qui nous a profondément touchés, les organisateurs du Congrès nous avaient proposé, par suite du deuil qui frappait la délégation française, de ne pas donner le festival. Notre président a très justement répondu que nous étions très sensible à cette démarche, mais qu'il s'agissait d'un Congrès international, et que nous ne voulions pas que les artistes qui s'étaient si aimablement dépensés pour assurer le festival vissent tous leurs efforts ainsi dépensés en pure perte. Nous avons applaudi le talent si fin et délicat de Mme Michailesco, la femme de notre confrère, et de sa fille, la délicieuse petite Doïna Nora, âgée de six ans qui, avec sa mère, nous a fait applaudir son étonnante virtuosité; une jolie poupée fut la récompense accordée à la charmante enfant. Mme A. Ferraro de l'Opéra, M. Folesco de l'Opéra, le quatuor Theodoresco, de la société chorale Carmen, sous la direction du professeur Kiresco, le pianiste V. Pessione, constituaient les numéros de ce magnifique programme, composé en grande partie d'œuvres roumaines voisinant avec de la musique de Dubussy, de Rameau, d'Haselmans, de Petrini et de Haydn.

Nous devions quitter Bucarest le lendemain matin 25. Un certain nombre d'entre nous avaient tenu à visiter certains des grands centres scientifiques de Bucarest, mais hélas, le temps nous était bien limité, et c'est à regret que nous n'avons pu que rendre de brèves visites à certains maîtres amis ou à des anciens collègues d'internat.

Il est difficile d'imaginer plus belle installation que celle du professeur Cantacuzène, ses laboratoires peuvent être cités comme modèles, et le professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris regardait avec quelque envie la file ininterrompue de ces salles de travail éclairées, bien aérées, de ces chenils tenus avec une propreté rigoureuse, de ces bibliothèques, de cette riche documentation dont la très distinguée et très aimable directrice du laboratoire faisait les honneurs. Avec quelle joie doit-on travailler dans un semblable milieu, combien l'effort semble aisé et facile, et qu'il y a loin de ces beaux laboratoires où rien n'est sacrifié au luxe et à l'inutile, où tout est bien ordonné et agencé, à ces réduits sans soleil, sans lumière, à ces chenils misérables, à ces salles de travail où tout fait défaut et qui sont le seul apanage d'un professeur de médecine expérimentale à la Faculté de Paris. Le grand animateur, le professeur Cantacuzène est constamment là, toujours solide, toujours vaillant, d'une énergie farouche, se déplaçant avec ses deux cannes et soutenu par ses deux soldats. On peut dire que le temple est digne du maître.

Nous avons rendu une très brève visite au service du professeur Danielopolu; il a souvent travaillé dans nos laboratoires parisiens. J'imagine difficilement son état d'esprit, quand il pouvait comparer l'état de nos locaux de clinique avec la luxueuse installation de son service où tout est prévu, où tous ses instruments de recherches, où tous les laboratoires sont là, merveilleusement agencés. Le professeur Marinesco avait bien voulu nous convier à visiter son service. Il avait groupé une série de malades tout particulièrement intéressants, et nous avons passé là à écouter les paroles du maître, des instants inoubliables.

Le 25, à 6 heures du matin, nous gagnons un train spécial que le gouvernement roumain a mis à notre disposition pendant notre séjour. Grâce à cette libéralité, grâce aux organisations si bien prises par le général Vicol et le professeur Niculesco, nous allons pouvoir, dans les trois jours qui nous restent, parcourir un certain nombre de stations climatiques, et connaître des installations du plus haut intérêt.

Nous visitons tout d'abord la grande mine de sel gemme de *Slanicul Prahooei*. Nous descendons par les ascenseurs, en petits groupes à 80 mètres de profondeur, et nous arrivons dans une série de vastes salles véritables, nefs de cathédrale de 30 mètres de haut, entièrement formées par le sel gemme : une galerie court le long de la voûte pour s'assurer de l'existence possible de tassements et de fissures. Chaque année on enlève un mètre de profondeur, et il y a encore 100 mètres à exploiter dans ce seul filon. Au sortir de la mine, un lunch nous est servi, et à la place de chaque congressiste un cube de sel gemme en forme de presse papier est déposé comme souvenir. Nous remontons en train; à la gare de Baicoi un petit chemin de fer nous conduit aux grandes exploitations pétrolifères de Moreni. L'inspecteur principal nous reçoit à la gare, il nous fait un rapide historique de la station; 2 millions de tonnes sont extraites chaque jour et on espère arriver sous peu à 6 millions. Les puits sont à des profondeurs variables, les uns à 300 mètres, les uns très superficiels, les autres très profonds. Des voitures nous conduisent dans la vaste exploitation au milieu d'une véritable forêt de pylone quadrangulaires en bois, arbres géants s'élevant vers le ciel. Chacun représente un puits, il y en a des centaines et des centaines à perte de vue. Le sol paraît imbibé du précieux liquide et des ruisseaux laissent couler une boue liquide noirâtre à reflet métallique. Les baraques servant d'habitation sont là bâties au hasard de l'exploitation, les routes sont à peine indiquées, nos voitures escaladent des collines ou descendent dans des fondrières; on n'a pas le temps ici de songer à établir des demeures luxueuses ou à faire des travaux de voirie, seul le pétrole importe. Depuis deux semaines deux puits brûlent; dans l'un, les gaz se sont enflammés, dans l'autre c'est le pétrole; il s'agit là d'un véritable désastre, car 50 millions de Leis sont ainsi perdus chaque jour. Nous approchons près de deux brasiers; l'un nous apparaît comme un gigantesque chalumeau oxhydrique, sorti de terre avec une flamme de 20 à 30 mètres de haut; il fait un bruit sinistre; l'autre n'est qu'une vaste colonne de fumée, le pétrole faisant au ras du sol une lueur vacillante et rampante. Malgré ce sinistre émouvant qui laisse sans travail bien des ouvriers, malgré la crainte constante de voir l'incendie s'étendre aux puits voisins tout proches nous sommes reçus partout avec la même exquise amabilité, que nous avons partout rencontrée en Roumanie. Un déjeuner froid, fort bien compris et abondamment servi, nous est offert dans la grande salle de l'administration, aux murs nus, blanchis à la chaux. On sent que tout ici respire le travail intensif; c'est le rude labeur pour les ingénieurs comme pour les ouvriers, et pourtant nos aimables hôtes ont voulu égayer notre repas par des airs de musique nationale. Nous revenons à Baicoi pour monter en auto et reprendre la merveilleuse vallée de la Prahova : la route, après avoir traversé Campina où il y a une des plus grandes distilleries de pétrole, traverse de longs villages, Breaza inférieur et Breaza supérieur.

Nous visitons l'institution dénommée les Maisons nationales sous la conduite de M. le général Manolesco, admirons les expositions de tapis et de broderie roumaine, où de nom-

breux congressistes font de précieuses emplettes. Tout le village est ici dehors ou rassemblé dans la salle des fêtes, les femmes et les hommes en grands costumes. Nous entendons de très beaux chœurs roumains et assistons à des danses nationales aussi gracieuses que variées. Dans la rue, tous les paysans dansent la Hora et certains des congressistes ne résistent pas au plaisir de se joindre à eux. Nous passons par un superbe défilé, le plus difficile de la rivière de Prahova, et arrivons à Sinaïa.

Dans un cirque de verdure assez sévère entouré de verdoyantes montagnes, au milieu d'un parc d'une fraîcheur délicieuse, à 670-750 mètres d'altitude, se dressent les deux châteaux, l'un bâti par le roi Carol Ier, le château royal Peles, l'autre plus petit, enfoncé dans la verdure le castel Peliser où le roi Ferdinand est mort. Nous visitons le château Peles où le monarque roumain a réuni des installations intérieures de style moyenageux d'une grande richesse, et où il s'est plu à accumuler des armes anciennes, des livres et des tableaux. Mais la nuit est venue, nous passons devant le monastère et nous ne faisons que deviner l'immense ville de plaisance avec ses villas luxueuses où la haute société de la capitale venait en grand nombre pendant l'été lorsque la Cour royale s'y trouvait. Nous sommes ici reçus par l'Ephorie des hôpitaux civils, à qui appartenaient tous les terrains de Sinaïa. L'*éforia* Spitatelor civile, est une très vieille institution gérée par trois éphores, un médecin qui est actuellement le docteur Gané, professeur de clinique infantile à Cluj, un membre de la famille Ghika et un membre de la famille Cantacuzène, qui est actuellement le professeur Cantacuzène. L'éphorie représente une société de bienfaisance qui avait autrefois des ressources abondantes et qui s'occupait notamment des fondations hospitalières. Le partage récent des terres l'a dépouillée en grande partie de son patrimoine. C'est elle qui nous reçoit magnifiquement à Sinaïa, où le dîner s'achève par le chant de la *Marseillaise*. Après cette journée bien remplie, beaucoup d'entre nous regagnent leurs chambres, d'autres dansent, d'autres enfin vont admirer les illuminations et les arcs de triomphe érigés en notre honneur.

Le 26, à 6 heures, nous reprenons notre train qui est venu nous rejoindre pour gagner Azuga et Predeal, localités climatiques à 1.060 mètres, et nous pouvons admirer des fenêtres du wagon la belle pointe du pic le plus élevé de l'Homme. Nous franchissons l'ancienne frontière roumaine et arrivons à Brasow. Nous devions y voir un cortège ethnographique, mais la pluie nous prive de ce plaisir. Nous admirons l'ancienne église noire gothique et l'église roumaine que, lors de la domination hongroise, les patriotes roumains avaient réussi, après bien des difficultés, à ériger secrètement à l'intérieur d'un pâté d'immeubles. Le médecin général Popovici, le maire et sa femme, nous reçoivent avec l'affabilité roumaine à laquelle nous sommes habitués, et c'est encore un nouveau banquet sous forme de petit déjeuner.

Nous arrivons à Ploesti, où des paysans en costumes, sonnettes au pieds, nous dansent la « danse de Ronsard ». A la gare, lors de la réception par les autorités, la femme du maire prend le général Vicol pour un congressiste français, et celui-ci prend la femme du maire pour une congressiste française. N'est-elle pas bien significative, cette amusante erreur, et bien touchante, et ne montre-t-elle pas toutes les affinités si étroites qui existent entre nos deux races? Ploesti nous accueille avec des danses, des chants, des fleurs et des costumes et... un banquet somptueux : c'est la patrie de la nationale tuica et chaque invité du Congrès reçoit une petite bouteille de la délicieuse liqueur. Vite, il faut partir, et sous la conduite de l'aimable docteur Mancache, médecin inspecteur des chemins de fer, nous voici de nouveau installés dans notre train. L'ami Laignel-Lavastine s'est muni de la katchoula (*calciula*) nationale, long bonnet de fourrure que porte le paysan, et vient se faire admirer; nous contournons Bucarest et traversons les fameuses contrées (Baragan) de la « terre noire », plaines qui s'étendent à perte de vue : nous admirons les trois ponts de Cernavoda sur le Danube et arrivons à *Constantza*. Tous les habitants en grand costume nous attendaient pour nous faire une garde d'honneur, mais la pluie est venue, et tout le beau et pittoresque décor de la ville en fête s'est évanoui. Dans la grande salle des fêtes donnant sur la mer Noire, la municipalité nous offre un banquet. Le dîner de demain, le dernier sera écourté par suite des départs de congressistes dans des directions différentes; aussi, après le discours du professeur Theoari, du maire le docteur Margaruit, du docteur Pilesco, nous éprouvons tous le besoin de dire à nos amis roumains toute notre admiration pour la superbe organisation de leur Congrès, toute notre reconnaissance surtout pour les attentions qu'ils n'ont cessé de nous témoigner : successivement prennent la parole le professeur Marcel Labbé, le docteur Delchef, le professeur Rathery, le docteur Armand-Delille, le docteur Laignel-Lavastine, le professeur Maragliano, le comte Stadnieki. Je me suis laissé dire que certains congressistes avaient continué tard dans la nuit la veillée alors que la plupart regagnaient sagement leur logis.

Le 27 mai, après un petit déjeuner offert par la municipalité nous prenons le train pour *Carmen Sylva* (*Tchirghiol*). Nous admirons en passant les sanatoria et les preventoria dont beaucoup furent brûlés par les Bulgares, et qui commencent à être reconstruits; nous voyons ainsi les sanatoriums d'Agigea puis l'Institut biologique et zoologique, le superbe sanatorium de l'éphorie, le bel établissement où Mme Bals dépense les trésors de son inépuisable dévouement. De la gare, pour gagner la ville thermale, il faut parcourir pendant dix minutes sous un soleil magnifique, mais chaud, une route sans arbres; certains congressistes hésitent un peu, mais voici que la musique se met à jouer une marche entraînante; tous emboîtent le pas, et le long serpent des visiteurs se dessine bientôt sur la route, cadençant son pas au rythme de la musique. Nous visitons les établissements où on utilise les boues noires, brillantes, riches en composés minéraux et végétaux; nous contournons le lac qui renferme une eau quatre fois plus riche en chlorure de sodium que l'eau de mer. On combine ici le bain salé, mélangé à la boue, et l'héliothérapie; et on y traite les lymphatiques, les tuberculeux osseux, les rhumatismes, les affections cutanées. La société de Carmen Sylva nous convie à un succulent banquet; nous entendons à nouveau de la musique, des toasts, et nous n'oublierons pas celui si spirituel et plein de gaîté du professeur Ceresole.

Nous voici de retour à Constantza, c'est le banquel final offert par la préfecture du district de Constantza. M. le préfet Rasculetz nous adresse quelques paroles aimables auxquelles répond le professeur Marcel Labbé et les congressistes s'égaillent : les uns repartent directement pour la France, les autres, luxueusement hébergés encore par nos amis roumains sur le superbe *Dacia*, gagnent Constantinople.

Le compte rendu des fêtes et des réceptions ne doit pas nous faire oublier le travail fort utile accompli par le Congrès et je dois vous retracer brièvement toute la *partie scientifique* de ce dernier. Nos hôtes roumains ont fait une large part au plaisir des yeux; ils ont voulu nous montrer *de visu* les richesses climatiques et hydrologiques de leur pays et c'est certainement la meilleure façon d'apprendre, mais ils ont réservé cependant dans ces heures très remplies la part du travail. Les rapports documentés étaient l'œuvre de spécialistes avertis; la question à l'ordre du jour était le traitement du mal de Pott. Le docteur Etienne Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine, dans leur très beau travail, exposent le traitement général, le traitement local, le traitement des abcès et des paralysies. Le docteur Delchef, a pris comme titre de son rapport le traitement du mal de Pott à la mer. Le docteur Dona, de Tekirghiol, montre les heureux résultats obtenus par la « balnéation au limon ». Le docteur Armand-Delille traite des complications de la tuberculose pulmonaire au cours

du mal de Pott, le docteur Manicatide, le traitement médical du mal de Pott, et le professeur Balalesco, le traitement général du mal de Pott. A la suite de ces rapports, nous avons entendu les communications sur le même sujet du docteur Zlotescu, du professeur Bujor, du docteur Naginb Iskander, du professur Jacobovici, des docteurs Simuleanu, Tudorau, Bardisian, Radulesco, Jianu, Panartescu; l'exposé des travaux très documenté du professeur Theohari et du docteur Tabaranu sur la cure mixte à Carmen Sylva, de MM. Otetelisam et Dissesco sur le climat de la Dobroudja, des recherches du docteur Hurmuzache sur certains points de physiologie pathologique chez les tuberculeux osseux, du docteur Slobozeanu sur les eaux de Tekurghiol. Le professeur Marcel Labbé fait une très belle conférence sur le traitement du diabète, le professeur agrégé Laignel-Lavastine traite de l'endocrine névrose hypotensive, le docteur Armand-Delille expose les manifestations de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Le Ve Congrès international de thalassothérapie est terminé. Son président, le professeur Theohari, ses organisateurs, en tête desquels nous citerons le général Vicol et le professeur Niculesco, peuvent être fiers de l'œuvre accomplie. Rarement vit-on organisation plus parfaite, et on peut dire que les membres de ce Congrès ont vu « le maximum de choses dans le minimum de temps ». L'œil reste ébloui de toutes les beautés entrevues, et cependant, nous le sentons bien, nous n'avons vu là qu'une faible image de ce que doit être la richesse hydrologique, climatique et géologique de la grande Roumanie.

Mais ce qu'il n'est pas possible de traduire ici et qui cependant, j'en suis sûr, restera pour tout Français qui a assisté à ce Congrès, le souvenir le plus vivace, c'est le charme de ces quelques jours passés en commun avec nos frères roumains, c'est l'intimité affectueuse qui n'a cessé de régner entre nous, c'est en un mot cet état d'esprit indéfinissable, cette ambiance spirituelle qui faisait que nous, Français. nous nous considérions comme chez nous, si loin pourtant de notre patrie, c'est qu'à chaque moment nous sentions vibrer à l'unisson de la nôtre l'âme roumaine, c'est que nous cueillions à chaque instant cette fleur infiniment rare qui ne fleurit que dans les terres d'élection, le constant souvenir des services rendus et l'amour profond et désintéressé pour la sœur latine plus âgée, qui elle aussi, trop souvent victime de ses idées chevaleresques, mais fière malgré tout d'être constamment dans l'Histoire restée le défenseur du juste et de l'opprimé, a beaucoup et longuement souffert.

Venez nombreux parmi nous, amis roumains, continuez à nous envoyer vos savants et vos élèves : nous les accueillerons avec joie, et s'ils ne trouvent peut-être pas en ce moment dans nos laboratoires le luxe que le vaincu d'hier, par je ne sais quel sortilège, sait répandre à profusion dans ses installations scientifiques, alors que les vainqueurs restent dépossédés, ils seront du moins accueillis avec joie, et trouveront dans la culture française, si proche de la culture roumaine, les ressources qu'ils sauront apprécier à leur valeur. Les plus belles découvertes n'ont pas toujours été effectuées dans des palais, et notre grand Pasteur ne l'a-t-il pas montré à la face du monde ?

Psychiatrie, par A. Codet, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 220 pages. — Prix : cartonné, 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La Diathermie et ses applications médicales, par le docteur Duhem, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades. Les Actualités physiothérapiques publiées sous la direction du docteur Duhem. In-8 (20-13) de 72 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 18 juin 1928)

Action cardio-vasculaire de la tropinone. — M. René Hazard.

Action de l'extrait aqueux de substance nerveuse sur l'excitabilité du système nerveux. — MM. J.-E. Abelous et H. Lassalle. Il paraît établi que la substance nerveuse introduite par voie parentérale possède une action neurotrope excitatrice. Par suite, on peut penser que l'augmentation d'excitabilité nerveuse constatée par les auteurs chez des animaux après section d'un nerf volumineux (sciatique) est due à la résorption de la substance même du tronc nerveux séparé de son centre trophique.

Sur une théorie mécanique de la surdité. Son traitement rationnel. Sa prophylaxie. — M. Henri-Jean Frossard pense que le traitement de la surdité doit être surtout préventif. Il faut se laver le nez et la gorge comme on se lave la figure.

L'évolution des kystes de la piedra paraguayenne. — MM. G. Delamare et C. Gatti.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 26 juin 1928)

Un cas de lèpre autochtone en France. — M. Jeanselme communique deux observations de lèpre du plus haut intérêt. La première appartient au docteur Giacardy (de Tarbes) : il s'agit d'une jeune fille, originaire de la Charente-Inférieure, entrée à l'âge de quinze ans au service d'une dame ayant séjourné à Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane française). Pendant un an la jeune fille cohabite avec cette dame, prend ses repas à la même table, couche dans la même chambre, quoique dans un lit séparé. Cette jeune fille se marie un peu plus tard avec un homme vigoureux n'ayant jamais quitté la France. Sept ans se passent sans aucune manifestation, puis apparaît la lèpre. C'est le septième cas autochtone signalé en France.

Les recherches et les examens faits par le docteur Giacardy montrent qu'il s'agit bien de lèpre chez la jeune femme et chez la dame guyanaise. Le mari de la jeune femme est resté indemne.

La deuxième observation appartient au professeur Spillmann (de Nancy) ; elle concerne un Portugais, depuis cinq années en France, qui présente une lèpre très développée et jamais dépistée malgré les examens sanitaires répétés des frontières.

Ceci montre une fois de plus que ces frontières sanitaires sont illusoires et que trop de médecins ignorent la lèpre.

M. Jeanselme soumet donc à l'Académie un vœu de M. Spillmann relatif à la construction de pavillons de lépreux dans les grands centres dermatologiques. Ce vœu est conforme à celui formulé à l'Académie en 1925. Il a reçu un commencement d'exécution à l'hôpital Saint-Louis où la première pierre du pavillon des lépreux a été posée cette semaine sous les auspices de l'ordre souverain de Malte.

M. Jeanselme propose, en outre, de confier à la Commission de la lèpre la rédaction d'une note sommaire sur la lèpre. Cette note serait transmise par le ministre de l'Hygiène à tous les praticiens.

— Le vœu est renvoyé à la Commission.

Vote des conclusions du rapport de M. Lesage (1). — M. Lesage apporte une rédaction nouvelle du vœu de M. Brouardel.

« L'auteur émet le vœu que l'on profite de l'âge de la conscription pour offrir aux sujets éliminés au Conseil de revision pour tuberculose, ou ajournés pour suspicion de tuberculose, les moyens d'être soignés dans des établissements déjà existants ou à créer à cet effet. »

Ce vœu est adopté ainsi qu'une adjonction de M. Brouardel.

« L'Académie regrette que certains sanatoriums soient fermés alors que les hôpitaux des grandes villes soient encombrés par les tuberculeux. »

Une maladie nouvelle des os : hyperostose d'un membre « en coulée » ou « Mélorhéostose ». — MM. André Léri et J.-A. Lièvre apportent sept observations d'une maladie nouvelle qui consiste en une hyperostose compacte « coulant », pour ainsi dire, sur toute la longueur d'un membre depuis sa racine scapulaire ou pelvienne jusqu'à l'extrémité des phalanges de certains doigts ou orteils.

Cette hyperostose, comparable à une « coulée » de bougie ou de métal, ne touche ni tous les os d'un membre ni toutes les parties de chacun d'eux : elle reste d'ordinaire limitée « en traînée linéaire », aux os ou aux portions d'os qui occupent soit le côté externe soit le côté interne du membre. Elle envahit souvent les cartilages de conjugaison ou les cartilages articulaires.

La maladie débute dans le jeune âge, seconde enfance ou adolescence; elle évolue avec une grande lenteur, mais elle est grave pour les fonctions du membre qu'elle déforme et qu'elle ankylose.

Le processus paraît ne progresser que *par contiguïté* : ce sont les os ou les parties d'os voisins les uns des autres qui sont successivement hyperostosés. Une fois pourtant il semble y avoir eu un début de dissémination sous la forme d'un nodule osseux hétérotopique, intramusculaire. Ces caractères font penser qu'il s'agit d'une *maladie parasitaire*; mais le parasite n'a pu encore être trouvé.

Le nom de *Mélorhéostose* (μέλος, membre; ῥέω, je coule) résume les particularités cliniques de l'affection (hyperostose d'un membre en coulee) sans impliquer aucune idée anatomique ou étiologique prématurée.

Le traitement du diabète compliqué de tuberculose. — M. Marcel Labbé.

L'action immédiate d'une vitamine sur l'organisme animal. — M. Bezssonoff. (Note présentée par M. Tiffeneau.

Une théorie énergétique du cancer. — M. Laurent.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division (Médecine et spécialités médicales).

Classement des candidats : en première ligne, M. Barbary (de Nice) et Cestan (de Toulouse); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Euzière (de Montpellier), Mouriquand et Nicolas (de Lyon), Spillmann (de Nancy) et Surmont (de Lille).

M. Barbary (de Nice) est élu par 40 voix.

M. le professeur Raymond Cestan (de Toulouse) est élu par 42 voix.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(16 mars 1928)

Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. — MM. Paul Vigne et Galland présentent un malade atteint de maladie de Nicolas et Favre. L'aine gauche est le siège d'une grosse tumeur fistulisée, rouge, peu douloureuse, adhérente à la peau et aux plans profonds. La palpation montre des ganglions iliaques hypertrophiés. Le pus filant et glaireux montre la formule histologique habituelle : prédominance des mononucléaires (57 p. 100) sur les polynucléaires (43 p. 100). Les épreuves de contrôle pour éliminer la syphilis et le bubon chancrelleux ont été négatives.

Anévrismes du tronc brachio-céphalique et de l'aorte thoracique. — MM. François et Zuccoli relatent l'observation d'une syphilitique de soixante-sept ans ayant eu des douleurs vives épigastriques accompagnées de paresse des réflexes rotuliens et pupillaires, chez laquelle la radioscopie révéla une ectasie aortique portant sur l'ascendante, la crosse et la descendante avec extension au tronc brachio-céphalique, ectasie confirmée par l'autopsie. Les auteurs soulignent l'absence complète de signes cliniques d'ectasie et le caractère fulgurant de douleurs à type gastrique s'expliquant par la compression des nerfs intercostaux et des rami communicantes par l'anévrisme.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Pylorotomie précoce à seize jours. Guérison. — MM. Poucel, E. Acquaviva et J. Vignoli. Garçon né à terme, pesant 3kg950. Au dixième jour, début des vomissements. Ceux-ci s'accentuent; les selles deviennent rares. Oligurie. Perte de poids rapide arrivant à 100 grammes par jour. Deux faits anormaux : absence de péristaltisme constaté; présence de fièvre : 39 sans cause apparente. Devant la rapidité effrayante de l'aggravation on opère. Lésions nettes de sténose hypertrophique. Pylorotomie extramuqueuse. Cessation des vomissements dès le lendemain. L'enfant n'a plus eu aucun trouble.

Histoire radiologique d'un épanchement péricardique. — M. Huguet présente une série de radiographies d'un épanchement péricardique tuberculeux, suivi pendant six mois jusqu'au décès et remarquable par ses grandes dimensions, par son extension vers la droite et par l'épaississement considérable de la coque péricardique.

Athérome des artères périphériques avec radiographies des artères des membres. — M. Rouslacroix et Mlle Coulange présentent les radiographies des artères athéromateuses des membres d'un vieillard de soixante-douze ans entré à l'hôpital pour faiblesse générale, dyspnée d'effort, douleurs au creux épigastrique. De l'étude, au niveau des membres, des tensions maxima et minima et des indices, le cœur d'autre part paraissant indemne, les auteurs concluent à l'intégrité relative très probable de l'aorte thoracique et abdominale.

Cancer latent de la grande courbure de l'estomac ouvert dans la loge splénique. Abcès aréolaire du foie ouvert dans la grande cavité péritonéale. — MM. Boinet et Antoine Raybaud ont trouvé chez une femme âgée, décédée au cours d'un syndrome péritonéal de l'hypocondre droit interprété comme une perforation d'un cancer gastrique, d'une part un cancer latent gastrique perforé dans la loge splénique, d'autre part un abcès sous-phrénique droit dû à l'ouverture d'un abcès du foie, lui-même secondaire au cancer gastrique par voie lymphatique.

Note sur le traitement du zona par l'iodaseptine. — MM. Massot et A. Fournier rapportent l'observation d'un cas de zona intercostal chez une femme de soixante-quatre ans dont les douleurs rebelles aux analgésiques habituels et aux rayons X furent immédiatement calmées et rapidement supprimées par les injections intraveineuses d'iodaseptine. Ceci confirme les résultats rapportés à la Société de médecine de Nancy par Canzinotty en mars 1927.

Volumineux anévrisme de la crosse et de la portion descendante de l'aorte thoracique avec corrosion des vertèbres. — MM. Boinet et Antoine Raybaud. Chez un syphili-

(1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1928, p. 505, 812 et 875.

tique traité par du sérum ichtyocollé, outre les médications spécifiques, et sensiblement amélioré et qui mourut d'une broncho-pneumonie grippale, les signes fonctionnels et physiques permirent d'apprécier la poche anévrismale de la crosse seule, l'anévrisme de la portion descendante resta latent malgré la corrosion des corps vertébraux de D_5, D_6, D_7 en avant et sur leur face latérale gauche.

Un cas d'herpès à type zoniforme diagnostiqué par l'inoculation à l'œil du lapin. — MM. A. Galland et J. Verges rapportent le cas d'une malade présentant dans les deux régions rétro-auriculaires et sur les côtés de la langue des vésicules reposant sur un placard rougeâtre, remplies d'un liquide louche et s'accompagnant de douleur. Herpès ou zona? Les auteurs, s'inspirant de l'expérience réalisée par Lowenstein en 1921, pratiquèrent l'inoculation du liquide louche à la cornée d'un lapin et virent se développer une kératite herpétique. L'évolution des vésicules confirma ce diagnostic.

Extrême atrophie rénale dans un cas de néphrite chronique urémigène. — M. Rouslacroix et Mlle Coulange présentent les deux reins, pesant 50 grammes chacun, d'une femme de soixante-trois ans atteinte d'urémie convulsive et morte sans amélioration des symptômes, malgré divers essais thérapeutiques. Le parenchyme rénal est réduit à une coque de quelques millimètres entourant un noyau central conjonctivo-graisseux.

(SÉANCE DU 30 MARS 1928)

Fièvre typhoïde et staphylococcémie. — MM. Boinet, J. Pieri et Antoine Raybaud. Fièvre typhoïde grave compliquée de pleurésie, puis d'ictère, enfin d'arthrites aiguës à staphylocoques des articulations sterno-claviculaire et scapulo-humérale droites. Les auteurs rappellent la fréquence des infections associées dans la fièvre typhoïde et insistent sur la co-existence presque habituelle de la staphylococcie, bénigne souvent, quelquefois grave comme dans l'observation qu'ils rapportent.

Staphylococcie mortelle au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Rouslacroix. A propos d'une observation où la mort survint dans le décours d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique par suite de pyodermites et collections suppurées multiples à staphylocoques, l'auteur différencie les abcès critiques de la convalescence, d'un pronostic généralement favorable et les suppurations survenues dans le cours de la maladie et dues à une septicémie staphylococcique associée. Celle-ci est relativement fréquente et sa haute gravité pose la question d'une vaccination antistaphylo dès le diagnostic posé de fièvre typhoïde.

Tuberculoses cutanées multiples et syphilis. — MM. Paul Vigne, Galland et Vergès publient l'observation d'une malade présentant des foyers multiples de tuberculose cutanée et articulaire avec inoculation positive au cobaye, mais qui présente en outre sur la face des cicatrices de gommes et d'ulcérations et des nodules rougeâtres qui ont cédé rapidement au traitement spécifique. Le Bordet Wassermann est positif. Les auteurs discutent la nature syphilitique ou tuberculeuse de ces derniers éléments : tubercules spécifiques ou lupoïdes miliaires.

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1928)

Infantilisme et type hypophysaire. — MM. Roger, Denizet et Wahl présentent une jeune fille de dix-sept ans et demi qui mesure 1m27, pèse 27kg300 toutes caractéristiques d'une enfant de dix à onze ans. Absence de poils et de caractères sexuels secondaires, absence de soudure des cartilages épiphysaires. C'est le tableau d'un infantilisme typique. Il n'y a pas de signes d'hypothyroïdie, mais non plus de signes oculaires radiographiques ou adiposogénital de la série hypophysaire. Le métabolisme basal n'est pas diminué, les tests hypophysaires donnent des résultats discordants.

Sarcome du rein chez un nourrisson de dix-sept mois. — MM. Cassoute et Poinso présentent une volumineuse tumeur du rein prélevée par l'intervention. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à type embryonnaire développé aux dépens du blastème métanéphrogénique.

Maladie d'Hodgson avec aortite verruqueuse et triple insuffisance valvulaire. — MM. Boinet et Antoine Raybaud présentent l'observation d'un malade mort d'asystolie après avoir présenté des signes de triple insuffisance aortique mitrale et tricuspidienne. L'autopsie confirme ces lésions auxquelles sont associées de volumineuses plaques véruqueuse d'athérome aortique.

Corps étrangers du carrefour aérodigestif chez un enfant de vingt-sept mois méconnu pendant trois mois. — MM. Parrocel et Poinso. Le bébé présentait du tirage et du cornage dont la cause méconnue était rattachée à la diphtérie d'autant plus qu'un examen de laboratoire avait répondu « bacilles moyens ». L'état ne s'améliorant pas malgré une sérothérapie intensive l'enfant rentre à l'hôpital. L'examen laryngoscopique montre le corps étranger (débris de jouet) et permet son extraction.

Les indications thérapeutiques de la synthaline. — MM. Boinet et Antoine Raybaud ont employé la synthaline dans deux cas de diabète cliniquement semblables dont l'un fut amélioré et l'autre inchangé. Ils concluent que la synthalinothérapie ne peut encore suppléer l'insulinothérapie que dans des cas très limités et de discrimination encore difficile.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

REMÈDE PRÉVENTIF ET REMÈDE CURATIF.

HERBORISTE

Un herboriste, exerçant en Bretagne, avait fait un mélange de plantes et fabriqué un *thé purgatif*, désigné sous le nom de « thé de sœur Blondine ». Cette dénomination était de pure fantaisie comme celles employées par certaines personnes qui donnent une désignation ecclésiastique à leur produit uniquement dans un but de réclame, et pour mieux vendre.

La question s'est posée de savoir si ce produit devait ou non être considéré comme un médicament et comme tel ne devait être délivré que dans une officine pharmaceutique. Le procès fut engagé par le syndicat des pharmaciens de la Loire-Inférieure.

Une décision de la Cour de Rennes avait écarté le délit, parce que, dans le cas qui lui était soumis, les plantes n'avaient subi, du fait de leur mélange, aucune altération chimique dans leur substance, et que les herboristes avaient le droit, aux termes de l'article 37 de la loi du 13 germinal de l'an XI, de vendre au poids médicinal des mélanges de plantes destinées à un usage curatif. Son arrêt fut déféré à la Chambre criminelle de la Cour de cassation qui, le 20 janvier 1926 (*Gazette du Palais*, 1er sept. 1926, p. 534) avait décidé que le monopole des pharmaciens s'étendait à tous les médicaments et remèdes, mais que l'article 37 de la loi de germinal ne saurait couvrir la présentation d'un mélange de plantes comme un remède, « attendu, disait la Cour suprême, que si les herboristes ont reçu de l'art. 37 de la loi de germinal le droit de vendre en nature des plantes médicinales indigènes non toxiques, ils excèdent le droit qui leur est ainsi limitativement conféré, quand *par le mélange desdites plantes et par*

la façon dont ils l'offrent au public, ils présentent le mélange dont il s'agit comme constituant un remède ».

La question se trouvait bien délimitée et se posait ainsi : le mélange de l'herboriste était-il présenté non comme un remède, mais comme un produit préventif contre une éventuelle maladie qui ne se produira peut-être jamais.

Le 27 juillet 1927, le tribunal de Vannes appliqua ainsi l'arrêt de la Cour de cassation :

« Attendu que T..., herboriste, demeurant à Vannes, a été cité directement devant le Tribunal correctionnel pour avoir depuis temps de droit et notamment le 23 décembre 1926 mis en vente sous la dénomination de « thé de sœur Blondine » un mélange de plantes médicamenteuses;

Attendu que la Chambre criminelle de la Cour de cassation, dans un arrêt tout récent en date du 29 janvier 1926, a décidé que « les herboristes excédaient les droits qui leur sont conférés quand, par le mélange des plantes médicinales qu'ils vendent et par la façon dont ils l'offrent au public, ils présentent le mélange dont s'agit comme constituant un remède, les pharmaciens ayant le monopole de la préparation, de la vente des compositions faites dans un but curatif;

Attendu que l'autorité absolue de la Cour suprême qui s'impose à tous les Tribunaux et Cours d'appel fait que ce principe a en quelque sorte force de loi, qu'en conséquence le sieur T... ne saurait utilement invoquer pour obtenir son acquittement deux jugements hostiles à cette thèse;

Mais attendu que cette constatation ne suffit pas pour permettre au tribunal de prononcer une condamnation contre T... : qu'en effet, si on lit attentivement l'arrêt précité du 29 janvier 1926 et particulièrement la phrase qui en est extraite et qui vient d'être citée, on peut se convaincre que la prohibition édictée concernant le mélange des plantes médicamenteuses ne joue qu'autant que l'herboriste a présenté ce mélange comme remède en vue d'un emploi curatif;

Qu'il importe donc de rechercher ce qu'est un remède et si le thé de sœur Blondine répond à la définition qui doit être donnée de ce mot;

Attendu que le *Dictionnaire Larousse* définit ainsi le mot *remède* : ce qui guérit, ce qui ramène dans l'économie un organisme détruit par le mal;

Qu'il résulte donc de cette définition qu'un remède ne peut avoir que des effets curatifs à l'exclusion de tout effet préventif; qu'on ne saurait rationnellement soutenir qu'on peut guérir une maladie qui n'existe pas encore;

Qu'il convient cependant d'observer que parmi les locutions diverses le *Dictionnaire Larousse* cite l'expression suivante : « remède préventif », mais qu'il s'agit là vraisemblablement, sinon certainement, d'un de ces nombreux barbarismes qu'on emploie dans la conversation courante sans réfléchir que les mots usités sont détournés de leur sens véritable;

Que d'ailleurs la Cour de cassation elle-même ne parle que des compositions faites en vue d'un emploi curatif, excluant ainsi complètement les préventifs;

Attendu qu'il importe donc de rechercher pour se conformer strictement à la thèse de la Cour de cassation si T... a offert au public le mélange susvisé comme un curatif ou simplement s'il le désigne comme préventif, une condamnation ne pouvant intervenir que dans la première hypothèse ;

Attendu que les documents versés aux débats et particulièrement l'étiquette de vente permettent d'affirmer que le « thé de sœur Blondine » est un préventif et non un curatif;

Qu'en effet sur cette étiquette on peut lire la phrase soulignée : « Mieux vaut prévenir que guérir », et un peu plus loin. « On peut aussi prendre ces plantes comme boisson au cours des repas », « il constitue une des meilleures boissons hygiéniques et préventives »;

Qu'arguant des mots « laxatif » et « dépuratif », on ne saurait conclure que le « thé de sœur Blondine » constitue un curatif au sens grammatical et médical du mot, qu'en effet il existe parmi les articles d'alimentation courante de nombreux « laxatifs, dépuratifs, astringents, calmants ou excitants » auxquels nul ne songe sérieusement à donner la qualification de remèdes (pruneaux, thé, café, chocolat, tilleul, etc., etc...);

Qu'en résumé le « thé de sœur Blondine » constitue donc une boisson laxative ou dépurative quelconque absolument inoffensive et peut-être très supérieure comme qualité, en raison des ingrédients qui la composent, aux boissons similaires qui sont vendues dans le commerce ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de la médecine opératoire (1), par Félix PAPIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

Ce livre est fait pour les étudiants en médecine — correspondant à leur programme d'études —; mais il rendra aussi des services aux chirurgiens. On y a cherché moins à multiplier les procédés qu'à en décrire un seul, le plus classique, mais de façon claire et précise, avec nombreuses figures à l'appui dont un grand nombre proviennent de photographies personnelles, et on a insisté en toutes circonstances sur les notions anatomiques qui doivent en faire pour les étudiants de véritables exercices d'anatomie topographiques appliquée.

Il a paru aussi à l'auteur que les exercices cadavériques ne devaient pas faire perdre de vue la notion de l'application au vivant; c'est pourquoi des addenda indiquent en maints endroits les modifications que la pratique doit apporter à la technique d'amphithéâtre, et un court chapitre a été consacré au choix des meilleurs procédés d'amputation sur le vivant.

Enfin et toujours dans le but d'orienter autant que possible un tel livre vers les applications chirurgicales pratiques et l'étude classique des ligatures, amputations désarticulations et résections, l'auteur a ajouté une quatrième partie, nouvelle dans un livre de ce genre, consacré aux voies d'accès anatomiques. Cette partie toute originale de l'ouvrage ne fait pas double emploi avec les livres de technique chirurgicale proprement dite; elle constitue plutôt une indispensable introduction à leur étude.

Un tel ouvrage ne se comprend qu'abondamment illustré. On s'est attaché particulièrement à établir partout une parfaite correspondance entre le texte et les figures, par l'utilisation de textes-légendes, etc..., de manière à présenter un enseignement essentiellement classique d'une façon toute moderne.

L. G.

Etudes sur l'immunité dans les maladies infectieuses (2), par A. BESREDKA, professeur à l'Institut Pasteur.

Les quinze études qui composent cet ouvrage, quoique indépendantes les unes des autres, n'en constituent pas moins un ensemble qui permet de se faire une idée des problèmes

(1) Un volume in-8 de 390 p., avec 344 fig. dans le texte, cartonné. — Prix : 45 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(2) Un volume de 414 p. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

essentiels de l'immunité, de ceux notamment qui touchent à l'immunisation préventive et curative.

Les travaux poursuivis à l'Institut Pasteur, et notamment ceux du professeur Besredka ont largement contribué à élever l'immunité au rang d'une discipline autonome ayant ses lois et ses doctrines.

On appréciera donc une série d'exposés, tels ceux qui paraissent dans ce livre; ils constituent une mise au point des chapitres principaux d'une science en pleine évolution et qui, par cela même, ne saurait encore être fixée dans un traité.

L. G.

L'hystérie, crises et séquelles (1), par R. Benon, ancien interne de la Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris.

L'auteur expose, librement, dans ce petit livre la conception de l'hystérie de J. Tastevin. La crise d'hystérie est une crise nerveuse à base d'énervement; c'est donc une émotion morbide type. L'auto-suggestion ne paraît jouer aucun rôle dans l'apparition de la crise. L'auteur distingue les crises et les séquelles (ou contractures, paralysies, etc.). Il divise l'historique de l'hystérie en six périodes : période d'Hippocrate et de Galien, période de l'ère catholique, période de la Renaissance, période des théories cérébrales et nerveuses, période des conceptions intellectualistes (Charcot et Babinski), période de l'hystérie émotion-morbide (1912). Dans l'étiologie, assez courte, l'auteur établit le rôle de l'émotion énervement chez l'hystérique (énervement provoqué et énervement spontané). Il décrit en détail les signes de la crise d'hystérie, puis, plus brièvement, les séquelles. Après la relation d'une observation type, il étudie le diagnostic : diagnostic de la simulation, diagnostic positif, diagnostic différentiel (épilepsie), diagnostic causal. Diverses considérations sur le pronostic, puis sur la médecine légale (capacité civile et pénale, accidents du travail, médecine militaire, assurances sociales), précèdent le traitement des crises (isolement, persuasion, mariage, hydrothérapie, hypnotisme, voyages, médicaments). L'auteur enfin a rédigé un petit chapitre thérapeutique sur l'hystérie chez les enfants.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 2 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président; Legueu et Loeper. — M. Branère. Le pin maritime et ses dérivés en thérapeutique. — Mlle Lavault. Sensibilité utérine dans l'après-part. Valeur séméiologique. — M. Pineau. Des spermatocystites. Etude de leur séméiologie et leur traitement. — M. Noirot. Les syndromes granulomateux malins.

Mardi 3 juillet. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Jeanselme et Lévy-Valensi. — M. Destouches. Le syndrome de rétroaction dans la tuberculose pulmonaire. — M. Simon. Des hémorragies et des émissions sanguines dans les insuffisances cardiaques. — M. Malachier. Etude du radio-diagnostic des suppurations broncho-pleuro-pulmonaires non tuberculeuses. — M. Offerlé. Les abcès amibiens du poumon. — M. Prince. Valeur de la salycylothérapie dans le traitement des déterminations cardiaques de la maladie rhumatismale. — M. Lelong. Le problème des hallucinations. — M. Westphal. Notion de schizoïdie et de schizomanie dans ses rapports avec la démence précoce. — M. Brion. Traitement chirurgical de certains lupus tuberculeux de la peau.

Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Rouvière et Vaudescal. — M. Secret. A propos du dépistage de la syphilis dans les maternités. — M. Mabille. Etude du traitement des fractures ouvertes (sérothérapie polyvalente locale et systématique. — M. Arguello. Les lymphatiques de la vessie.

Mercredi 4 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Moussu, Coquot et Robin. — M. Le Balloch. La gastrotomie chez les bovidés. — M. Métayer. Différents procédés de castration des équidés mâles et normaux. — M. Paradis. Quelques complications de castration chez les grands animaux. Leur traitement.

Jeudi 5 juillet. — Jury : MM. Cunéo, président; Lejars, Sergent et Gatellier. — M. Saint Mario. Etude des complications des anthrax de la lèvre supérieure. — M. Spech. Etude de la topographie des arcades palmaires. — M. Giet. Du traitement par le plomb des cancers épithéliaux. — M. Poisson. Traitement orthopédique de la coxalgie guérie. Des opérations ankylosantes. — Mlle Trousson. Tumeurs kystiques des ovaires prises pour des fibromes. — Mme Polonski. Etude du traitement du tétanos par les hypnotiques.

Vendredi 6 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. M. Labbé, président; Strohl, Coquot, Robin, Lemierre, Tiffeneau, Panisset et Nicolas. — M. Dignac. La saignée dans l'hémoglobinurie. — M. Langlois. Le bacille tuberculeux aviaire chez le cheval, le bœuf et le porc. — M. Hilsont. La photosensibilisation chez les animaux domestiques. — M. Lebduska. Etude biologique et pharmacodynamique de la carbamide, de la sulfo-carbamide et de l'hyposulfite de soude.

Samedi 7 juillet. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Nobécourt et Sézary. — M. Barrat. Etude des malformations cutanées chez le nouveau-né. — M. Cousin. Etude du rôle biologique de la peau dans les infections. — M. Morlaas. Contribution à l'étude de l'apraxie. — Mlle Mirablon. L'insuline dans la maigreur. — M. Zaliouk. Les formes aiguës de la maladie de Basedow. — M. Laffaille. La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon. — M. Leconte. La prophylaxie actuelle de la diphtérie. — M. Lévy Erna. Etude sur le taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons. Nourrissons eczémateux.

RENSEIGNEMENTS

(1) Un volume in-16 de 184 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, A. Legrand, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie chirurgicale* (composition écrite). — Séance du 29 juin. — Question donnée : « Hémorragies intrapéritonéales des grossesses tubaires. Diagnostic et traitement. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic des tumeurs de la glande mammaire. — Signes, diagnostic et traitement des calculs du cholédoque. »

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 27 juin. — MM. Touchert, Serrand et Bussy, 13; Chaperon, 15; Porcher, 12.

Séance du 29 juin. — MM. Coliez, 15; Chaperon, Serrand et Kahn, 14; Marchand, 12; Porcher, 11.

Classement des candidats : MM. Coliez, Kahn et Chaperon.

CRÉATION D'UN HÔPITAL-HOSPICE. — Un décret en date du 27 juin 1928 a autorisé la création d'un hôpital-hospice dans la commune de Sabres (Landes).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique des maladies de l'enfance. (Hôpital des Enfants-Malades et hospice des Enfants-Assistés.) — *Enseignement d vacances* (été 1928). — Des cours de revision et de perfec tionnement auront lieu pendant les mois de juillet, août e septembre 1928, dans l'ordre suivant :

Hygiène et clinique de la première enfance. — Le cours de revision et de perfectionnement d'hygiène et de clinique de la première enfance aura lieu sous la direction de M. le professeur Marfan, du mercredi 4 juillet au mardi 24 juillet 1928, avec le concours de MM. Blechmann, Hallez, Turquety, Pierre Vallery-Radot, J. Florand, J. Debray et Chevalley, anciens chefs de clinique; R. Broca, Mme Odier-Dollfus et Samsoen, chefs de clinique; Dorlencourt, chef de laboratoire, et Roudinesco, assistant.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire.

Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le mercredi 4 juillet, à 9 h. du matin; il se poursuivra chaque jour, le matin à 9 h., et l'après-midi de 15 h. 1/2 à 17 h. 1/2; il sera terminé le 24 juillet.

Clinique médicale des enfants. — Le cours de clinique et de médecine des enfants aura lieu sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Jean Hutinel, agrégé, avec le concours de MM. les docteurs Babonneix et Léon Tixier, médecins des hôpitaux; Nadal, Paraf, René Mathieu, Janet, Pichon, Boulanger-Pilet, Lebée, chefs ou anciens chefs de clinique; René Martin, ancien interne; Duhem, radiologiste des Enfants-Malades; Bidot et Prétet, chefs de laboratoire.

Il comprendra 39 leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie.

Il commencera à l'hôpital des Enfants-Malades le jeudi 26 juillet à 9 h. du matin, et l'après-midi de 16 à 18 h. Il sera terminé le samedi 11 août 1928.

Clinique chirurgicale infantile. — Le cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. les docteurs Lance, assistant d'orthopédie; Huc, Aurousseau, Fèvre et Saint-Girons, chefs de clinique et chef de laboratoire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 30 leçons et des examens de malades.

Il commencera le vendredi 14 septembre 1928 et sera terminé le mercredi 3 octobre 1928.

Sont admis au cours de revision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présenta-

tion de la quittance du versement d'un droit de 250 fr. pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile clinique. Professeur : M. Henri CLAUDE.) — Un cours de perfectionnement sera fait, sous la direction de M. le professeur H. Claude, à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, 1, rue Cabanis, du 6 au 13 juillet prochain, par MM. Lévy-Valensi, Heuyer et Tinel, médecins des hôpitaux; Santenoise, professeur agrégé; Targowla, ancien chef de clinique; Mlle Badonnel, MM. Baruk, Lamache, Daussy et Meignand, chefs de clinique; Cuel et Dubar, chefs de laboratoire à la Clinique des maladies mentales. Ce cours est destiné aux médecins et étudiants français et étrangers et portera sur des questions neuro-psychiatriques et bio-psychiatriques d'actualité.

Les conférences auront lieu deux fois par jour, à partir du 6 juillet 1928.

Les auditeurs pourront assister à l'examen quotidien des malades. — Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Droit d'inscription : 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), le lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR CUNÉO

Il y a une trentaine d'années, un jeune « roupiou », qui fréquentait le service de Clinique chirurgicale à la Charité, était chargé de procéder à quelque autopsie. Il s'acquittait de sa tâche avec tant de maîtrise, il en exposait les résultats avec une si parfaite aisance que le « père » Tillaux en restait tout ébaubi.... L'année d'après, promu à la dignité de stagiaire, il était en train de disséquer quand Poirier, alors chef des Travaux pratiques, entre dans le pavillon et demande si, parmi les élèves qui l'entourent, il s'en trouve qui sachent l'allemand. Il n'y en avait qu'un : notre ex-roupiou. Le voilà aussitôt embauché! Il emporte chez lui les Traités d'Anatomie de Henle, de Luschka, de Theile, l'Embryologie de Gegenbaur; il les traduit, il les commente, il les adapte au génie français. Il lui reste pourtant assez de temps pour travailler les concours, pusiqu'en quelques années, le voilà premier à l'externat, à l'internat, à l'adjuvat, au prosectorat. A vingt-huit ans, il est agrégé; à trente, chirurgien des hôpitaux. En 1920, il devenait le professeur Cunéo. Enfin, le 26 juin dernier, ses élèves et ses amis se réunissaient à Lariboisière pour célébrer ses vingt-cinq années d'enseignement et pour lui remettre une belle médaille due au talent, heureusement inspiré, de M. Maillard.

Brillante cérémonie, et qui réunissait, dans une salle toute fleurie et tout ensoleillée, l'élite du monde médical parisien! A la table d'honneur, M. le Doyen, entouré des professeurs Ch. Richet, Hartmann, Gosset, de M. Picot, chirurgien des hôpitaux, l'élève préféré, l'animateur de cette fête, M. Maginot, M. Sellier, conseiller municipal du quartier, M. Durand, inspecteur principal de l'Assistance publique. Dans l'assistance, MM. Banzet, A. Basset, Baumgartner, Devraigne, Dujarier, Fredet, Gandy, Labey, Lereboullet, Magitot, Michon, Netter, Ombrédanne, Ch. Richet fils, Roussy, Rouvière, Sicard, Souligoux, P. Teissier, F. Terrien, Veau, Weill-Hallé, M. Quellet, ancien directeur de Lariboisière. Tour à tour, MM. Picot, H. Roger, Hartmann, Gosset, Ch. Richet célèbrent les mérites de M. Cunéo, le charme de son amitié, l'étendue de ses connaissances, son habileté opératoire, ses dons d'organisation. M. l'inspecteur principal Durand lui apporte les félicitations de l'administration. MM. Sellier et Maginot lui expriment la gratitude, l'un, des pauvres gens du quartier, l'autre, de tous ces blessés de guerre qui, dans leur infortune, ont eu la chance de le rencontrer, et qui lui doivent la vie.

Très ému, le héros de la cérémonie se lève. Mais l'émotion ne lui enlève aucun de ses moyens. Il commence par rassurer le public, en lui affirmant que la longueur de son discours ne sera pas proportionnelle à la reconnaissance qu'il éprouve envers tous : envers son maître Hartmann, qui a fait tout ce qu'il pouvait pour ne lui laisser ignorer aucun de ses défauts; envers les disparus : Terrier et Poirier; envers M. le Doyen, toujours si bienveillant; envers ses élèves, dont l'affection l'a réconforté aux heures sombres. Il ne manque pas d'évoquer la mémoire de son père, M. le médecin inspecteur général de la marine Cunéo, qui, si heureusement, a su diriger ses premiers pas dans la carrière.

Des applaudissements nourris saluent cette péroraison et se prolongent plusieurs minutes. C'est que chacun veut exprimer au « patron », comme à l'ami, toute son admiration. Et comment n'admirerait-on pas un tel ensemble des plus rares qualités? Intelligence prestigieuse, ayant produit sur ses juges une impression éblouissante — l'expression est du professeur Ch. Richet —, Cunéo est, non pas un homme de science : il est la science universelle. Il sait, en plus de l'anatomie et de la chirurgie, l'histologie, l'anatomie pathologique, la médecine expérimentale, la pathologie interne. Il pourrait sans doute, faire au pied levé, une conférence sur la théorie de la relativité.... C'est aussi un caractère. Il n'a pas craint, jadis, de rappeler à certain général sous les ordres duquel il servait que, dans la salle d'opération, le chirurgien est le seul maître, comme le capitaine à bord de son navire. Proposé pour la rosette, en raison de ses services de guerre, il a demandé comme un service à M. Maginot de faire rayer son nom, ne voulant pas être promu officier tant que son maître Hartmann ne serait que chevalier. Il a, comme le lui rappelait si gentiment Gosset, le culte de l'amitié et la passion d'obliger. Jadis, malgré ses innombrables occupations, il a bien voulu diriger, aider de ses conseils, soutenir, encourager un petit candidat à l'internat. Il lui a donné confiance en lui-même. Il a fait de lui un médecin des hôpitaux. Quelle occasion, pour cet élève, de prouver aujourd'hui qu'il n'est pas un ingrat, et que, s'il a beaucoup appris, il n'a rien oublié!

L. BABONNEIX.

Le Métabolisme basal. Ses applications en clinique, par Claude GAUTIER, médecin des hôpitaux de Paris, et René WOLFF, chef de laboratoire adjoint à la Faculté de médecine de Paris. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 180 pages avec 11 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

LES LIGATURES DIFFICILES

Par H. BILLET,

Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

Il semble que tout ait été dit, en médecine opératoire, surtout en ce qui concerne le chapitre de ces interventions particulièrement bien réglementées que sont les ligatures artérielles. N'est-il point osé de revenir parler de ligatures, après ce qu'ont écrit Farabeuf et tant d'illustres Maîtres? J'en suis le premier très persuadé : aussi bien le travail que j'entreprends aujourd'hui ne consistera-t-il pas à recommencer, une par une, l'étude de chacune des ligatures qu'on pratique à l'amphithéâtre, à refaire, par conséquent, ce qui a été fait avant moi, et beaucoup mieux assurément que je ne le ferais. Bien au contraire, je pose dès le début ce principe, que celui qui lira ces articles connaît sa médecine opératoire, qu'il a pratiqué les ligatures classiques, et qu'il en a, surtout, supputé les difficultés.

Tous ceux qui ont eu à subir des examens ou des concours savent que l'épreuve de médecine opératoire, et la ligature en particulier, est une de celles qui donnent aux candidats quelques appréhensions, une de celles dont on n'ose dire d'avance qu'on est sûr du résultat. Cela veut dire, si je ne m'abuse, que, malgré la précision et la rigidité apparentes des règles qui président à l'exécution de chacun des temps opératoires, il persiste des causes d'erreur, qui font que le plus habile et le plus entraîné des candidats peut manquer une ligature.

Et cela est parfaitement vrai; c'est du moins l'impression très nette qui se dégage des dix et quelques années au cours desquelles j'ai été chargé d'enseigner la médecine opératoire. Ce sont toujours les mêmes ligatures qui ont la réputation d'être difficiles; ce sont toujours les mêmes que l'on manque, pour ainsi dire infailliblement; et, ce qui est plus important, c'est à peu près toujours la même faute de technique qui détermine l'échec, à tel point que je pourrais qualifier cette faute de classique. Telles, par exemple, la divagation dans le muscle vaste interne de l'opérateur qui recherche la fémorale dans le canal de Hunter; la dilacération du muscle cubital antérieur par celui qui y cherche en vain l'artère cubitale; la ligature d'un tronc du plexus brachial au lieu de l'artère sous-clavière, etc. Il n'y a point d'étudiant sérieux, de candidat averti qui ne connaisse ces fautes « classiques », et qui pourtant ne manquera pas de les commettre à la première occasion. Pourquoi?

Je me suis précisément attaché à résoudre ce problème; et c'est en observant attentivement les opérateurs, en les voyant faire, que je me suis, peu à peu, rendu compte des causes qui les amenaient, bien souvent malgré eux, à faire fausse route; je dis bien malgré eux, car la plupart d'entre eux connaissaient parfaitement la technique opératoire et s'étaient efforcés d'en suivre les règles dans leurs moindres détails.

Les deux principales causes de ces échecs m'ont paru être : d'une part, le tracé de la ligne d'incision; d'autre part, l'absence, ou tout au moins la négligence, de certains repères, surtout dans les premiers temps de l'opération.

Tracé de la ligne d'incision. — On trouvera peut-être paradoxal de soutenir que les lignes d'incision, qui ont été précisément imaginées pour guider l'opérateur, puissent être une des causes de son échec. Rien n'est cependant plus exact, à mon avis, tout au moins pour certaines ligatures. Je suis absolument convaincu que c'est la ligne d'incision qui fait faire fausse route aux neuf dixièmes des opérateurs, dans la ligature de l'humérale au tiers moyen, de la cubitale au tiers moyen, de la fémorale au canal de Hunter, et même des carotides.

La faute en revient, pour une grande part, à ceux qui ont décrit, avec tant de minutie, la manière de tracer ces lignes d'incision : une telle précision, presque mathématique, écarte toute idée d'erreur possible; on en arrive tout naturellement à se persuader que l'artère se trouve très exactement dans le plan de la ligne qu'on a tracée avec tant de soin et à oublier complètement qu'elle chemine, plus ou moins capricieusement, dans un interstice musculaire déterminé. Lorsque celui-ci est superficiel, ou très large, une erreur de quelques millimètres n'aura point de conséquences : il faudrait presque le faire exprès pour manquer la ligature de la fémorale au tiers moyen de la cuisse ou celle de la radiale, en n'importe quel point de son parcours dans l'avant-bras. Mais, pour peu que cette gouttière soit étroite ou profonde, et surtout si l'une de ses berges est un écueil dans lequel il ne faut, à aucun prix, s'égarer, la même erreur de quelques millimètres peut être fatale.

Or ces lignes d'incision ne correspondent pas toujours strictement aux interstices musculaires; elles sont faites pour des sujets moyens; dès lors que vous avez affaire à des sujets gras ou à des sujets maigres, à des hommes très musclés ou à des femmes de musculature frêle, elles ne sont plus qu'approximatives. Je suis d'ailleurs persuadé que les auteurs, qui ont imaginé et décrit ces lignes d'incision, et qui étaient soit des anatomistes, soit des chirurgiens, n'ont jamais eu l'idée qu'on pourrait dissocier ces deux éléments : l'interstice musculaire et la ligne d'incision; il suffit, pour s'en convaincre, de constater avec quel soin Farabeuf décrit et dessine l'un et l'autre. Malheureusement, en pratique, il n'en est presque jamais ainsi : on oublie l'interstice pour ne se souvenir que de la ligne d'incision..... et l'on aboutit à ce résultat, paradoxal, et pourtant trop réel, que ce sont souvent ceux qui tracent avec le plus de soin leurs lignes d'incision, qui manquent leurs ligatures.

J'en suis arrivé, pour ma part, à *déconseiller délibérément le tracé de ces lignes artificielles.* Je ne les admets que dans les cas où il n'est pas possible de délimiter par le palper l'interstice musculaire dans lequel il faudra pénétrer, exemple : dans la ligature de l'artère tibiale antérieure au tiers supérieur de la jambe, où l'épaisseur de l'aponévrose jambière masque bien souvent l'interstice jambier antérieur-

extenseur des orteils. Ou bien encore, dans les cas où l'artère ne chemine pas dans une gouttière musculaire, telles les artères de la paume de la main.

A ces rares exceptions près, j'engage les opérateurs à déterminer avec soin la gouttière musculaire dans laquelle se trouve le vaisseau qu'ils veulent lier. C'est sur cet interstice qu'ils se guideront pour tracer l'incision : cette dernière se pratiquera tantôt en suivant exactement l'interstice lui-même ; tantôt, au contraire, il sera préférable de se porter délibérément, soit en dedans, soit en dehors de lui. J'aurai soin de le préciser et d'en indiquer la raison, à propos de chaque ligature en particulier.

Les repères. — N'existe-t-il pas déjà suffisamment de repères, est-ce un besoin réel d'en proposer de nouveaux? Farabeuf en a tant décrits — et avec quelle minutie ! — que j'éprouve évidemment quelque gêne à soutenir cette thèse, que nombre de ligature échouent, faute d'un bon repère.

Et pourtant, c'est ainsi : c'est du moins ce que mon expérience m'a obligé de constater. Les repères de Farabeuf sont excellents, je ne le conteste nullement. Mais il faut bien reconnaître qu'un très grand nombre d'entre eux sont tels, que, lorsqu'on les a trouvés, on a, pour ainsi dire, trouvé l'artère, ce qui revient à dire qu'ils sont aussi difficiles à découvrir que le vaisseau lui-même. Je m'explique avec des exemples. J'estime que celui qui, cherchant à lier la fémorale au canal de Hunter, a découvert les vaisseaux anastomotiques, a virtuellement fait sa ligature : il lui est à peu près matériellement impossible de s'égarer, à partir ce ce moment; de même, celui qui a trouvé le petit nerf du grand pectoral, en allant à la recherche de l'artère axillaire sous la clavicule. Par contre — et c'est ce qui arrive toujours à celui qui fait fausse route — on peut très bien rester en chemin et ne trouver, ni les vaisseaux anastomotiques, ni le nerf du grand pectoral.

De plus en plus, j'ai acquis la conviction que ce n'était pas dans la profondeur, tout près du but, mais dans les plans superficiels, qu'il fallait chercher ses repères. Ces repères seront presque toujours des muscles. Superficiels en général, toujours faciles à reconnaître, ils constituent des guides infaillibles et je n'hésite pas à les considérer parfois comme la véritable clef de la ligature : tels le muscle couturier, pour la ligature de la fémorale au canal de Hunter, ou le biceps, pour la ligature de l'humérale au tiers moyen, ou le scalène antérieur pour la ligature de la sous-clavière, etc...

Grâce à une incision judicieusement tracée et grâce à un repère choisi dans les plans superficiels, l'opérateur se trouve pour ainsi dire d'emblée lancé dans la bonne voie, et sûr du succès.

Ce sont là les données essentielles de mon travail. C'est sur ces points particuliers que j'insisterai dans les chapitres qui vont suivre, et qui ne traiteront que des ligatures que je considère comme les plus difficiles. Ces ligatures sont celles qui m'ont paru donner lieu le plus fréquemment à des échecs, et aux mêmes échecs. J'y ajouterai trois ligatures, qui manquent dans beaucoup de traités classiques : les arcades palmaires, superficielle et profonde, les artères plantaires à leur origine.

Voici d'ailleurs la liste des ligatures que je me propose d'étudier :

Arcades palmaires, superficielle et profonde.
Artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.
Artère humérale à la partie moyenne du bras.
Artère axillaire sous la clavicule.
Artère sous-clavière en dehors des scalènes.
Les carotides interne et externe à l'origine.
Artère fessière.
Artère fémorale au canal de Hunter.
Artère tibiale antérieure au tiers supérieur de la jambe.
Artères tibiale postérieure et péronière.
Artères plantaires à l'origine.

LIGATURE DES ARCADES PALMAIRES

Dans une note, qui termine le chapitre de son *Précis de médecine opératoire* qui traite des ligatures, Farabeuf écrit ce qui suit : « Après avoir étudié les deux Mémoires de Delorme sur les ligatures des artères de la main et du pied, j'ai reconnu qu'il m'était impossible de donner ici des indications utiles, à moins d'y consacrer un très grand nombre de pages et de figures... Je me borne donc à signaler le sérieux travail de mon confrère de l'armée. »

L'hommage était précieux et rare, venant d'un tel maître ; il a malheureusement été cause que les ligatures de la main et du pied ne sont pas devenues classiques au même titre que les autres. Le Mémoire de Delorme (1), qui date de 1880, et qui appartient à la collection des Mémoires publiés par l'Académie de médecine est à peu près introuvable aujourd'hui; la plupart des magnifiques planches qui illustrent son travail sont mal connues; quelques-unes ont été cependant reproduites, presque toujours d'ailleurs, assez inexactement.

Les ligatures des arcades palmaires sont cependant fort intéressantes, à différents égards, surtout la ligature de l'arcade profonde. Nous désirerions que le présent travail leur procure un regain d'actualité et de vitalité.

A. LIGATURE DE L'ARCADE PALMAIRE SUPERFICIELLE. — L'arcade palmaire superficielle n'existe pas, au point de vue chirurgical. C'est la conclusion qui se dégage des travaux de Delorme et de ses élèves. L'anastomose entre la cubitale et la radio-palmaire, à laquelle les anatomistes ont donné le nom d'arcade palmaire superficielle, est inconstante, à la fois comme existence, comme situation et comme volume. Nous ne reproduirons pas ici de statistiques; elles n'ont aucun intérêt pour le chirurgien car elles ne lui permettent point de prévoir si le sujet qu'il va opérer a ou n'a pas d'arcade palmaire.

La donnée pratique qui ressort de cette constata-

(1) *De la Ligature des artères de la paume de la main et en particulier des artères profondes et des artères de la plante du pied*, 18 planches lithog., Paris 1882, Masson, édit.

tion, c'est que le chirurgien devra chercher, non pas l'arcade palmaire, mais la *terminaison de l'artère cubitale.* Celle-ci, en effet, est constante, en existence et en direction, tout au moins dans l'espace compris entre le poignet et la ligne de Beckel. Inutile de dépasser la ligne de Beckel, au-dessous de laquelle vous ne la rencontreriez que dans 1 p. 100 des cas environ.

Au-dessus de la ligne de Beckel, le trajet de l'artère cubitale est remarquablement fixe. Il n'existe malheureusement pas de gouttière musculaire pour préciser sa situation, puisque le vaisseau serpente dans la nappe assez abondante de tissu cellulo-graisseux qui s'interpose entre l'aponévrose palmaire et les tendons fléchisseurs superficiels. Force

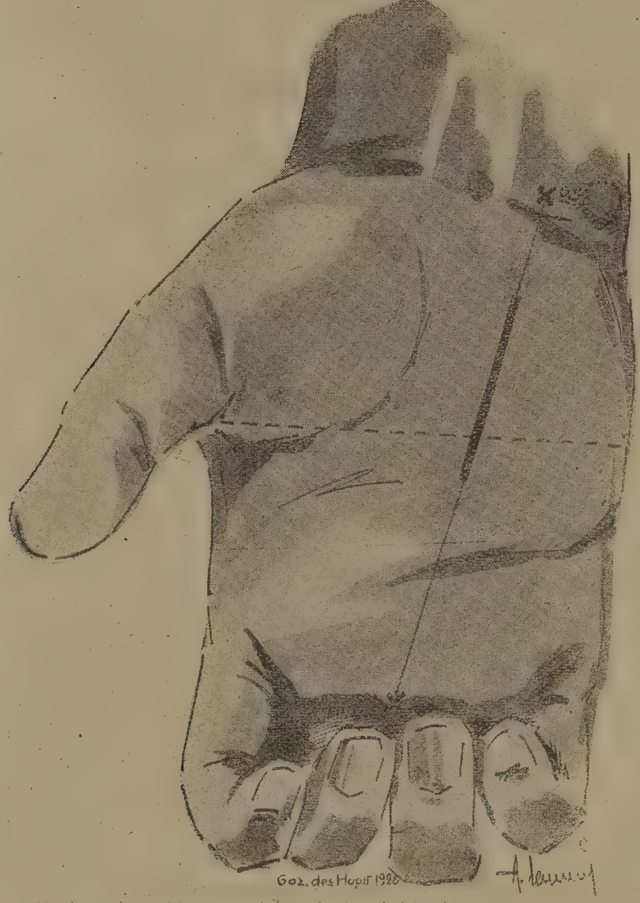


Fig. 1. — *Ligne d'incision pour la ligature de l'arcade palmaire superficielle* (ligne de Delorme).
En pointillé, la ligne de Beckel.

nous est donc d'avoir ici recours à une ligne d'incision artificielle. Mais force nous est aussi de reconnaître que les recherches de Delorme ont abouti à nous proposer une ligne d'incision qui répond d'une manière rigoureusement exacte au trajet du vaisseau; c'est une ligne qui commence en haut, à un demi-centimètre en dehors du pisiforme et qui aboutit, en bas, à l'espace interdigital qui sépare le médius de l'annulaire (fig. 1).

Avec des notions d'une telle précision, la ligature de l'arcade palmaire superficielle, ou plus exactement de la portion terminale de l'artère cubitale, devient facile; en voici les divers temps :

1° *Tracé de la ligne d'incision.* — Tracer sur la paume de la main la ligne de direction sus-mentionnée et la ligne de Beckel. L'incision, longue de 4 centimètres, ne dépassera que très légèrement en bas la ligne de Beckel (fig. 1).

2° *Incision de l'aponévrose palmaire.* — Une fois la peau incisée on en disséquera quelque peu les bords pour dégager l'aponévrose palmaire dont les

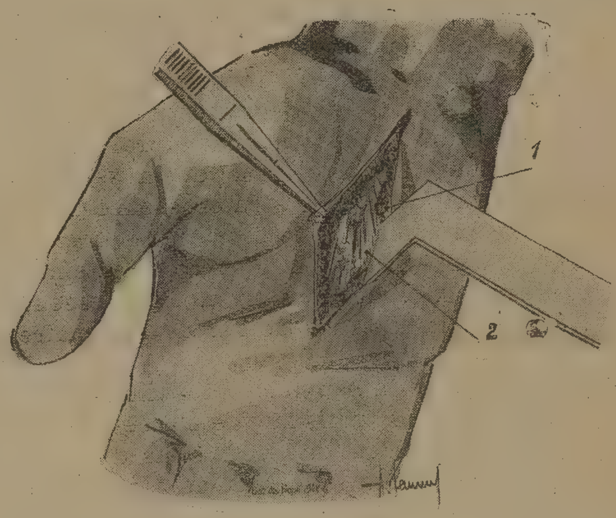


Fig. 2. — *Découverte de l'aponévrose palmaire.*
1. Le tissu cellulaire sous-cutané, sectionné au ras de l'aponévrose. — 2. L'aponévrose palmaire.

fibres nacrées apparaîtront aussitôt (fig. 2). L'aponévrose s'incise sur la sonde cannelée; il faut, en effet, prendre soin de ne pas sectionner du même coup l'aponévrose et les vaisseaux sous-jacents.

3° *Ligature.* — Si la ligne d'incision a été bien faite, il n'est pas besoin d'aller chercher l'artère :

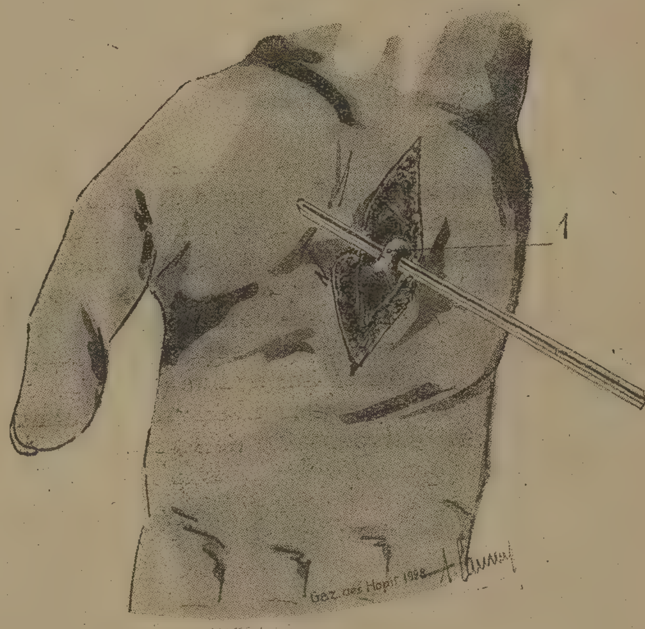


Fig. 3. — *Ligature de l'artère.*
1. Terminaison de l'artère cubitale.

elle apparaît immédiatement entre les lèvres réclinées de la section aponévrotique. Il faut la dégager cependant de ses veines satellites qui lui adhèrent assez intimement (fig. 3).

B. Ligature de l'arcade palmaire profonde. — Contrairement à la superficielle, l'arcade palmaire profonde existe toujours. Sa portion transversale occupe une position constante dans la couche profonde de la paume de la main, entre le plan des tendons fléchisseurs et le plan interosseux, sous l'aponévrose interosseuse. Elle chemine là avec ses veines satellites, très adhérentes, et avec le nerf cubital profond, qui la croise obliquement, tantôt en avant, tantôt en arrière, et qui, par sa coloration blanche, constitue un bon repère, mais un repère profond, c'est-à-dire de valeur assez relative.

Pour atteindre l'arcade palmaire profonde, il faut donc traverser tous les plans de la paume de la main, jusqu'à l'aponévrose interosseuse inclusivement. Encore faut-il effectuer cette traversée à bonne hauteur, si l'on veut arriver directement sur le vaisseau. Ce sont les deux notions essentielles qui régissent la ligature de l'arcade palmaire profonde.

La traversée de la paume de la main peut se faire de plusieurs façons; mais la voie d'accès de choix, à la fois la plus anatomique et la plus directe, c'est celle qu'a très minutieusement étudiée Delorme et qui passe entre les tendons fléchisseurs de l'index et du médius. Une fois, en effet, l'aponévrose palmaire incisée, l'opérateur ne trouve pour ainsi dire pas d'obstacle : en dedans, c'est le paquet des tendons fléchisseurs des trois derniers doigts, formant un bloc unique, avec leur synoviale et leurs lombricaux; en dehors, ce sont les deux tendons de l'index, plaqués par une cloison propre, contre la grande cloison intermusculaire externe, avec leur synoviale propre et leur lombrical, qui, inséré seulement sur le tendon fléchisseur profond de l'index, ne comble pas, comme les autres, l'espace intertendineux. Les seuls éléments gênants qu'on peut rencontrer sur cette route sont : l'arcade palmaire superficielle, quand elle existe; on la sectionnera entre deux pinces; un ou deux filets du nerf médian, qui seront facilement réclinés en dehors.

Est-il besoin d'une ligne d'incision pour repérer cet interstice sur la peau? Delorme a décrit une ligne de direction, partant du talon de la main et aboutissant à l'espace interdigital qui sépare l'index du médius. Il suffit de regarder attentivement la paume de la main pour constater que cette ligne correspond exactement à l'interstice qui sépare les tendons fléchisseurs de l'index et du médius (fig. 4).

Mais à quelle hauteur se trouve l'arcade palmaire profonde? Il est indispensable de le bien préciser, car j'ai constaté que les opérateurs avaient une tendance instinctive à la chercher toujours beaucoup trop bas. Rappelez-vous que l'artère chemine à la base des métacarpiens, c'est-à-dire très peu au-dessous de l'interligne carpo-métacarpien, c'est-à-dire presque à la limite supérieure de la région palmaire. « En appliquant deux doigts, l'index et le médius, dit Delorme, de telle façon que la pulpe de l'index réponde exactement à la partie la plus saillante du pisiforme, le vaisseau répond au bord inférieur du médius du chirurgien ».

C'est pour cette raison que *les incisions devront commencer très haut*, empiéter même sur la région du poignet, et qu'il sera indispensable de sectionner le tiers inférieur du ligament annulaire du carpe, si l'on veut avoir un jour suffisant pour arriver sur l'artère. C'est la seule cause d'échec que je connaisse pour cette ligature; il est, en effet, à peu près impossible de faire fausse route et de manquer le bon espace intertendineux; par contre, on va facilement trop bas et l'on dilacère vainement le tissu cellulo-graisseux profond de la paume de la main. Il suffira, pour éviter cette faute, de se souvenir de la situation normale de l'artère, à l'extrémité superieure des espaces interosseux.

Ces notions suffisent à faire comprendre la succession des temps opératoires.



Fig. 4. — *Tracé de l'incision pour la ligature de l'arcade palmaire profonde* (ligne de Delorme). En pointillé, la ligne de Beckel.

Traversant la ligne d'incision : en bas, l'arcade palmaire superficielle; en haut, l'arcade palmaire profonde projetées sur la peau.

1° *Incision cutanée.* — Tracer la ligne de Delorme, depuis le talon de la main jusqu'à l'espace interdigital qui sépare l'index du médius; et sur cette ligne, faire une incision longue de 8 centimètres, commençant presque à son extrémité supérieure (fig. 4). Rappelez-vous, dès maintenant qu'il n'y a que des avantages à aller haut.

2° *Incision de l'aponévrose palmaire.* — Faire cette incision sur la sonde cannelée, à cause des vaisseaux et des nerfs sous-jacents. Aller de bas en haut; en haut, entamer carrément le ligament annulaire du carpe, sur 1 ou 2 centimètres.

3° *Cheminement vers la profondeur.* — Couper l'arcade palmaire superficielle entre deux pinces, si

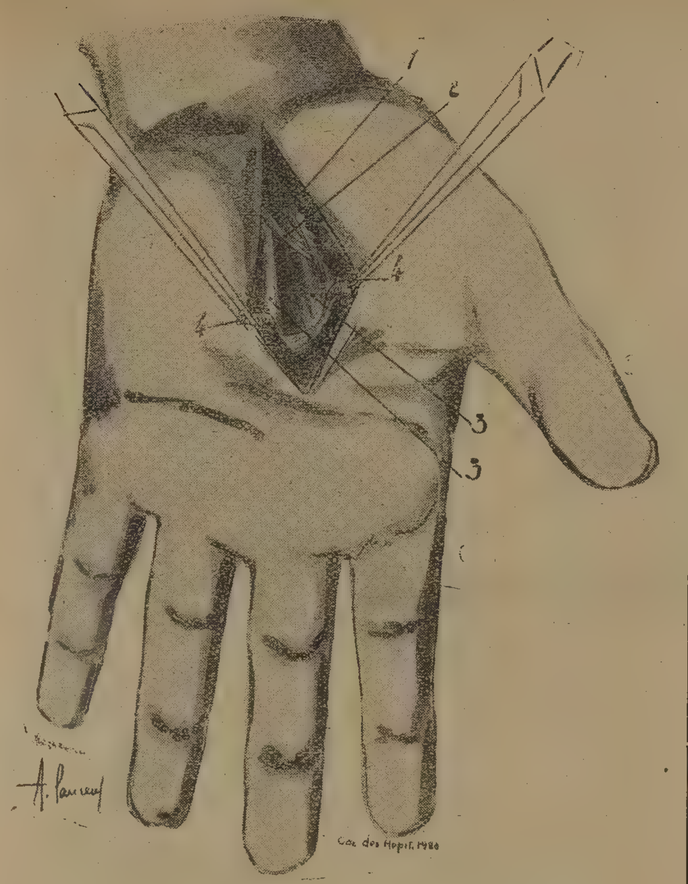


FIG. 5. — *La voie d'accès à l'arcade palmaire profonde.*

1. Aponévrose palmaire et ligament annulaire du carpe. — 2. Nerf médian. — 3. Les tendons fléchisseurs de l'index. 4. L'arcade palmaire superficielle, sectionnée entre deux pinces. — 5. Les tendons fléchisseurs du médius.

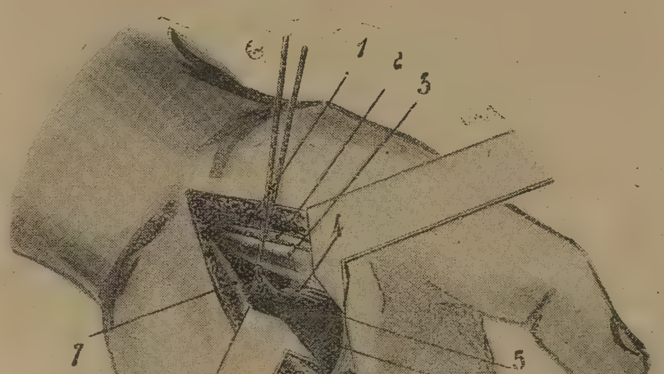


FIG. 6. — *Ligature de l'artère.*

1. Ligament annulaire du carpe. — 2. Nerf médian. — 3. Tendons fléchisseurs de l'index. — 4. Nerf cubital profond. — 5. L'arcade palmaire profonde liée. — 6. Muscle adducteur du pouce. — 7. Tendons fléchisseurs du médius.

elle existe; récliner en dehors les branches du médian (fig. 5).

Pénétrer avec la sonde cannelée dans l'interstice qui sépare les tendons fléchisseurs du médius des tendons fléchisseurs de l'index. Placer un écarteur de chaque côté et faire fléchir les doigts, pour agrandir l'espace. Le plan profond sera visible en totalité, pour peu que l'aide soulève l'écarteur qui charge le paquet des fléchisseurs des trois derniers doigts.

4° *Ligature.* — Par de petits coups transversaux de la sonde cannelée, dilacérer prudemment, *et dans la partie toute supérieure de la région*, le tissu cellulo-graisseux qui recouvre le plan interosseux. Vous décélerez très rapidement les vaisseaux palmaires profonds et le nerf cubital. C'est généralement ce dernier que vous apercevrez le premier à cause de sa blancheur éclatante. Il vous aidera à trouver l'artère, qui est, tantôt devant, tantôt derrière lui, et que vous isolerez soigneusement de ses veines satellites (fig. 6). (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUIN 1928)

Forme suppurative du cancer hilaire du poumon. — MM. P. HARVIER et A. LICHTWITZ présentent l'observation et les pièces d'un cancer hilaire à point de départ bronchique qui, pendant près de quatre mois, a évolué sous le masque d'une suppuration broncho-pulmonaire (fièvre à grandes oscillations, expectoration purulente abondante, signes cavitaires de la partie moyenne du poumon gauche), sans qu'on ait pu reconnaître, à aucun moment de l'évolution, les signes habituels du cancer.

Pigmentation cutanéo-muqueuse avec insuffisance pluriglandulaire et modifications de la thiémie. — MM. ROUILLARD et BARREAU présentent une femme de trente-quatre ans qui est atteinte depuis deux ans d'une pigmentation cutanéo-muqueuse très accentuée, avec hypotension artérielle, mais sans épuisement rapide de la force musculaire. On note les signes d'une insuffisance pluriglandulaire, aménorrhée depuis treize ans, hypothyroïdie; le soufre du sang est augmenté et particulièrement le soufre non oxydé, ce qui, d'après Loeper, s'observe dans les insuffisances surrénales et dans certaines affections hépatiques.

Sur un cas d'asystolie utérine. — MM. A. LEMIERRE, R. GARCIN et J. LACAVE-LAPLAGNE rapportent l'observation d'une femme de cinquante et un ans qui, depuis cinq ans, présentait des métrorragies continuelles. Le col de l'utérus était gros et déchiré. La malade était atteinte d'un rétrécissement mitral, avec tachycardie sans arythmie. Un traitement digitalique ralentit le pouls et arrêta les métrorragies qui ne se reproduisent plus à condition que la malade fasse des cures périodiques de digitale. Les métrorragies ont constitué chez cette femme le seul indice de défaillance cardiaque.

Syndrome cholérotyphoïde, orchi-épididymite et vaginalite suppurée à colibacilles. — M. G. DELAMARE.

Modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien après la malariothérapie. — M. PAULIAN.

Bronchographie par la méthode de Singer. — M. SNAPPER.

Un cas d'aortite abdominale. — MM. HATZIEGANU et ANCA.

Septicémie pneumobacillaire avec réaction méningée atypique. — MM. FAURE-BEAULIEU et DESBUQUOIS relatent l'observation anatomo-clinique d'une pneumobacillose à allure septico-pyohémique suraiguë. Le diagnostic, d'abord égaré par la présence d'un herpès péribuccal qui évoquait plutôt l'idée d'une septicémie d'autre nature, fut fait grâce à l'hémoculture. Peu de temps avant la mort, un syndrome méningé discret (délire hallucinatoire, raideur de la nuque), noyé en partie dans l'atteinte très grave de l'état général, incita à faire une ponction lombaire qui donna issue à un liquide hémopurulent fourmillant de pneumobacilles. Les auteurs font remarquer le caractère paradoxal de cette dissociation physiopathologique qu'on ne peut faire rentrer dans le cadre d'aucune des modalités connues de réaction méningée pneumobacillaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1928)

Action de la synthaline sur la glycémie du chien normal. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle S. GIBERT. D'une série d'expériences faites chez le chien avec la synthaline en ingestion, les auteurs constatent que la synthaline a des effets très variables : tantôt hyperglycémiants, tantôt hypoglycémiants.

Il existe une réaction hyperglycémique paradoxale le plus souvent immédiate parfois tardive et prolongée due à la synthaline. Celle-ci a une action très inconstante sur l'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de glucose, soit qu'elle la réduise, soit qu'elle l'exagère dans sa durée ou dans son intensité. Ces variations ne dépendent pas de la dose ingérée, mais des réactions individuelles d'animal à animal. Contrairement à l'insuline, la synthaline ne saurait donc être considérée chez le chien comme un agent constant d'hypoglycémie.

Action de la synthaline sur la glycémie du chien dépancréaté. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle S. GIBERT ayant étudié chez huit chiens dépancréatés l'action de la synthaline — donnée à des doses voisines des doses thérapeutiques — ont constaté une réaction hyperglycémique immédiate dans presque tous les cas (7 sur 8) et une recrudescence de la glycosurie. L'hyperglycémie a persisté dans un cas, même après vingt-quatre heures.

De plus, la synthaline n'entrave, ni dans sa durée, ni dans son intensité, la poussée hyperglycémique secondaire à l'ingestion de glucose. Les chiens dépancréatés soumis à la synthaline par périodes prolongées, manifestent des signes d'intolérance et succombent rapidement. L'action de la synthaline est donc tout à fait différente de celle de l'insuline.

Recherches sur l'œdème local provoqué. Action expérimentale de quelques substances néphrotoxiques. — MM. E. SCHULMANN et J. MAREK ont apprécié dans des notes précédentes le temps nécessaire à la résorption chez le lapin, d'une boule d'œdème provoquée par l'injection de 0,01 centimètre cube d'une solution isotonique de chlorure de sodium dans l'hypoderme de l'oreille. Après avoir étudié différentes modalités physiologiques, ils passent sur le terrain pathologique et expérimentent l'action de trois substances néphrotoxiques : le nitrate d'urane, le chromate de potasse et le sublimé. Ils obtiennent avec ces trois poisons une importante diminution de durée de la boule d'œdème. Le nitrate et le chromate déterminent de plus un œdème important des séreuses et même des flancs, le sublimé ne s'accompagne d'aucune infiltration. Cette différence est due sans doute à la diarrhée abondante que provoque le sel mercuriel.

Sans renoncer à l'importance du facteur capillaire dans l'organisation des œdèmes, les auteurs pensent qu'ici le problème est plus complexe.

Toxicité du nitrate d'urane en injection sous-cutanée chez le lapin. — MM. Marcel GARNIER, E. SCHULMANN et J. MAREK établissent d'abord que le nitrate d'urane est différemment supporté par le lapin et par le chien, la dose mortelle est de 3 milligrammes par kilog pour le premier et de 2 milligrammes seulement pour le second. La survie est plus courte chez le lapin ou elle n'atteint que cinq à six jours tandis que chez le chien elle dure en moyenne dix jours.

Chez le lapin comme chez le chien le temps de survie est le même si la dose de poison injectée représente plusieurs doses mortelles, il faut toujours le même temps à la néphrite pour évoluer jusqu'à la mort.

L'albumine persiste jusqu'à la fin, même quand l'oligurie est très marquée et que l'azotémie dépasse 3 grammes, elle peut être éliminée à une concentration considérable.

Il semble aux auteurs que le nitrate d'urane détermine dans l'organisme la formation d'une albumine spéciale qui trouve sa voie d'élimination par le filtre rénal.

Essai de traitement abortif de la fièvre typhoïde au moyen de l'antivirus Besdedka. — M. J. LUXENBOURG. Il résulte des observations faites à l'hôpital de Czyste à Varsovie, sur trente-sept malades atteints de fièvre typhoïde, que l'antivirus typhique de Besredka injecté dans les veines produit un effet thérapeutique, qui est d'autant plus accusé que le traitement a été commencé plus près du début de la maladie. Employé au cours du premier et même du deuxième septenaire, l'antivirus jugule la marche de la fièvre typhoïde. Aucun des malades traités par l'antivirus dès le début n'est devenu porteur de bacilles typhiques.

Démonstration histochimique de la formation de corps à fonctions aldéhydiques aux dépens des enclaves graisseuses et lipidiques. — M. J. VERNE. Les enclaves graisseuses ou lipidiques de divers tissus contiennent des substances à fonction aldéhydique, libérées au cours de la fixation par les chlorures de platine ou de mercure. Ces substances font partie du métabolisme normal des corps gras et spécialement des glycérides et des phosphatides aux dépens desquels elles semblent se former par oxydation. Sur les coupes, toutes les enclaves grasses peuvent leur donner naissance sous l'action des oxydants. A l'état normal et à l'état vivant, elles n'apparaissent jamais dans le parenchyme hépatique ou dans la fasciculée de la cortico-surrénale. Elles sont constantes, à côté d'autres corps gras, dans le muscle, dans la gaine de myéline et les enclaves de diverses cellules glandulaires. Elles se forment abondamment et peuvent persister seules dans certaines régions du tube urinaire, dans les corps jaunes, la réticulée de la cortico-surrénale et la médullo-surrénale.

La vaccination régionale. Son application au traitement des salpingites. — MM. P. POINCLOUX et WEISSMANN rapportent les quatre premières applications qu'ils ont faites, à des salpingites, de la méthode de vaccination régionale.

Nouvelle méthode d'immunisation curative. La vaccination régionale. — M. P. POINCLOUX, au cours des recherches qu'il a faites dans le service du docteur Basset, à l'hôpital des Enfants-Malades, a établi par l'observation et démontré le fait suivant :

Dans les phénomènes déclanchés par l'injection d'un vaccin, un lien existe, quant aux effets engendrés, entre ces effets, l'espèce utilisée à l'état vaccinal et le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme. Le vaccin est le plus favorable quand il contient le ou les germes pathogènes et quand il est offert à l'organisme par le point ayant servi de porte d'entrée au microbe.

L'auteur propose pour cette méthode le nom de vaccination régionale.

Valeur de quelques épreuves rachimanométriques au cours de l'hypertension intracranienne. — MM. H. CLAUDE,

A. Lamache et P. Schiff. L'étude du quotient rachidien d'Ayala et de la tension différentielle de Nunez présente un réel intérêt au cours de l'hypertension intracranienne ; toutefois un diagnostic hésitant entre méningite séreuse ou tumeur cérébrale ne saurait trouver un appoint décisif dans l'étude de ces données rachimanométriques étudiées au cours de vingt tumeurs cérébrales et de dix-sept méningites séreuses, elles se sont trouvées en défaut dans 30 p. 100 des cas.

M. Strohl, en réponse à M. Bourguignon, conteste la valeur de ses expériences effectuées sur l'homme et tendant à montrer qu'il n'y a pas d'influence de la polarisation cutanée sur la chronaxie. Ces expériences sont en effet en contradiction avec les lois élémentaires du courant électrique.

Quant aux résultats obtenus sur le lapin, ils peuvent s'expliquer par une différence entre la capacité de polarisation de la peau de cet animal et celle de l'homme.

Fièvre jaune. — MM. A. Pettit, G. Stefanopoulo, C. Aguessy et C. Kolochine. L'origine spirochétienne de la fièvre jaune, que soutenait encore dans sa dernière publication (mai 1928) H. Noguchi, n'est plus admissible; aux faits déjà invoqués, il faut ajouter cette condition que le sang des convalescents ne renferme ni agglutinine, ni lysine, ni immunisine pour douze spirochètes dont le leptospira icteroïdes.

Le virus amaryllique est filtrable ; le macacus rhesus (singe asiatique) est très sensible et meurt de l'inoculation de ce virus en quatre à six jours, sans présenter d'ictère mais avec des lésions hépatiques et rénales caractéristiques.

Le macacus sinicus est moins sensible et peut guérir après une infection atténuée; dans d'autres cas, il meurt.

Les singes africains inoculés sont demeurés réfractaires au virus; leur sérum est utilisable.

Avec du virus atténué, il est possible de vacciner le rhesus contre la fièvre jaune.

Les auteurs rendent hommage aux médecins anglais et américains qui étudient la fièvre jaune : Stokes qui le premier a passé le virus au rhesus; Sellards qui a rendu le virus transportable grâce à la congélation ; Hindle qui a préparé du vaccin formolé.

Les auteurs s'inclinent devant Stokes, Noguchi et Young, morts de la fièvre jaune en expérimentant.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1928)

Ostéite fibreuse nodulaire pycnotique disséminée. Radiographie holo-squelettique. — MM. Sicard, Gally et Paraf montrent une épreuve radiographique réalisée pour la première fois en France chez le vivant, en un seul tenant, par les maisons Kodak-Pathé et Gaiffe-Gallot-Pilon, et représentant l'ensemble du squelette d'une jeune malade de vingt-quatre ans, atteinte de tumeurs osseuses généralisées du crâne, du bassin et des membres, tumeurs dont l'aspect radiologique, arrondi, nodulaire ou nummulaire, ne semble pas encore décrit. Or, la biopsie a montré qu'il s'agissait d'un type histologique très particulier, qui s'apparente aux groupes des ostéites fibreuses, mais sans géodes et avec prédominance des processus de condensation (pycnose). La symptomatologie clinique est fruste. L'activité physique de la malade est suffisante, mais il existe des douleurs lombo-sciatiques et de l'amaigrissement. Les traitements par les rayons ultra-pénétrants sont en cours.

Un cas de mal perforant plantaire au cours d'un tabes fruste. — M. A. Thomas présente un cas de mal perforant plantaire qui a récidivé malgré plusieurs interventions chirurgicales (ablation de l'ulcération torpide et greffe consécutive; immobilisation en appareil plâtré; puis nouvelle ablation). Le tabes est maintenant avéré, car il se manifeste par l'abolition du réflexe achilléen gauche, par des troubles sphinctériens et par des troubles pupillaires. L'examen attentif du greffon cutané, sur lequel le mal perforant s'est reproduit, montre que l'irrigation en est suffisante (épreuve du bain chaud), mais que l'innervation seule en est déficiente (hypoesthésie très marquée).

Syndrome catatonique et paralysie générale. — MM. Crouzon, Justin Besançon et Paul Ducas présentent un malade dont l'aspect est celui d'un dément précoce à forme catatonique typique, mais chez lequel la ponction lombaire révèle l'existence d'une spécificité que faisait déjà soupçonner la présence d'une cicatrice suspecte de la verge et d'un ganglion sus-épitrochléen. Après avoir éliminé l'hérédo-spécificité et la spécificité cérébrale, les auteurs l'envisagent comme un cas de catatonie, survenant chez un paralytique général. A ce sujet, ils rappellent les travaux parus sur cette question. Ils insistent sur la pureté des symptômes de leur malade, qui, d'emblée et avant tout, s'est présenté comme un dément précoce, sur l'intérêt qu'il y a à pratiquer une ponction lombaire chez tout dément précoce, dès que l'examen donne le moindre soupçon de spécificité.

Etude comparative expérimentale et clinique des manifestations du syndrome catatonique. — MM. H. de Jong (d'Amsterdam) et H. Baruk ont confronté les résultats de leurs recherches respectives sur la catatonie, recherches expérimentales pour de Jong, recherches cliniques pour Baruk. Expérimentalement, l'injection de bulbocapnine à doses moyennes chez le chat permet de réaliser, chez cet animal, un véritable syndrome catatonique, caractérisé non seulement par l'état cataleptoïde de De Jong, mais encore par de la passivité, par du négativisme et par certains mouvements inattendus dans certaines conditions qui menacent l'équilibre. Mais la bulbocapnine ne provoque ce syndrome que lorsque le cortex du chat est intact (Schaltenbrand). La catatonie clinique est tout à fait analogue à la catatonie expérimentale, non seulement par ses symptômes cardinaux, mais encore par les résultats de l'examen de la chronaxie (mesurée par M. Bourguignon) et de diverses explorations physiologiques, en particulier des courbes électromyographiques (Claude, Baruk et Thévenard).

Les auteurs étudient les composantes principales du syndrome catatonique, et en discutent la physiologie pathologique en insistant sur les faits suivants :

1° Il existe à la base de la catatonie des signes d'une atteinte corticale importante.

2° Cette atteinte corticale ne peut toutefois suffire à expliquer tous les symptômes, notamment les troubles vasculaires, les troubles sécrétoires et les altérations du métabolisme.

3° Tous ces faits montrent qu'il est impossible de penser que la catatonie dépendrait d'une localisation étroite; ils mettent en valeur l'importance du caractère de diffusion de l'atteinte cérébrale.

4° L'étude comparative de la catatonie et du tremblement a fait admettre à de Jong qu'il y a, dans la catatonie, augmentation du seuil de décharge de certaines cellules, notamment des cellules corticales.

5° Enfin il importe de souligner qu'il faut une dose suffisante du toxique pour provoquer la catatonie expérimentale, et que la catatonie clinique évolue par poussées, particulièrement la catatonie du type Kahlbaum, que les auteurs ont surtout en vue dans cette étude.

Syndrome de Parinaud : crises oculogyres, rire spasmodique, narcolepsie en apparence essentielle dans l'encéphalite prolongée. — MM. J. Lhermitte, J. de Massary et Kyriaco insistent sur trois points de l'observation. Tout d'abord, la fréquence et la persistance, pendant deux années, d'attaques de narcolepsie, qui ressemblaient à la narcolepsie essentielle, puisqu'elles n'étaient accompagnées d'aucun phé-

nomène neurologique et qu'elles n'avaient pas été précédées de syndromes rappelant l'encéphalite ; ensuite la survenance, au cours du parkinsonisme le plus typique, de crises de rire forcé spasmodique analogue à celui des pseudo-bulbaires.

Contrairement à ce qu'il en est dans ces derniers cas, où les malades sont tristes parce qu'ils rient (Lhermitte), chez le malade présenté, l'attaque de rire entraîne un sentiment de joie et d'hilarité générale.

Le dernier point intéressant a trait à la paralysie verticale du regard, associée à des crises oculogyres. Ces dernières paraissent déclenchées par l'application du traitement par le datura, qui leur permet de se produire, semble-t-il, en relâchant l'hypertonie permanente.

Le phénomène de la préhension forcée, expression d'un ramollissement complet de la première frontale. — MM. Jean Lhermitte, Paul Schiff et Courtois rapportent l'observation d'un vieillard syphilitique, chez lequel survint une hémiparésie droite fruste. Cette hémiparésie se traduisait surtout par une contracture passagère du membre supérieur et du membre inférieur droits, celle-ci étant provoquée, le plus souvent, par des mouvements passifs. En outre, on était frappé par ce fait que la main droite du malade s'agrippait fortement à tous les objets qui venaient à son contact, et que les doigts étaient d'autant plus crispés que l'on s'efforçait de desserrer la prise.

Or, dans ce fait, l'autopsie vint montrer que la cause du phénomène se trouvait dans un vaste foyer de ramollissement, qui comprenait toute l'étendue de la première circonvolution frontale gauche, et qui était lié à l'oblitération de l'artère cérébrale antérieure.

Association d'un syndrome parkinsonien fruste post-encéphalitique et d'une atrophie musculaire de type myopathique. — MM. Tinel, Schiff et Courtois présentent un malade, chez lequel l'existence d'une encéphalite est avérée, puisqu'il y a eu somnolence, paralysies oculaires, bradypsychie. Or cet homme a été atteint, par la suite, d'une atrophie musculaire, d'abord du membre inférieur, puis du membre supérieur, qui offre les caractères cliniques et électriques des atrophies myopathiques.

M. Bourguignon rappelle que, en 1921, avec M. Claude, il a signalé l'existence des réactions électriques caractéristiques du galvanotonus dans des cas aigus d'encéphalite.

Hémiplégie alterne attribuée à l'encéphalite épidémique. Gliome protubérantiel. (*Présentation de pièce.*) — MM. Fribourg-Blanc et Masquin présentent le cerveau d'un soldat qui avait été hospitalisé au Val-de-Grâce avec un tableau symptomatique d'encéphalite léthargique : somnolence, diplopie, céphalée, myoclonie, fièvre, puis hémiplégie, lymphocytose rachidienne discrète. La tension du liquide céphalo-rachidien était normale au manomètre de Claude, et il n'y avait pas trace d'œdème papillaire. Le diagnostic, posé cliniquement, était celui d'encéphalite. L'autopsie seule montra l'erreur : il s'agissait d'un gliome de la protubérance.

Recherches sur la glycorrachie. — MM. Targowla et Lamache ont étudié, à l'occasion des rachianesthésies, la glycorrachie des sujets normaux. Ils ont trouvé des chiffres très variables, qui s'éloignent souvent beaucoup des moyennes admises par Mestrezat. Le liquide ventriculaire est généralement plus riche en glucose que le liquide de ponction lombaire. La glycorrachie augmente souvent après la ponction lombaire, du moins dans les cas où la tension augmente. La loi du coefficient hémo-méningé de Derrien se vérifie dans l'ensemble, mais elle comporte des exceptions. L'hyperglycorrachie qui suit la ponction lombaire ne s'accompagne pas d'hyperglycémie.

Sur un cas de parkinsonisme infantile au cours de la maladie de Heine-Medin. — MM. Marinesco et Draganesco présentent l'observation d'un enfant âgé d'un an qui, un mois après l'installation d'une paraplégie poliomyélitique, commence à présenter des tremblements légers de la tête, des membres supérieurs et de la langue. L'examen, pratiqué deux mois après, montrait, en dehors d'une paraplégie flasque, un syndrome parkinsonien typique caractérisé par du tremblement, de l'acinésie et de la rigidité. Le tremblement, plus marqué au niveau du membre supérieur droit et surtout à l'extrémité distale, où il put être enregistré, existait aussi au niveau de la tête et de la langue. Celle-ci était animée de mouvements continuels de propulsion. Il y avait, en outre, un tremblement du menton, comme chez les vieux parkinsoniens. Trois mois après son installation, ce syndrome parkinsonien régressa et disparut complètement; l'enfant resta seulement paraplégique. L'origine poliomyélitique de ce syndrome ne laisse aucun doute. L'existence d'un syndrome parkinsonien au cours de la poliomyélite a pour substratum anatomique des lésions analogues à celles de l'encéphalite épidémique, qui intéressent le mésocéphale et surtout la substance noire, comme MM. Marinesco et Draganesco l'ont constaté dans la plupart de leurs cas de poliomyélite examinés histologiquement.

Cette localisation est sans doute en rapport avec la porte d'entrée du virus, et peut-être avec la parenté du virus de l'encéphalite et de celui de la poliomyélite.

Chronaxie et réflexe plantaire chez le chat, chez le lapin et chez l'homme. — M. Bourguignon compare la chronaxie des muscles des orteils et le type du réflexe plantaire dans la série animale et chez l'homme.

Action de la bulbocapnine sur la chronaxie. — MM. Bourguignon et de Jong (d'Amsterdam).

SOCIÉTÉ MÉDICALE-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(avril 1928)

Remarques sur le traitement de la diphtérie. — M. Brelet. On conseille actuellement de faire, dans la diphtérie, une sérothérapie intensive et cette méthode doit être appliquée aux cas graves; mais il ne faut pas oublier qu'il existe une forme bénigne de diphtérie, guérissant avec des doses faibles de sérum antidiphtérique ; M. Brelet relate plusieurs cas dans lesquels il n'a injecté que 50, 30 et même 15 centimètres cubes de sérum.

Occlusion intestinale. — MM. Palas et Cartagnay relatent un cas d'occlusion intestinale chez un enfant de cinq ans. Il s'agissait d'une invagination du grêle, et dans le segment invaginé, on trouve une tumeur obstruant complètement la lumière de l'intestin. La tumeur fut réséquée.

A l'examen histologique, il s'agit d'un lymphocytose typique, diffus, infiltrant, développé au niveau des follicules clos ulcérant la muqueuse et envahissant la sous-muqueuse.

Polynévrite infectieuse d'origine encéphalitique probable. — M. Giroire rapporte l'observation d'un malade âgé de vingt-sept ans qui, à la suite d'un épisode infectieux des plus frustes, a présenté une quadriplégie d'installation progressive, avec prédominance des phénomènes paralytiques à la racine des membres. Cette paralysie a été précédée et accompagnée d'algies très violentes et de secousses myocloniques dans les différents groupes musculaires des membres et du tronc. Un traitement par le salicylate de soude intra-veineux amena une guérison totale en quelques mois.

L'auteur compare cette observation à celles rapportées sous le nom de formes basses ou périphériques de l'encéphalite épidémique et conclut que, à l'heure actuelle, en dehors de tout test bactériologique, on peut soupçonner, mais non affir-

mer, l'origine encéphalitique certaines de ces polynévrites épidémiques, si fréquentes depuis quelques années.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES

On désigne sous ce nom les pleurésies enkystées de la séreuse juxtadiaphragmatique. La variabilité de l'allure clinique de ces pleurésies est due :

1° A l'intensité de l'élément inflammatoire;

2° Au volume de l'épanchement;

3° A la réaction des plexus nerveux diaphragmatiques.

Aussi, certaines pleurésies, du fait de la situation profonde du foyer, *seront latentes* et demanderont à être recherchées; d'autres, du fait de l'atteinte du diaphragme, seront *douloureuses* et *dyspnéisantes*, réalisant le *syndrome diaphragmatique*. L'existence d'un syndrome diaphragmatique devant faire rechercher l'existence d'une pleurésie diaphragmatique nous l'étudierons en premier lieu.

Ce syndrome est avant tout constitué par des signes fonctionnels très particuliers.

1° **Le point de côté**. — Localisé à la *base du thorax* il est le plus souvent extrêmement violent avec des paroxysmes réveillés par le mouvement, la toux, les vomissements. Il irradie en *demi-ceinture* vers l'*épigastre*, la *région vésiculaire*, la *région appendiculaire*, l'épaule.

2° **La dyspnée**. — Est toujours vive. L'inspiration et l'expiration sont courtes, saccadées, accompagnées souvent d'une sensation d'angoisse très pénible. La respiration est *superficielle*, à type *costal supérieur*. Cette dyspnée est *douloureuse*, obligeant les malades à prendre la position assise ou demi-assise. Toute inspiration forte sollicitant la contraction du diaphragme, toute secousse de toux réalise une douleur qui peut être atroce et susceptible de s'accompagner d'une contracture angoissée du visage donnant l'aspect du *rire sardonique*; elle peut nécessiter l'emploi de la morphine.

3° **La toux** est sèche, brève, *surtout douloureuse*.

4° **Le hoquet** n'est pas un symptôme constant, mais il existe parfois et peut se prolonger pendant une longue période de la maladie.

C'est l'existence de ces signes fonctionnels qui, au cours d'un syndrome infectieux plus ou moins grave, doit faire rechercher la pleurésie diaphragmatique et commande :

1° **La recherche des points douloureux phréniques** :

a. Apophyse épineuse de la Ve vertèbre cervicale;

b. Entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien;

c. Au niveau de la partie juxtasternale des espaces intercostaux, surtout au niveau de la cinquième articulation chondro-sternale (point médio-sternal de Jousset);

d. Au niveau du rebord inférieur des côtes, surtout un peu en dedans de l'extrémité inférieure de la Xe côte, au niveau de l'attache des grands droits (bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy).

En plus de ces points douloureux, on note fréquemment l'existence d'une demi-ceinture douloureuse sur une étendue de deux à quatre travers de doigts à la base du thorax, avec parfois un point particulièrement douloureux dans la portion juxtarachidienne du dernier espace (bouton diaphragmatique dorsal).

On contrôlera l'existence de ces points douloureux en recherchant l'indolence du voisinage et du côté sain.

2° **Les troubles du fonctionnement du diaphragme**. — Le muscle étant immobilisé, il en résulte trois symptômes qu'il faut rechercher :

a. **L'immobilisation de la base du thorax**. — Elle est facile à mettre en évidence par la simple inspection;

b. **Le défaut d'ampliation inspiratoire costale**;

c. L'immobilisation de la partie supérieure de l'abdomen avec contracture douloureuse des muscles de la paroi. Le *réflexe diaphragmatique manque*. En déprimant la paroi abdominale avec la main, assez profondément pour refouler les viscères de bas en haut, alors que normalement, quand le diaphragme est intact, on voit apparaître après quelques secondes une inspiration abdominale hésitante, puis franche, ici l'inspiration ne se produit pas.

d. **L'épreuve de la toux**. — Appliquer fortement la main sur l'abdomen et faire tousser le malade. Lorsque le diaphragme est intact la toux se produit avec des contractions énergiques du diaphragme. Ici, la toux est brève, douloureuse, et l'abdomen reste immobile.

3° **Les signes d'épanchement**. — Ils sont souvent très difficiles à déceler, très obscurs et ne traduisent que d'une façon très imparfaite l'existence d'une collection liquide.

Un examen minutieux permet cependant, dans nombre de cas, de noter :

Une zone de submatité siégeant au niveau de la base, en arrière, sur les côtés, se confondant en avant, à droite, avec la matité hépatique, à gauche envahissant parfois l'espace de Traube.

Les *vibrations vocales* sont légèrement diminuées dans cette zone, le murmure vésiculaire y est diminué et on y entend *quelques râles, quelques frottements*.

Enfin, parfois, il existe une légère ampliation de la base qui peut s'étendre à la partie supérieure de l'abdomen et qui peut entraîner une *diminution de l'ensellure du flanc*, avec parfois dans les pleurésies gauches du ballonnement épigastrique (Petit).

La constatation de tels signes cliniques nécessite un examen radioscopique. Il est d'un gros intérêt, car il *précise toujours* et *révèle parfois*.

Il montre le diaphragme immobile, abaissé, avec une ombre sus-jacente.

La ponction révélera la nature de l'épanchement liquidien. Elle se fera : à droite entre la ligne axillaire antérieure et la ligne mamelonnaire en pleine zone mate; autant que possible assez haut dans le cinquième espace. A gauche, ponctionner plus en dehors.

Ces symptômes des pleurésies diaphragmatiques se trouvent modifiés par la cause et la nature de l'épanchement qui lui imprime ses caractères évolutifs, aussi faut-il décrire :

1° **Les pleurésies diaphragmatiques tuberculeuses**. — Il en existe plusieurs types :

Pleurésie sèche primitive. — Décrite par Rendu, elle constitue une forme du début de la tuberculose, ou survient comme complication d'une tuberculose pulmonaire. Elle se manifeste par une douleur thoracique basse, l'existence de points douloureux diaphragmatiques, une toux sèche et douloureuse sans expectoration. La respiration est diminuée à la base, mais à moins que la plèvre costale ne soit intéressée il n'existe pas de frottements. Radioscopiquement on note une diminution de la transparence et de la mobilité du sinus costo-diaphragmatique, un aspect émoussé de la pointe du sinus, une forme estompée et imprécise du contour de l'ombre diaphragmatique.

Il n'y a pas de retentissement sur l'état général, pas de fièvre, l'évolution est rapide, les symptômes disparaissent en quelques jours, mais les récidives sont fréquentes.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — SAMEDI 7 JUILLET 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 7 JUILLET 1928. — N° 55.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
— TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Concours. — Un concours s'ouvrira en vue de la nomination d'un médecin assistant et d'un assistant de radiologie au Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne à Villejuif (Seine).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 13 juillet 1928 inclusivement, de 10 à 12 h., et de 14 à 17 h., à la Préfecture de la Seine (direction des Affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettres recommandées de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

Toute demande d'inscription parvenue après cette date ne pourra être accueillie.

Pourront seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine d'une faculté française, Français ou naturalisés français et domiciliés à Paris ou dans le département de la Seine.

Pièces à produire : 1° demande sur papier timbré ; 2° diplôme de docteur en médecine et, s'il y a lieu, diplômes universitaires; ces diplômes pourront être remplacés par des copies certifiées conformes ou par des certificats en tenant lieu; 3° certificats constatant les situations occupées antérieurement; 4° listes de leurs titres et travaux médicaux scientifiques et administratifs accompagnées de toutes justifications utiles; 5° expédition de leur acte de naissance; 2° extrait de leur casier judiciaire.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris, dans leur demande, l'engagement de rester attachés pendant deux ans au moins au Centre anticancéreux.

Le jury du concours sera constitué ainsi qu'il suit :

Le médecin en chef de la Préfecture; un médecin des hôpitaux; un chirurgien des hôpitaux; un radiologiste des hôpitaux, désignés par le directeur général de l'administration de l'Assistance publique; le médecin directeur du Centre anticancéreux; un secrétaire administratif.

Les épreuves du concours comprendront :

A. Epreuve de titres. — Le maximum des points qui pourra être attribué est fixé à 20 (soit 10 points pour les titres et 10 points pour les travaux médicaux et scientifiques).

B. Epreuves spéciales. — I. *Pour l'emploi de médecin assistant.* — 1° Une épreuve clinique consistant en l'examen de deux malades, l'un d'un service de médecine générale, l'autre d'un service de spécialité (cancer);

2° Une épreuve de laboratoire.

Epreuve clinique : 20 points (10 points pour chaque examen de malade).

Epreuve de laboratoire : 15 points.

II. *Pour l'emploi d'assistant de radiologie.* — 1° Une épreuve écrite portant sur un sujet de radiologie.

Il sera accordé deux heures aux candidats pour l'épreuve écrite pendant lesquelles ils seront surveillés par un des membres du jury tiré au sort parmi les médecins ou chirurgiens faisant partie du jury. Les compositions seront recueillies et mises sous cachet par le membre délégué du jury et le secrétaire administratif; elles seront lues publiquement, dans une séance ultérieure, par leur auteur, sous la surveillance de l'un des concurrents.

2° Des épreuves pratiques comportant un examen de malade avec épreuve radioscopique et indications thérapeutiques.

Pour l'épreuve écrite le maximum sera de 15 points; pour l'épreuve pratique le maximum sera de 15 points.

Dans l'exercice de leurs fonctions le médecin assistant et l'assistant de radiologie sont placés sous l'autorité du directeur du Centre anticancéreux et du directeur de l'hospice Paul-Brousse.

L'indemnité fixe et annuelle attribuée au médecin assistant est fixée à 4.000 fr. Celle attribuée à l'assistant de radiologie à 3.500 fr.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins en chef Plazy, Le Calvé et Pellé; le médecin principal Giraud.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Tisserand, Kerjean, Chrétien, Noirit et Mangin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de Mme Alquier, veuve du docteur Alquier, mère de nos collègues d'internat, les docteurs Louis Alquier (de Paris) et Paul Alquier (de Châlons). Nous prions nos collègues, et en particulier notre cher collaborateur Louis Alquier, de trouver ici l'expression de notre très douloureuse et affectueuse sympathie; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs A. Chaix (de Lyon), Jaussand (de Saint-Etienne) et Belzer (de Bordeaux).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une conférence sera faite le lundi 9 juillet 1928, à 20 h. 45, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, sur l'organisation de la lutte antivénérienne au Brésil (la coopération de l'initiative privée et des services publics), par M. Oscar da Silva Araujo, agrégé de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, directeur du service de prophylaxie des maladies vénériennes au Brésil et vice-président de l'Union internationale contre le péril vénérien.

Cette conférence aura lieu sous la présidence de M. Louis Queyrat, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien. Elle sera complétée par une présentation de films.

CONGRÈS

LES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY

[DEUXIÈME JOURNÉE (1)]

La deuxième des Journées médicales organisées cette année par la Faculté de médecine de Nancy a été fort intéressante et a groupé, comme les précédentes, de nombreux praticiens.

La matinée, consacrée à la psychiatrie, se passa à l'Asile de Maréville, près Nancy. Tout d'abord, M. le docteur Lalanne, chargé de cours à la Faculté et médecin chef de l'Asile, indiqua « ce qu'il faut penser de la démence précoce »; il décrivit les symptômes de l'affection à ses divers stades, établit les connaissances actuelles sur sa pathogénie et illustra sa conférence d'intéressantes présentations de malades. M. le docteur Aubry, médecin chef de l'Asile, fit ensuite une attachante causerie sur « le diagnostic et le traitement de la paralysie générale », en s'appuyant lui aussi sur la présentation de nombreux malades. Enfin, eut lieu, sous la conduite du recteur, M. le docteur Senglar, des médecins et des internes, une visite détaillée des divers services de l'Asile, notamment des pavillons d'observation et du laboratoire de recherches sérologiques.

Après le traditionnel déjeuner intime à l'Hôtel Thiers, les membres de la Journée médicale se retrouvaient au début de l'après-midi au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique.

M. le professeur agrégé Caussade exposa tout d'abord à l'auditoire « les nouveaux modes de traitement de la bronchopneumonie infantile », ce fut une savante revue de chacun des procédés en usage, où M. Caussade insista en particulier sur les indications spéciales qui, dans chaque cas considéré, feront préférer telle arme à telle autre parmi l'arsenal thérapeutique aujourd'hui à la disposition du praticien.

Enfin, M. le professeur Marcel Labbé, de la Faculté de médecine de Paris, avait bien voulu accepter de venir exposer « les traitements du diabète ». L'éminent conférencier, après avoir établi la distinction entre diabète bénin et diabète grave et indiqué les moyens de discriminer ces deux formes, décrivit le traitement à instituer pour l'une et pour l'autre; ce fut pour M. Labbé l'occasion de décrire notamment le mode d'action de l'insuline, son mode d'action, sa place exacte dans la thérapeutique et les résultats à en attendre.

Des applaudissements nourris accueillirent chacun des exposés, et M. le doyen Spillmann se fit éloquemment l'interprète de l'assistance pour remercier les conférenciers de la Journée, en particulier M. le professeur Marcel Labbé.

L. M.

(1) Voir pour la première Journée, *Gaz. des hôpit.*, mai 1928, n° 40, p. 719

CHRONIQUE

INAUGURATION DE LA STATUE DE VULPIAN

Mercredi dernier, à trois heures, rue Antoine-Dubois, inauguration de la statue de Vulpian, par M. Ed. Herriot, ministre de l'Instruction publique. Devant une assistance d'élite, où nous avons reconnu M. le Doyen, Mme Sorrel-Dejerine, les professeurs Hayem, Pouchet, Guillain, Sicard, Roussy, MM. Baudouin, Bourguignon, André Léri, Crouzon, Béhague, Desfosses, Vitoux, et nombre de neurologistes étrangers, des discours sont prononcés par MM. Letulle, professeur honoraire à la Faculté de médecine; Lemarchand, président du Conseil municipal; Bouju, préfet de la Seine. Le premier fait revivre, en quelques phrases heureuses, la belle physionomie du maître dont il a été l'un des internes préférés; le second accepte, au nom de la Ville, le beau monument dû au ciseau de M. le docteur Paul Richer; le troisième rappelle que la rue Antoine-Dubois s'appelait jadis la rue de l'Observance. N'était-elle pas désignée pour évoquer le souvenir de celui dont la vie, tant scientifique que morale, fut toute d'observance? Les discours terminés, M. Ed. Herriot adresse quelques mots de félicitations à la famille de Vulpian. Ne peut-elle être fière du culte que nous gardons à cet illustre savant? N'a-t-elle pas eu, depuis un an, plusieurs occasions de méditer la parole d'un de nos plus grands orateurs : Honorer ceux qui ont accru le patrimoine de la France, c'est encore la servir?

L. BABONNEIX.

REVUE GÉNÉRALE

LES ALGIES DU TROU DE CONJUGAISON[1]

Par M. P.-R. BIZE,

Interne des hôpitaux de Paris.

(TRAVAIL DU SERVICE DU PROFESSEUR J.-A. SICARD.)

FORMES ÉTIOLOGIQUES

Les causes des algies des trous de conjugaison sont nombreuses, et les étudier toutes, c'est vouloir envisager toute la pathologie du rachis. Pratiquement, le problème se pose ainsi : les algies observées sont-elles symptomatiques d'une affection grave : Pott, néo, spondylite infectieuse, ou relèvent-elles de processus simplement rhumatismaux, diathésiques.

Aussi, dans les cas douteux, où l'affection traîne, progresse de jour en jour, reste rebelle à tous les traitements, s'accompagne d'un mauvais état général dans ces cas, trois recherches s'imposent : radiographie du rachis faite de face et de profil, examen du liquide céphalo-rachidien, lipio-diagnostic lombaire sur la table à bascule ou lipio-diagnostic sous-occipital.

1° **Ponction lombaire**. — Trois types de liquides peuvent se rencontrer : dissociation albumino-cytologique légère (0,40 à 0,50 d'albumine) c'est le cas des algies rhumatismales (7), (*7 bis*), dissociation albumino-cytologique intense avec xanthochromie, parfois coagulation massive : c'est le cas des algies symptomatiques par compression osseuse — réaction méningée avec albuminose et lymphocytose : cas des manifestations inflammatoires.

La ponction lombaire sera utilement complétée par la recherche du blocage rachidien à l'aide de l'épreuve de Queckenstedt-Stookey : si la funiculite ne relève pas d'une compression, l'augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien créé par la pression des jugulaires se transmet intégralement au manomètre de Claude branché sur l'aiguille à ponction lombaire.

2° **Radiographie du rachis**. — Il est indispensable de la faire non seulement de face, mais encore de profil et même de profil droit et de profil gauche.

Elle fournit deux ordres de renseignements signes indirects de valeur étiologique et qui témoignent d'une altération rachidienne, signes directs indiquant l'état du trou de conjugaison.

Cet examen radiologique du trou de conjugaison est d'ailleurs délicat et il nécessite parfois des techniques spéciales :

Pour la région lombaire ou dorsale, la colonne doit être strictement de profil; au contraire pour la région cervicale, la colonne doit être présentée en position oblique, les épineuses rapprochées à 35 degrés de la plaque [Galland (8)]. Pour la colonne lombaire ou dorsale, il faut centrer sur l'espace intervertébral à examiner; au contraire, pour la colonne cervicale, il faut centrer deux espaces plus haut que celui à examiner.

L'aspect normal, pour la colonne lombaire, est celui d'un haricot à hile tourné vers l'avant et s'ouvrant largement vers l'espace clair qui marque le ménisque inter-vertébral; pour la région cervicale, c'est celui d'une fente à grand axe vertical, étranglé au milieu à la hauteur de l'apophyse semi-lunaire.

3° **Exploration lipiodolée**. — Suivant la technique employée, cette exploration fournit à l'heure actuelle deux ordres de renseignements : l'état de perméabilité de l'espace sus-arachoïdien et celui de l'espace épidural.

L'*exploration lipiodolée sous-arachnoïdienne*, ne fournit que des renseignements indirects dans les cas d'algie du trou de conjugaison : elle témoigne simplement de l'existence ou de la non-existence d'une compression et partant de la cause de l'algie. La technique. les indications et les résultats en ont été précisés par les remarquables travaux de J.-A. Sicard et Laplane (9). L'injection peut se faire par voie haute (espace atloïdo-occipital et mieux espace atloïdo-axcidien); en cas de transit libre, la bille lipiodolée descend rapidement jusqu'au cul-de-sac terminal, au niveau de la deuxième vertèbre sacrée, avec son image classique en « radis », en « rave de navet ». L'injection peut aussi se faire par voie basse, lombaire et elle nécessite la mise en position sur la table radiographique à bascule : le malade étant alors tête en bas, le lipiodol normalement descend jusqu'à l'orifice occipital, le franchit, s'arrête au niveau des lacs de la base et parfois même traverse les trous de Magendie au niveau du IVe ventricule.

L'*exploration lipiodolée de l'espace épidural* permet au contraire d'explorer non seulement l'espace épidural, mais encore la perméabilité du trou de conjugaison, ainsi que l'ont montré les travaux de J.-A. Sicard et Forestier (10).

En ce qui concerne la cavité épidurale, elle est normalement complètement perméable à la « vague lipiodolée », aussi celle-ci devrait-elle pouvoir glisser du sacrum au trou occipital; pratiquement, en raison des courbures de la colonne vertébrale, ce cheminement est physiologiquement arrêté ; c'est ainsi que le lipiodol injecté par voie sacrée, même avec une bonne position déclive du sujet, dépasse souvent le IVe vertèbre lombaire ; injecté par voie lombaire, il ne remonte guère au delà de 7 à 8 vertèbres; aussi, si l'on veut explorer la cavité épidurale sur toute sa hauteur, faut-il pratiquer des injections de plusieurs segments. Le chauffage à 37-40 degrés du lipiodol augmente sa fluidité et a même pu permettre dans certains cas d'obtenir une « vague épidurale » depuis le sacrum jusqu'à la région cervicale.

Le trou de conjugaison confère à l'image radiologique un aspect bien spécial : le lipiodol dessine en effet des traînées noirâtres funiculaires, en coup de pinceau, chaque « barbe » de la plume correspond à un trou de conjugaison. Il est à noter qu'habituellement le coup de pinceau ne franchit jamais l'opercule du trou de conjugaison, sauf au niveau de la région

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 53, p. 945.

sacrée où, au contraire, le lipiodol s'échappe du canal, injectant largement les funicules du plexus lombo-sacré jusqu'à 6-7 centimètres du sacrum. Parfois également, dans la région dorsale, le lipiodol s'épanouit un peu au niveau du trou de conjugaison dessinant des images en corymbe, en grappe.

Suivant les renseignements fournis par ces différentes épreuves, on peut distinguer quatre grands groupes d'algies funiculo-vertébrales.

1° Algies symptomatiques avec lésions vertébrales localisées. — Ici la radio montre un processus très destructif ou très constructif, portant sur le spondyle ou le disque, modifiant la statique vertébrale, créant des déviations antéro-postérieures ou latérales. Le liquide céphalo-rachidien montre toujours une grosse dissociation albumino-cytologique et l'épreuve lipiodolée un arrêt net, l'épreuve manométrique de Queckenstedt-Stookey un blocage complet ou partiel.

Quand le processus destructif domine, c'est avant tout au Pott, au néo, au traumatisme qu'il faut penser. Dans le *néo*, ainsi que J.-A. Sicard, Laplane et Lermoyez (11), Coste (12) l'ont montré, les disques sont respectés alors même que le corps vertébral est aplati en galette. Dans le *Pott*, les disques sont irréguliers, opaques, avec spondyle sus et sous-jacents déformé et souvent basculés. Dans le *trauma*, les disques sont normaux, le spondyle est déformé ou aplati, mais souvent il est basculé, déplacé.

A l'opposé de ces affections qui sont avant tout destructives, certaines affections modifient la colonne vertébrale par un processus à la fois destructif et constructif : telles sont certaines *spondylites infectieuses* (strepto, staphylo, Eberth, mycoses), qui donnent des images exubérantes, modifiant complètement l'aspect de la colonne, obstruant les trous de conjugaison, respectant cependant le disque intervertébral; on peut rapprocher de ces affections certaines images constructives, relevant d'*arthropathies nerveuses,* tabes surtout, mais où cliniquement l'ankylose l'emporte sur la douleur.

2° Algies symptomatiques avec malformations vertébrales localisées. — Ici la radiographie montre de simples malformations vertébrales, *congénitales* pour la plupart, modifications de forme et surtout vices de différenciation régionale. Le liquide céphalo-rachidien est presque toujours absolument normal, tout au moins à peine plus albumineux que normalement. L'épreuve lipiodolée montre toujours un transit normal.

Les *vices de différenciation régionale*, terme d'ensemble donné par A. Léri (13), s'accompagnent très souvent de manifestations douloureuses de type funiculaire. La sacralisation, processus congénital progressif, et la lombalisation, processus congénital récessif, ne vont pas sans comprimer le tronc nerveux lombo-sacré qui sort du rachis au niveau même du trou de conjugaison de L_5-S_1. De même, la dorsalisation de la VII° vertèbre cervicale, avec son apophyse cortiforme anormalement développé est une cause de compression de la VIII° racine cervicale. Il est à noter cependant que bon nombre de ces vices de différenciation restent très souvent latents et ne sont parfois que des trouvailles de radiographie, aussi avant de leur imputer un rôle algogène prépondérant est-il nécessaire de s'entourer de toutes les précautions nécessaires et de ne pas méconnaître la coexistence possible d'un processus plus grave : tuberculeux ou néoplasique.

Il est à noter que les *scolioses* dites « essentielles », scolioses de l'adolescence, n'entraînent jamais de manifestations funiculaires, si intense que soit la déformation vertébrale. Il y a ici, en effet, simple torsion de la colonne, sans atteinte du trou de conjugaison.

3° Algies symptomatiques avec lésions vertébrales diffuses (spondyloses). — A l'opposé des algies précédentes qui s'accompagnent de lésions vertébrales limitées, s'étendant au maximum à deux ou trois vertèbres, les troubles sont ici plus étendus : ils relèvent d'altérations vertébrales certes superficielles, mais jamais destructives; respectant la structure générale de l'os, mais toujours très étendues, pouvant frapper le rachis dans sa totalité. L'épreuve lipiodolée est normale, la dissociation albumino-cytologique toujours minime.

Dans la *forme ligamenteuse*, qu'elle soit localisée (lombarthrie de Léri) ou extensive (spondylose rhyzomélique de P. Marie) le syndrome funiculaire est en général fruste, voire même absent; les lésions n'atteignent ici que les ligaments : ligaments jaunes, ligament vertébral antérieur, arcades du psoas. Aussi les trous de conjugaison sont-ils peu atteints. Le malade est raide, il souffre de sa colonne vertébrale, mais presque jamais il ne présente d'irradiations en ceinture ou dans les membres inférieurs. Il n'y a que peu ou pas de contracture dorsale; par contre le « signe du psoas » est des plus nets : le malade étant couché sur le ventre, les cuisses étendues, si l'on saisit un des membres inférieurs par la jambe fléchie à angle droit pour porter la cuisse en hyper-extension et rotation interne, la douleur ainsi provoquée est des plus vive.

Dans la *forme ostéophytique* localisée (rhumatisme ostéophytique localisé) ou généralisé (sponydlose ostéophytique acromélique) le syndrome funiculaire est au contraire d'une grande fréquence; il n'est en effet point rare de voir les ostéophytes se développer au voisinage des trous de conjugaison. Il s'accompagne d'une ankylose vertébrale intense, souvent définitive et qui à la radiographie donne des images d'ossification particulièrement développées : aspect ondulé des bords antérieurs du rachis, les « becs de perroquet » au niveau des disques, l'aspect en « diabolo » du spondyle et l'irrégularité des bords du trou de conjugaison.

On peut également rapprocher de ces formes : l'*ostéomalacie vertébrale* : ici aussi le processus est diffus, frappant plusieurs vertèbres, et le liquide céphalo-rachidien est normal. Du fait de leur affaissement, les corps vertébraux s'aplatissent, entraînant avec eux les apophyses transverses susceptibles de comprimer ainsi les racines émergentes. Aussi ces malades souffrent-ils souvent de violentes douleurs, irradiant en ceinture, s'accompagnant de modification

de la sensibilité objective et même de diminution de la réflectivité tendineuse. L'image radiographique est caractéristique : aplatissement vertébral (platispondylie) aplatissement du disque (plati-disci) transparence exagérée du corps vertébral...

4° **Algies essentielles, sans modifications radiographiques du rachis.** — Ici, la radiographie est absolument négative, le liquide céphalo-rachidien est presque toujours normal; l'épreuve lipiodolée, tant sous-arachnoïdienne qu'épidurale est négative. Le diagnostic de ces formes est particulièrement délicat, car certaines affections graves peuvent débuter et même persister très longtemps avec cette allure d'algie essentielle.

Avant donc de porter le diagnostic d'algie banale, il faut toujours penser à la possibilité d'une ALGIE PSEUDO-ESSENTIELLE.

Chez le sujet âgé : c'est le *néo-vertébral*, dans sa forme radiculoméningée (Mousseaux, etc.). Pendant longtemps on n'observe que des signes de funiculite, sans troubles objectifs de la réflectivité, de la sensibilité, sans même de modification de l'image radiographique. C'est ainsi que dans un cas observé par J.-A. Sicard et Forestier, où les douleurs duraient depuis sept mois, il était impossible sur la radiographie de découvrir une destruction osseuse apparente; dans ces cas, la funiculite est en effet fonction de la propagation cancéreuse des ganglions paravertébraux vers les trous de conjugaison et l'on conçoit que le diagnostic soit particulièrement difficile, surtout quand le néo primitif est méconnu.

Chez le sujet jeune : l'algie vertébrale peut être le premier symptôme d'une crise de *rhumatisme articulaire aigu* : les séreuses des apophyses articulaires du rachis pouvant être atteintes au même titre que celles du genou ou de la tibio-tarsienne; la forme cervicosciatique décrite par P. Nobécourt (15) et ses élèves, relève peut-être de cette pathogénie. Même pathogénie s'applique aussi sans doute à certaines rachialgies passagères du *rhumatisme gonococcique*, et comme le dit souvent J.-A. Sicard « La sciatique du jeune = gono ». Enfin le *mal de Pott* lui-même peut dans certains cas évoluer très longtemps sans aucune manifestation radiologique. Et. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine (16) en ont rapporté une très belle observation; il s'agissait d'un mal de Pott à double foyer dorsal et lombaire, avec abcès thoracique et du psoas, avec deux abcès intrarachidiens et où les radios faits pendant l'existence ne permirent pas de savoir quelles étaient les vertèbres atteintes.

En dehors de ces cas, d'apparence essentielle, et qui ne sont que des erreurs de diagnostic, d'ailleurs souvent inévitables, il existe des cas authentiques de spondylarthrie et d'algie funiculaire, où il y a absence complète et persistante de déformation ou de néoformation osseuses décelables à la radiograpie et qui méritent bien l'épithète d'algies essentielles ou si l'on préfère d'*algies diathésiques*, *rhumatismales*, *a frigore*.

Toutes les pathogénies ont été invoquées pour expliquer l'origine des algies dites « essentielles ».

On peut dans ~~certains cas invoquer~~ des phénomènes d'ordre *hémoclasique*; certains malades savent parfaitement que leurs douleurs subiront une recrudescence sous l'influence de l'ingestion de certains aliments : chocolat, légumes ou fruits riches en acide oxalique (tomates, oseille, fraises), sous l'influence de changement de température; la femme au moment de ses époques; chez d'autres enfin, crises de lumbago alternant de poussées d'urticaire ou de migraine.

Doit-on invoquer aussi la syphilis? Nous ne le pensons pas. Doit-on invoquer le diabète, la goutte; ces affections rentrent en effet dans le grand groupe des diathèses, mais l'uricémie, la glycémie ne sont pas constantes chez ces malades.

Il semble bien plutôt que certaines formes, chroniques tout au moins, rebelles à toute thérapeutique, et où il y a absence complète de déformation ou de néoformation osseuses décelables à la radiographie puissent rentrer dans le cadre de cette affection que J.-A. Sicard et Forestier ont individualisé sous le nom de *rachialgie lombaire chronique ou lumbago épidural* (17); cette affection paraît avoir pour substratum anatomique, non point des altérations du squelette, mais des modifications pathologiques de l'espace épidural : l'hypertrophie de la graisse épidurale postérieure, qui se traduit au cours d'une laminectomie par un aspect segmentaire, annelé, tout à fait caractéristique.

TRAITEMENT

Nous ne pouvons nous occuper ici que des algies dites rhumatismales, qu'elles soient aiguës ou chroniques, qu'elles relèvent de spondylose ou d'épidurites; le traitement des funiculites symptomatiques n'étant autre que celui de leur cause : néo, Pott, toxi-infection.

Formes aiguës :

Il faut d'abord et avant tout prescrire les médications classiques : repos au lit, analgésiques divers (aspirine, pyramidon, salicylate de soude; pyrethane cachets Faivre, asciatine, algocratine, etc.), faciliter la diurèse par les boissons chaudes et les infusions diurétiques (queue de cerise, stigmates de maïs).

Localement, thermothérapie sous ses différentes formes (maillots chauds, cataplasme électrique, repassage au fer chaud par-dessus une flanelle) ou révulsion (emplâtres sinapisés voire vésicatoire, ventouses scarifiées).

En cas de crises particulièrement intenses, on peut parfois juguler la crise par des injections locales intra-musculaires véritables pointes de feu profondes dont J. A. Sicard a montré la puissante efficacité : nombreuses sont les formules employées. Alcool-antipyrine (21), iodure de sodium (naïodine), huile camphro-salicylée (camphro-salyl). Pour les injections d'alcool, la technique est la suivante : on pratique en pleine région douloureuse 4 à 5 injections sous-cutanées profondes, à raison de 2 à 3 centimètres cubes de la solution par injection. Ces injections sont extrêmement douloureuses, mais la douleur ne persiste pas plus de deux minutes; chez certains sujets pusillanimes, il est préférable de

faire précéder chaque injection d'alcool par le novocaïnisation préalable (2 à 3 centimètres de la solution novocaïne au centième). Avant de pousser l'alcool, il est bon de vérifier que l'aiguille n'a pas blessé une artère, des accidents sérieux pouvant en résulter par la suite. Ces injections seront renouvelées tous les trois ou quatre jours; elles donnent, en général, des résultats remarquables, et malgré la douleur au moment de l'injection, les malades viennent souvent redemander d'eux-mêmes la piqûre sédative (18).

Formes chroniques :

Ici les moyens révulsifs et analgésiques habituels ont perdu leur efficacité première, aussi est-il nécessaire de tenter d'autres moyens.

Essayer des médications générales s'adressant plus spécialement aux troubles de la nutrition que présentent la plupart de ces malades : aux uricémiques, atophan, colchique ; aux prédiabétiques, l'insuline à petites doses (5 unités par jour); aux hépatiques, les cholagogues : calomel à petites doses par série de dix jours, hyposulfite de soude, sulfate de magnésie associé à peptone. Essayer aussi les procédés de désensibilisation, certaines de ces algies apparaissant comme des manifestations de colloïdoclasie, et à cet égard nous citerons l'autohémothérapie, le carbonate de soude en injection intra-veineuse.

La radiothérapie profonde, les bains de soleil, les massages profonds, mais prudents soulagent parfois ces malades.

Quand les moyens du malade le permettent, les cures thermales donnent parfois de bons résultats : cures thermales à Aix-les-Bains, Dax, Luchon, Bourbonne, Néris, Amélie-les-Bains. Combinés suivant les stations, à certains traitements locaux : douches massage (Aix), bains de boue (Dax), balnéation chaude (Bourbonne, Lamalou, Néris).

Mais localement, il est un traitement qui donne en général d'excellents résultats; ce sont les *injections épidurales du lipiodol*. Par la voie épidurale le lipiodol se met en effet directement en contact du trou de conjugaison. C'est donc le véritable traitement de choix. Suivant le siège de la douleur, cette injection se fera par voie sacrée, lombaire ou cervicale. La technique des injections épidurales sacrées est connue de tous et nous ne saurions y insister. Les injections épidurales dorsales, cervicales sont plus délicates : l'écueil en effet est l'injection lipiodolée sous-arachnoïdienne; sans danger quand il s'agit d'une injection de 1 à 2 centimètres cubes, elle entraîne des malaises épouvantables mais non dangereux, quand elle atteint 8 centimètres cubes. La technique de ces injections qui est assez délicate, comme nous venons de le voir, peut être facilitée par l'emploi d'aiguilles spéciales (aiguilles de J. A. Sicard (19), aiguilles de J. Forestier (20), mais elle est aussi réalisable avec la simple aiguille à ponction lombaire. Il est indispensable, pour obtenir une bonne propagation du lipiodol de mettre ensuite le malade en position déclive durant deux à trois heures et de n'employer que du lipiodol chauffé au bain-marie à 37-40 degrés.

Lorsque ces moyens médicaux ont échoués, que les algies persistent depuis deux à trois ans, alors même qu'il ne s'agit pas d'algies symptomatiques spécifiques, une intervention chirurgicale est à discuter : la laminectomie. Celle-ci est assez simple, sans dangers, puisque la dure-mère n'est pas ouverte, elle a pour but de supprimer la compression exercée par l'hypertrophie de la graisse épidurale; les résultats en sont excellents, elle est en effet suivie d'une guérison complète des signes cliniques, avec retour à la souplesse vertébrale normale.

BIBLIOGRAPHIE

(1) SICARD. Névrodocites et funiculites vertébrales, *Presse méd.*, 7 janv. 1918, n° 2.

(2) J. FORESTIER. Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidural, *Th. de Paris*, 1922.

(3) SICARD. Les signes de la sciatique médicale. Le signe de l'ascension talonnière, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 nov. 1915.

(4) SICARD et FORESTIER. Lumbago, lumbalgies, lumbarthries, *Journ. méd. franç.*, juillet 1924.

(5) A. LÉRI. Quelques variétés fréquentes et peu connues des paralysies du plexus brachial : par tuberculose pleuro-pulmonaire, par rhumatisme cervical chronique, *Journ. méd. franç.*, juillet 1924.

(6) J.-A. SICARD. Les sciatiques hautes, moyennes, basses, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 nov. 1916.

(7) J.-A. SICARD et LAPLANE. Lumbago xanthochromique, *Presse méd.*, 1924.

(7 *bis*) J.-A. SICARD et ROGER. Le liquide céphalo-rachidien au cours de la sciatique, *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1918.

(8) GALLAND. Diagnostic radiologique du mal de Pott supérieur, *Th. de Paris*, 1919.

(9) SICARD, PARAF et LAPLANE. Radiodiagnostic rachidien lipiodolé, *Presse méd.*, 24 oct. 1923. — LAPLANE. *Th. de Paris*, 1924.

(10) SICARD et FORESTIER. Méthode d'exploration radiologique par le lipiodol, *Soc. méd. des hôpit.*, 1922.

(11) SICARD, LERMOYEZ et LAPLANE. Diagnostic radiologique du cancer vertébral, *Ann. de méd.*, avril 1923.

(12) COSTE. Le cancer vertébral, *Th. de Paris*, 1925.

(13) A. LÉRI. *Les Affections de la colonne vertébrale*, Masson, 1926.

(14) MOUSSEAUX. Etude anatomique et clinique des localisations cancéreuses sur les racines rachidiennes et les nerfs périphériques, *Th. de Paris*, 1902.

(15) NOBÉCOURT. Syndrome clinique de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associée, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 janv. 1916.

(16) Et. SORREL et Mme DÉJERINE-SORREL. De l'absence de signes radiographiques dans certaines formes de mal de Pott, *Soc. de neurol.*, 28 fév. 1924.

(17) J.-A. SICARD et FORESTIER. Rachialgie lombaire chronique, *Presse méd.*, 18 janv. 1922.

(18) J.-A. SICARD. La sciatique. Pathogénie et traitement, *Journ. de méd. de Paris*, 1911, nos 41 et 42.

(19) J.-A. SICARD. Le lumbago, *Progrès méd.*, juin 1923.

(20) FORESTIER. Loc. cit.

(21) *Solution d'alcool-antipyrine* :

Alcool à 90........................	100 grammes.
Antipyrine........................	20 —
Bleu de méthylène............	Q. s.

ACTUALITÉS

LES RÉACTIONS FONCTIONNELLES CLINIQUEMENT APPRÉCIABLES DANS LES TISSUS INTERSTITIELS (1)

D'après M. Louis ALQUIER.

Sous le tégument, entre les muscles, autour des articulations et des gaines tendineuses, des os et des viscères, bref, en tous les points accessibles des tissus interstitiels, la vue, et surtout le palper constatent des troubles fonctionnels divers : d'abord, troubles vaso-moteurs, constriction et dilatation artérielle, veineuse et capillaire; puis, gonflements et rétractions portant, soit sur le tissu interstitiel lui-même, soit sur les ganglions lymphatiques. Gonflement et rétraction se combinent entre eux et avec les troubles vaso-moteurs de différentes façons.

I. Relations réciproques des différentes réactions et interprétation pathogénique. — Toute irritation du tissu interstitiel peut déterminer une rétraction spasmodique locale, morcelant l'œdème produit par l'injection sous la peau d'un liquide non irritant, et lui donnant l'aspect connu sous le nom de cellulite; le gonflement divisé en placards, grains ou nodosités, prend les caractères de l'infiltrat, qui dure tant que dure la rétraction tissulaire. Celle-ci présente trois caractères qui permettent de l'interpréter comme une réaction nerveuse végétative.

1° *Elle se comporte comme un spasme*, survient brusquement, augmente sous l'influence d'une irritation locale, cède à l'étirement doux des tissus rétractés.

Dans certains cas, on peut suivre sa propagation vers le drainage lymphatique. Elle apparaît donc comme une véritable réaction de défense contre le gonflement interstitiel.

2° *Elle peut être provoquée par une excitation à distance, et se comporte donc comme un véritable réflexe.* — Sa propagation dépend de l'irritabilité nerveuse végétative; tout ce qui existe celle-ci dans une moitié ou un segment du corps, exagère celle-là, du même coup, aux mêmes points. Enfin, elle se localise particulièrement aux points atteints de cellulite, véritables points d'appel pour les crises aiguës de rétraction tissulaire.

3° *L'excitation provocatrice de la rétraction tissulaire détermine souvent d'autres réflexes d'ordre végétatif.* — Si une manœuvre manuelle maladroite irrite les tissus, on est souvent averti par la chaleur ou la sudation locales, survenant avant la crise de rétraction.

Si le liquide injecté sous la peau est une albumine hétérogène, la rétraction fait défaut. Mais certaines injections de vaccins ou de sérums peuvent localement résoudre la cellulite préexistante, et l'instillation rectale de sérum de cheval paraît avoir une heureuse influence sur l'engorgement lymphatique abdominal.

Lors des infections aiguës, la rétraction tissulaire peut se montrer à la période initiale, expliquant, par exemple, le point de côté des affections thoraciques, puis elle disparaît. Elle fait défaut dans l'œdème aigu hypertoxique, dans l'inflammation phlegmoneuse ou gangréneuse, dans les abcès; on la retrouve si l'infection demeure atténuée, ou dès qu'elle a suffisamment diminué.

Elle est modifiée par :

1° L'ÉTAT DES TISSUS. — Chez certains sujets prédisposés à l'engorgement lymphatique, toute cause morbide augmente la tendance à l'engorgement et à la stase lymphatique. Certains sont bouffis, et toute infection, toute fatigue, augmente cette bouffissure : la rétraction et l'engorgement peuvent déterminer des œdèmes de stase lymphatique, immédiatement au-dessous de l'obstacle.

D'autres sont secs, rétractés : le tissu interstitiel est dur, d'aspect scléreux. Mais l'assouplissement qui succède immédiatement à un doux étirement montre bien qu'il s'agit d'une pseudo-sclérose par rétraction tissulaire.

D'autres, enfin, présentent des épaississements des nodosités péri-articulaires, et autour des gaines synoviales tendineuses. De là, partent des traînées de grains cellulitiques, disposés en chapelet, orientés vers le drainage lymphatique. Ailleurs, les tissus sont sains.

2° L'ÉTAT DES VAISSEAUX SANGUINS. — Gonflement et rétraction peuvent donner l'aspect clinique d'une périvascularite, celle-ci est particulièrement intéressante à connaître, puisqu'elle peut se modifier, et même, parfois, disparaître complètement, à l'aide d'un traitement physiothérapique.

C'est à la cellulite du triangle de Scarpa, comprimant la saphène interne, que sont dues les ectasies des veines sus-malléolaires internes : la périphlébite péricellulitique détermine des dilatations ampullaires ou la dilatation permanente de petits vaisseaux comme dans certaines couperoses faciales, dans certaines cicatrices. Le traitement de la cellulite amène la disparition de ces dilatations vasculaires.

C'est encore à la cellulite que sont attribuables les réactions de tuméfaction marbrée, avec veinosités persistantes, provoquées par certaines brûlures légères, certaines inflammation torpides, notamment à la face.

Inversement, les lésions des parois vasculaires semblent modifier les autres actions interstitielles, une circulation sanguine active et régulière étant l'une des conditions d'équilibre des réactions interstitielles.

3° L'ÉTAT DU SYSTÈME NERVEUX. — A. *Système nerveux végétatif.* — Comme les troubles vasomoteurs, la rétraction tissulaire semble dépendre de l'innervation végétative, qui règle le tonus en général, mais il s'agit là de faits complexes, et dont l'interprétation est souvent malaisée.

B. *Système nerveux cérébro-spinal.* — Les réactions que nous étudions présentent une fixité anormale, chez les sujets atteints d'une lésion organique du névraxe, située dans la région comprise entre la capsule externe et la moelle cervicale inférieure, qu'il s'agisse d'hémiplégie, de syndrome thalamique,

(1) *Journ. de méd. de Paris*, n° 18 du 3 mai 1928.

de sclérose en plaques, de myélite, d'encéphalite, de syringomyélite, etc.,

Dans les névrites, gonflement et engorgement lymphatique, rétraction tissulaire font partie du tableau morbide, et semblent expliquer bien des symptômes, en particulier, les griffes. L'auteur a constaté l'intégrité parfaite des nerfs périphériques dans plusieurs cas de syndrome de Korsakoff. Ici, ce que révèle l'examen attentif, c'est une intoxication avec troubles mentaux et cellulite douloureuse sous-cutanée et intermusculaire, généralisée et très tenace.

II. **Modalités cliniques.** — Elles sont très nombreuses.

A. Modalités suivant la cause. — *Infections.* — Au début toute infection peut déterminer les quatre réactions : gonflement interstitiel et engorgement lymphatique, rétraction tissulaire, troubles vaso-moteurs. Puis, suivant l'intensité et l'évolution de l'infection, l'aspect clinique varie. Hypertoxique, l'infection ne permet pas la rétraction tissulaire. Dans certaines infections générales, les réactions fonctionnelles sont plus apparentes. Il suffit de rappeler la vaso-dilatation des congestions viscérales aiguës, l'érythème des fièvres éruptives, les bouffissures du rhumatisme, de la maladie de Quincke, etc. La rétraction tissulaire est particulièrement intéressante dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës, où elle cause le point de côté. On peut, momentanément, l'apaiser par un doux étirement, mais la rétraction, reparaissant aussitôt, ne présente guère qu'un intérêt théorique. Il en est autrement des vaso-dilatations viscérales. En étirant doucement les tissus qui recouvrent le tendon sternal du sterno-mastoïdien, on détermine un réflexe de décongestion dans les poumons, le foie, la rate.

C'est dans les affections atténuées, que les réactions fonctionnelles atteignent tout leur développement.

Le cas le plus simple est celui d'une infection localisée d'un membre. Le foyer inflammatoire laisse une induration dans laquelle on reconnaît les caractères de la cellulite. De ce foyer part une traînée de lymphangite montant vers ganglions correspondants, qu'on trouve engorgés. Là où le drainage lymphatique est compromis par l'engorgement, se développe l'œdème par stase lymphatique dans la région sous-jacente à l'obstacle. Des poussées de gonflement et des crises de réaction tissulaire se produisent à toute occasion dans les parties intéressées.

Certaines maladies infectieuses impriment aux réactions interstitielles un cachet spécial : grippe, que complique si souvent une cellulite cervico-thoracique très réflexogène, coli-bacillose, produisant des bouffissures à répétition, syphilis, tuberculose torpide, petites infections des cavités de la face. Cette dernière variété engloberait nombre de cas attribués à l'arthritisme; ainsi s'expliqueraient, notamment, bien des bouffissures chroniques, indépendantes de la rétention chlorurée, les œdèmes du pré-brightisme, avec fourmillements, frilosité, fatigabilité; les accidents ont souvent pour cause soit une petite infection hépato-digestive, soit une petite infection des cavités faciales. La cellulite persiste longtemps après guérison de l'infection, et ceci explique les résurrections obtenues par la physiothérapie, là où remèdes et régimes échouaient depuis de longues années. Cet état se complique souvent de synovites paraissant en rapport avec certaines fermentations intestinales. Ainsi se justifieraient les termes de rhumatisme biliaire ou intestinal, pour caractériser ces faits, encore mal classés.

Autres causes. — *Intoxications.* — Ici, l'adéno-lymphangite, prédominante dans les infections, passe au second plan. La bouffissure devient le signe capital, elle se reproduit par crises, coïncidant avec chaque nouvelle intoxication, et s'accompagne de rougeurs et de démangeaisons.

Dysendocrinies. — Les bouffissures et les troubles vaso-moteurs font partie de leur tableau symptomatique.

Cas complexes. — Ils sont légion, en pratique. Citons, à titre d'exemple, ces synovites à répétition, survenant par poussées, rappelant, en petit, la crise de rhumatisme articulaire aigu. Souvent, un trouble hépato-digestif paraît la cause immédiate; entre deux poussées subaiguës, les synoviales restent tuméfiées, avec traînées de cellulite partant de chacune d'entre elles et montant vers les ganglions lymphatiques de la racine du membre. Même complexité dans les réactions interstitielles consécutives aux traumatismes.

B. Modalités suivant les réactions nerveuses. — A. *Système nerveux végétatif.* — D'une manière générale, gonflement et rétraction interstitiels, engorgement lymphatique, troubles vaso-moteurs, agissent sur les fonctions nerveuses végétatives en provoquant :

1° *Des modifications des réflexes végétatifs.* — La présence de cellulite modifie profondément les réflexes végétatifs provoqués par la pression des yeux, de la région carotidienne, du plexus solaire et cœliaque. Elle peut, en outre, créer des réflexes anormaux qui disparaissent avec elle.

2° *Des troubles mentaux.* — Les uns, particulièrement observés chez les sujets atteints de troubles vaso-moteurs, sont ceux de la maladie de Basedow, lorsque l'instabilité et l'irritabilité cardio-vasculaires sont exagérées, apparaissent l'instabilité et l'irritabilité mentales. Les seconds, particulièrement liés à la rétraction tissulaire épigastrique et cervico-thoracique, sont l'anxiété, avec tendance aux idées noires et aux obsessions.

B. *Système nerveux cérébro-spinal.* — La rétraction tissulaire cellulitique peut, surtout pendant ses paroxysmes, entrer en lutte avec le liquide interstitiel qu'elle enserre et irriter mécaniquement les terminaisons nerveuses des nerfs sensitifs. Cette explication permet de soulager d'innombrables algies et de comprendre comment, si fréquemment la douleur ne répond à aucune topographie nerveuse connue.

Troubles moteurs. — C'est à la rétraction tissulaire

qu'il faut attribuer certains enraidissements de posture, l'enraidissement n'intéressant qu'une partie des muscles, chez les vieux rhumatisants, dans certaines lésions du névraxe, lors des arthrites périarthrites, des traumatismes, etc.

Beaucoup de crampes paraissent dues à l'irritation des nerfs moteurs, à leur entrée dans le muscle, par la cellulite, celle-ci semble avoir une action irritante analogue sur certains mouvements choréiques, sur certains torticolis, etc., elle gêne mécaniquement la motricité dans certaines affections cérébrales infantiles, dans les poliomyélites, enfin, les troubles moteurs de certaines myélopathies, certaines dysphonies autres que celles des pseudo-bulbaires, sont améliorés parfois d'une manière remarquable par le traitement de la cellulite.

Troubles des réflexes tendineux. Pseudo-clonus. Troubles sphinctériens. — Les modifications des réflexes tendineux observées dans certaines affections organiques du névraxe tiennent, parfois, à l'existence de gonflement et de rétraction cellulaire, venant irriter certains nerfs ou leurs racines, et augmenter la réflectivité.

On conçoit donc l'importance clinique des réactions fonctionnelles que la clinique permet d'observer dans les tissus interstitiels. Le gonflement interstitiel et l'engorgement lymphatique traduisent un trouble humoral, infectieux ou toxique, la rétraction tissulaire dépend, au même titre que les troubles vaso-moteurs, de l'innervation végétative. Tous s'observent, à chaque instant, sous l'action des causes morbides les plus diverses, et, de leur connaissance résulte souvent, une thérapeutique efficace, dont l'auteur a, ici-même, indiqué la technique (1).

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUIN 1928)

Nouvelles recherches expérimentales sur l'ultravirus tuberculeux. — MM. A. CALMETTE, J. VALTIS et A. LACOMME établissent désormais une distinction « entre l'hérédité bacillaire proprement dite, résultant de la transmission directe des formes normales du bacille de Koch, qui est rare et presque fatalement mortelle à brève échéance pour le nouveau-né, et l'infection transplacentaire par l'ultravirus qui paraît, au contraire, très fréquente et qui, lorsqu'elle ne détermine pas la mort rapide du fœtus ou celle du nouveau-né par dénutrition progressive, ne semble pas avoir de conséquences graves pour la santé des nourrissons lorsque ceux-ci ne sont pas exposés à des réinfections bacillaires dans leur milieu familial.

« Les mesures de prophylaxie individuelle et de défense sociale contre la tuberculose doivent donc toujours être principalement dirigées contre les effets particulièrement nocifs de ces réinfections bacillaires, surtout dans le très jeune âge. Elles doivent tendre :

1° A réaliser la vaccination préventive par le B. C. G. dont l'expérience, à la Clinique Baudelocque, montre la parfaite innocuité, aussi bien pour les enfants de mères tuberculeuses qui naissent sans doute presque tous porteurs d'ultravirus que pour ceux qui naissent indemnes.

2° A séparer, toutes les fois qu'il est possible, dès après leur naissance, les nouveau-nés de mères phtisiques. »

L'ultravirus tuberculeux peut exister dans le lait provenant d'une mamelle tuberculeuse. — M. Paul ROSSI.

Le rôle du traumatisme lors de l'infection charbonneuse du chevreau par la voie digestive. — M. Ch. HRUSKA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1928)

M. le professeur Viggo Christiansen (de Copenhague) assiste à la séance.

La recrudescence actuelle de la syphilis dans la région parisienne. — M. JEANSELME insiste sur les services rendus par le dispensaire antivénérien en tant qu'office d'information renseignant sur les mouvements des maladies vénériennes. Les observations faites au dispensaire de Saint-Louis montrent, ainsi, que la syphilis a diminué de 1920 à 1924, et qu'elle a marqué une recrudescence importante en 1925. Nous sommes revenus en 1928 au même point qu'en 1920, mais depuis le commencement de l'année la syphilis reprend sa marche ascendante. A quoi est due cette recrudescence?

En 1925, M. Jeanselme avait cru pouvoir incriminer l'importation étrangère, il pense maintenant que l'abandon graduel du traitement par les arsénobenzènes doit être pris en considération, mais que surtout c'est l'éducation sexuelle des femmes qui est insuffisante. L'abandon du traitement par les malades est aussi trop précoce, le diagnostic des lésions initiales est trop long, enfin la prostitution clandestine a augmenté régulièrement depuis 1923, ce n'est pas la moindre cause de la recrudescence que l'on constate aujourd'hui.

Action de l'extrait testiculaire sur les échanges respiratoires. — MM. POUCHET, Guy LAROCHE, Robert FAILLIE et A. CAMUS montrent que l'extrait préparé avec des testicules de taureaux pris par ingestion ou par injection intramusculaires augmente les échanges respiratoires chez la femme aussi bien que chez l'homme. Cette modification des échanges respiratoires, toujours plus faible que celle obtenue avec les extraits thyroïdiens, prouve que l'extrait testiculaire a une influence sur les combustions internes qui sont activées et relevées.

Les auteurs signalent aussi que les sujets traités accusèrent pour la plupart une perte de poids en rapport avec l'augmentation de leurs échanges respiratoires, ainsi qu'une résistance à la fatigue beaucoup plus grande persistant longtemps après le traitement.

La radio-activité des sources de Bourbonne-les-Bains. — M. DESGREZ présente une communication de MM. André Chevallier et Albert Delacroix sur la radio-activité des sources de Bourbonne-les-Bains. Ces sources hyperthermales présentent des gaz spontanés très abondants dont la teneur en émanation du radium dépasse 80 millimicroruries par litre et qui permettent, au voisinage des griffons, de constater des phénomènes de radio-activité induite. L'eau, au contraire, ne possède qu'une fraction de millimicrorurie d'émanation du radium dissoute. Les recherches n'ont pas permis de mettre en évidence la présence de corps de la famille du thorium dans les produits des sources.

Sur le mécanisme du sommeil. — M. MARINESCO. Des expériences sur plus de 50 chats ont permis de constater que les lésions du IIIe ventricule quand elles siègent dans une

(1) Louis ALQUIER. La physiothérapie des tissus interstitiels, 1928, n° 3, p. 37; n° 9, p. 149, n° 11, p. 190, et n° 13, p. 225.

région comprise entre le chiasma et un plan qui passe un peu en avant des tubercules mammilaires produisent un sommeil caractéristique. L'injection de chlorure de calcium faite dans la région sus-mentionnée favorise l'apparition du sommeil, tandis que l'ion K l'empêche pour un certain temps. Mais le sommeil apparaît tardivement même après l'injection de K, phénomène probablement dû à l'action de la lésion concomitante sur le centre régulateur du sommeil.

La valeur de la constatation radioscopique de la limitation unilatérale des mouvements du diaphragme pour le diagnostic de certaines affections rénales. — M. Maurice Chevassu après avoir, avec l'aide du docteur Moret, pratiqué plus de deux cents examens radioscopiques du diaphragme chez des malades urinaires pour la plupart, est persuadé que cet examen simple permet, chez de nombreux sujets, d'affirmer immédiatement l'existence de lésions situées sous le diaphragme et en particulier au niveau de l'atmosphère périrénale supérieure et postérieure et à point de départ rénal.

Lorsqu'une lésion du rein s'accompagne d'une réaction de l'atmosphère périrénale atteignant la zone juxta-rénale du diaphragme, les mouvements de la moitié correspondante du diaphragme sont limités dans leur amplitude ; il arrive même que cet hémi-diaphragme soit complètement immobile.

La plupart des maladies chirurgicales du rein peuvent donner naissance à ce symptôme radioscopique. Il est l'indice d'un rein adhérent dont la néphrectomie pourra être difficile. On conçoit que le simple examen radioscopique puisse ainsi parfois faciliter le diagnostic du côté malade avant tout cathétérisme de l'uretère.

Mais c'est dans les phlegmons périnéphrétiques et dans les abcès corticaux du rein qui en sont l'origine, que la limitation des mouvements de l'hémidiaphragme s'observe le plus régulièrement.

Lorsqu'on sait de quelle façon sournoise peuvent se développer ces dernières lésions qui, laissant souvent les urines limpides et la vessie indolore, n'attirent pas, *a priori*, l'attention du côté de l'appareil urinaire ; quand on sait que le point de côté qui les accompagne parfois risque d'attirer l'attention plutôt du côté du thorax que du côté du rein, on conçoit combien peut être précieux un moyen de diagnostic qui précise immédiatement la situation des lésions.

A propos de la fièvre jaune. — M. Marchoux fait une communication sur l'épidémie qui, l'année dernière, a sévi sur la Côte occidentale d'Afrique, donnant 190 cas confirmés avec 155 décès, non compris 30 cas suspects dont 20 décès.

L'amélioration a été obtenue assez rapidement dès qu'ont pu être appliquées avec rigueur et sur une grande échelle les mesures de dépistage précoce, protection vis-à-vis des stégomyas et démoustication nécessaires. Dès le milieu de novembre, les cas étaient de plus en plus espacés et en décembre, tout était terminé bien que la chaleur se soit exceptionnellement prolongée.

Fin avril, une conférence présidée par l'inspecteur général Lasnet a réuni à Dakar les délégués sanitaires de toutes les Colonies franco-britanniques de la côte occidentale d'Afrique, qui ont à souffrir de la fièvre jaune, ainsi que les représentants de la mission que l'Institut Rockefeller entretient à Lagos.

Cette conférence a permis d'effectuer une mise au point très complète ; elle a mis en relief la sensibilité au virus amaril du « macacus rhesus » ; a établi différentes particularités d'ordre clinique ou thérapeutique de la plus haute importance ; elle a arrêté enfin le principe de relations étroites entre les services sanitaires de la côte occidentale ainsi que d'une véritable collaboration entre les divers laboratoires ou instituts qui étudient le virus amaril.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux.

Au premier tour sont élus M. Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant national depuis 1919 dans la section de chirurgie, et M. Girard, médecin général de 1re classe de la marine, ancien inspecteur du Service de santé de la marine, grand officier de la Légion d'honneur, membre correspondant national depuis 1920 dans la section d'hygiène.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1928)

Thérapeutique entéro-pulmonaire par la lipomédication rectale. — M. Lucien Dreyfus, en s'appuyant sur les travaux récents d'absorption des graisses, recommande la médication rectale dans la tuberculose pulmonaire. Il préconise les petits lavements, à garder, de créosote, avec comme excipient, l'huile de cheval de Huerre.

Trachéofistulisation expérimentale et œdème aigu du poumon. Contrôle histologique. — M. Georges Rosenthal présente les coupes des poumons de lapin et cobayes sains, tués par l'œdème aigu, causé par l'injection intratrachéale de solutions non isotomiques.

La lésion dominante est la congestion avec diapédèse mononucléaire.

Méfaits pathologiques des vers intestinaux chez l'enfant et chez l'adulte. M. Léon Souben (de Pont-L'Abbé) présente sept observations (enfants et adultes) confirmant le diagnostic des vers intestinaux.

Il faut toujours y penser chez l'enfant, en présence du tableau suivant :

Embarras gastrique, avec selles fétides ; démangeaisons nasales, buccales et anales ; conjonctivite ; larmoiement ; nausées, vomissements, haleine fétide, d'odeur un peu spéciale, et surtout petite toux quinteuse caractéristique.

Le diagnostic complémentaire sera fait par la recherche des œufs de parasites. Mais le plus simple est de faire un traitement d'épreuve.

On obtiendra de bons résultats, le plus souvent avec le calomel et la santonine, qui devront toujours être donnés à petites doses.

Dans la suite, il faudra surveiller pour nettoyer complètement l'intestin, et, pour ce faire, différents traitements peuvent être employés.

(SÉANCE DU 9 MAI 1928)

Traitement de la dystonie gastrique à forme atonique ou hypotonique par l'emploi du lobe postérieur de l'hypophyse sur le contrôle de la gastrotonométrie. — M. René Gaultier en rapprochant ses premiers travaux publiés le 4 octobre 1927 à l'Académie de médecine, en collaboration avec le docteur V. Lapiccirella de travaux analogues parus récemment dans la littérature étrangère, souligne à nouveau l'action élective de la rétropituitrine, sur le tonus de la fibre musculaire de l'estomac, et pense qu'on pourrait, en maniant prudemment cette substance associée ou non à l'adrénaline, l'utiliser avec avantage dans le traitement des atonies gastriques, avec distension, si fréquents en pathologie digestive.

Action anthélmintique des pyréthrines hémisynthétiques du Chrysanthemum cinerariaefolium. — M. J. Chevalier signale les points suivants :

Les pyréthrines sont les principes actifs du Pyrèthre (Chrysanthemum cinerariaefolium), elles sont constituées par les éthers d'un alcool à fonction cétonique et des acides chrysanthémiques mono et dicarboniques.

Le mélange de ces éthers, en solution dans un liquide neutre susceptible de donner dans l'eau des émulsions stables et

actives à l'état colloïdal, constitue un produit qui se révèle comme le vermicide le plus énergique; il n'est pas modifié dans l'estomac et dans l'intestin, il agit en paralysant et en tuant rapidement tous les vers qui sont expulsés par les selles, sans aucun retentissement sur le système nerveux et l'appareil digestif.

Ce vermicide ne révèle dans ses applications thérapeutiques aucun des inconvénients de la santonine, ni les irrégularités et les accidents de la pelletiérine ou de la filicine. C'est un vermicide général qui ne présente aucune contre-indication ni intolérance, même chez les très jeunes enfants.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT ANALGÉSIQUE (1)

Par le docteur A. ODINET.

On parle beaucoup d'analgésie obstétricale depuis quelques années et la bibliographie qui termine ce travail, montre que pour l'hémipnal seulement les études ont été très nombreuses. Commentant ses observations avec ce produit administré sous forme injectable, l'auteur mentionne qu'il est possible d'obtenir avec lui un accouchement peu douloureux dans la majorité des cas où il était à prévoir qu'il eût été, qu'il est surtout utile d'y recourir chez les primipares et dans tous les cas d'hypertonie utérine; ce sont là, constate-t-il après Rossier, Hamm, Weber, Pouliot, Pellissier, Labouré, de véritables indications de l'hémypnal, qui si celui-ci ne produit pas un accouchement totalement analgésique, avec inconscience de la parturiente, il n'y a pas lieu de le regretter; réduire la douleur obstétricale, la rendre aisément supportable, et cela sans nuire ce qui est souhaitable et c'est ce qu'on observe par l'emploi de l'hémypnal.

LIVRES NOUVEAUX

Ecole de santé (2), par le docteur Henri BOUQUET.

A une époque où le public aime à être tenu au courant de toutes les découvertes scientifiques, même s'il ne peut en faire lui-même l'application, il serait surprenant que la seule science qui ne l'intéressât point fût celle qui le touche de plus près, celle qui concerne le plus précieux des biens, la santé. Chacun des hommes est fait, n'est-il pas vrai, à la ressemblance du bonhomme Chrysale, à qui sa « guenille » était si chère.

Mais est-il possible de fournir au grand public des notions claires et suffisantes sur les acquisitions que fait chaque jour dans tous ses chapitres, l'art de guérir? Le docteur Henri Bouquet l'a pensé, estimant que tout le monde doit gagner à ce que les progrès de la médecine soient exposés dans le langage de tout le monde, à ceux qui sont appelés à en profiter. Mieux instruits, ils pourront se préserver eux-mêmes des atteintes de certaines maladies, les plus nombreuses sans doute, que la connaissance de leur cause et de leur évolution rend plus aisément inévitables. Munis des éclaicissements indispensables, ils pourront suivre avec plus de profits les conseils de celui qui les soignera et l'aider dans la tâche de salut dont ils doivent être les premiers bénéficiaires.

Voici les grandes divisions de ce très complet ouvrage: *les Méthodes dont on parle* (la hantise de l'hypertension; l'artériosclérose; la dégringolade; quand l'estomac se digère lui-même; l'enfant noué; le froid qui tue; le péril dentaire; le mal des montagnes; la photosensibilisation; la fièvre jaune, etc.), — *les Nouvelles Méthodes de diagnostic,* — *les Thérapeutiques d'aujourd'hui* (les rayons ultra-violets; B. C. G. ou la vaccination contre la tuberculose; les maladies bienfaisantes; 80 degrés au-dessous de zéro; grandeur et décadence de la saignée; les greffes; l'homme essentiel), — *Questions d'hygiène* (l'aliment vivant; la controverse du tabac; l'exercice physique et le sport; les animaux à la rescousse; le poison chez soi; périls de printemps; les méfaits de la puce).

Ce rapide résumé suffit à montrer à tous la richesse de ce précieux volume où un médecin érudit, qui est aussi un de nos plus réputés écrivains scientifiques, a condensé en des pages lumineuses les leçons d'une expériences très avertie.

L. G.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, du 29 mars 1928.

(2) Un volume in-16 de la « Bibliothèque variée », broché. — Prix : 12 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES.

Lundi 9 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Lemierre et Vallery-Radot. — Mlle WOLFF. Etude des variations de la glycémie chez la femme normale. — M. AGADJANIANTZ. Etude anatomo-clinique des tumeurs des nerfs périphériques. — M. DESLANDRES. La migraine menstruelle. — M. DROUHARD. Diagnostic des syndromes douloureux aigus du carrefour sous-hépatique.

Mardi 10 juillet. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Lecène et Alglave. — M. THEILLIER. Etude du traitement des occlusions intestinales après appendicectomie. — Mlle BARDY. De la variabilité des points d'ossification du fœtus. — Mlle PITHON. Etude de la physiologie de la lactation.

Jury : MM. Cunéo, président; Terrien, Brumpt et Gatellier. — M. CORCUFF. Recherches sur la spécificité parasitaire des coccidies. — M. FERRAND. L'ethmoïde chez l'enfant. — M. SCHOENGRUN. L'urétérostomie cutanée dans le traitement de la tuberculose réno-vésicale. — M. MARCHADIER. Traitement chirurgical de l'ectropion sénile. — M. TULASNE. Etude de la prothèse immédiate des maxillaires.

Jury : MM. Marfan, président; Jeanselme, Nobécourt et Sézary. — M. HUGUENIN. Etude de l'action antirachitique des substances irradiées (l'ergostérol irradié). — Mlle BESCOND. Etude du lymphogranulome bénin de J. Schaumann. — M. BONDOUX. Le réalisme littéraire de Flaubert et l'application de la méthode des sciences biologiques. — M. HOULNICK. Glycémie et cholestérinémie au cours des eczémas. — M. RIGOT. Etude des épidermites eczématiformes. — M. PERRODO. La forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu. — M. MOURY. Etude des vaccinations associées. — Mlle MORNET-CROS. Rayons X et développement embryonnaire.

Mercredi 11 juillet. — Jury : MM. Delbet, président; Hartmann, Sebileau et Mathieu. — Mlle BUQUET. La poradénite et son traitement. — M. CAUTRU. De quelques points concernant la grossesse dans une corne utérine rudimentaire. — M. GISCLARD. Des polypes dermoïdes du cavum.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Loeper, Panisset, Moussu, Vallée et Robin. — M. VITTOZ. Le diagnostic des maladies infectieuses par l'examen de la moelle osseuse. — M. LABAS. Etude du traitement du coryza gangréneux du bœuf.

Jeudi 12 juillet. — Jury : MM. Teissier, président; Achard, Villaret et Baudouin. — M. DESJARS. Etude de la phtisie des gazés. — M. JARDET. Les tempéraments rustiques et affinés. Leur importance dans la thérapeutique des régimes. — M. GODEL. Formes cliniques et évolutives de l'insuffisance cardiaque au cours de la tuberculose pulmonaire. — M. RABETRANO. Etude de la peste pulmonaire à Madagascar. — M. ANDJELOPOLITCH. La cure d'Evian. Etude de thérapeutique hydrominérale. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


SOCIÉTÉ
GALLOIS & Cie
41, BOULEVARD DES BROTTEAUX,
LYON
Vous accroîtrez votre notoriété,
Vous agrandirez votre clientèle,
Vous augmenterez le domaine scientifique.
en utilisant les
RAYONS ULTRA-VIOLETS
Vous aurez une installation simple, pratique et peu onéreuse avec les
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleurs à haut rayonnement ultra-violet. (Brevets Gallois et H. George)
La Société GALLOIS & Cie construit aussi un
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
pour
RAYONS INFRA-ROUGES
ainsi que des
NOUVELLES ÉLECTRODES
genre Mac Intyre, en quartz pur transparent pour applications combinées des courants à
Haute Fréquence
et des Rayons Ultra-violets (Brevet R. Gallois)
La Société Gallois et Cie se fait un plaisir de communiquer à MM. les Docteurs les résultats acquis par 20 années d'expérience et d'indiquer tous renseignements bibliographiques spéciaux aux rayons ultra-violets et infra-rouges.
Pub. Drouat Lyon

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques, par le docteur Gabriel BIDOU. Préface du professeur Georges GUILLAIN. — Le Livre pour tous, 37, avenue de Saint-Ouen, Paris.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — A PROPOS DU CONCOURS DE L'INTERNAT. — On nous communique la note suivante :

« Le Conseil de la Société des médecins des hôpitaux proteste contre les vexations brutales et les calomnies insoutenables dont les juges au concours de l'internat ont été l'objet de la part de certains candidats. Rien dans le choix des questions posées n'excuse pareilles manifestations. Les médecins des hôpitaux blâment ces gestes intolérables qui nuisent au bon renom de l'internat.

Signé : MM. APERT, BAUDOUIN, DEBRÉ, DONZELOT, HALLÉ, LAUBRY, DE MASSARY, PAGNIEZ, RIST, SAINTON, SÉZARY, P.-E. WEIL. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Aboulker (Gilbert), Aboulker (Pierre), Advenier, Alavoine, Albeaux, Alivisatos, Allouche, Alpern, Ambrosini, Amid, Anfré, Antonelli, Antoniou, Mme Arager, MM. Archambaud, Ardouin (Georges), Arnal, Arnaud, Arnon, Arondel, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Arsonneau, Asselin, Attal, Aubin, Augeix, Augeraeu, Auzepy, Ayrignac,

Mlle Baguette, Mme Baillon, MM. Bardin, Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barneville, Barré, Barrier, Barthélemy, Basset, Baussan, Beauchesne, Beaufils, Béchet, Mlle Bégaud, MM. Belêtre, Bénassy, Benech, Berardier, Berg (de), Bergenstei, Mlle Berger, MM. Bernard (Jean), Bernard-Griffiths, Beuzard, Bezder, Billiard (Jean-Louis), Birnie-Scott, Bissary, Blanchard, Blanquine, Bloch, Mlle Blondel, MM. Bogorasse, Boidot, Boisramé, Bolgert, Bonnet (Pierre), Bonnet (Raymond), Bons, Boquet, Bordier (B.), Borgida, Boros, Bosquet, Botrel, Boudin, Bouley, Bourdial, Bourgeois, Boursat, Bousser, Boussoulade, Boutet, Bouvier, Boyer (Antoine), Boyer (Isidore), Brandy, Bréhant, Bréhier, Bretey, Bridot, Brincourt, Brinon, Brisard (Pierre), Brisset, Brizard (André), Brulin, Bruneau, Brunel, Bruneton, Butaud,

Cabrit, Mme Cachera, MM. Cachin, Caciura, Caïn, Camena d'Almeida, Camus, Capandji, Carbonel, Carlotti, Carteret, Casalis (Bernard), Casalis (Paul), Catalette, Mlles Cathier, Chapiro, MM. Chaussidière, Chevallier, Chigot, Chomet, Mlle Cligny, MM. Cohen (Albert-C.), Cohen (Asdriel), Colim, Collart, Comar, Conso, Constantoulahis, Conte (Michel), Contiadès, Coste, Cottet, Cottin, Couder, Courtial, Couty, Cros, Cuvillier,

Damon, Dansaert, Mlle Danzig, MM. Darnis, Dausse, David (Jean), David (Pierre), Davous, Defaix, Delaffond, Delay, Deliencourt, Delinotte, Mlle Delon, MM. Demaldent, Demirleau, Demoulin, Deparis, Mlle Derombies, MM. Deslandres, Desormeaux, Dessirier, Mlle Develay, MM. Dewé, Dormay, Douvry, Draillard, Dreyfus (André), Mlle Dreyfus (Suzanne), MM. Dubois (Jean-Louis), Dubois (Pierre), Mlle Ducosté, MM. Dufet, Dulot, Dumas, Duméry, Mlle Dupont, MM. Dupuideraus, Dupuy-Dutemps, Durandy, Durel (Pierre), Durieux, Durrbach, Dutray,

Eck, Elbim, Ellenberger.

Favre (Albert), Facquet, Mlles Fagnière, Falguière, MM. Fau, Fauvert, Fabre, Mlle Fayot, MM. Felsenswalb, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fiehrer, Filliozat, Fiszchbacher, Fort, Fournié, Franco, Friedmann, Fron.

Gadaud, Mlle Gagneur, MM. Galland, Gallot, Garnier, Gasne (Pierre), Gasne (André), Gaston, Gaudin, Mlle Gautheron, MM. Gavois, Géninet, Gérard, Germain, Giard, Gibert (Edouard), Gibert (Théophile), Gignou, Gigon, Gilbrin, Mlle Gillard, M. de Ginestet, Mlle Girardeau, MM. Goidin, Goldstajn, Golé, Goliger, Gorecki, Gorodiche, Gorrichon, Gosset, Goutallier, Graffin, Grand, Mme Grand, MM. Grangé,

Grasset, Grégoire, Grivaud, Grollet, Groulier, Grozieux de Laguerenne, Guichard, Guillemin, Guilly, Guybrt de la Baussserie, Guyon.

Haick, Mlles Hahn, Hallard, MM. Hamelin, Hauert, Hécart, Hennion, Henrion, Herbert, Hermabessière, Hervy, Hesse, Ho-Dac-Di, Hodanger, Huant, Hubert, Huret, Hurez, Hutin.

Iliovoci, Illaire.

Mlles Jacob, Jamet, MM. Jarrousse, Jaudel, Mlle Jennacopoulo, MM. Joly (François), Joly (Henri), Jomain, Jonard, Joseph, Josseran, Jouffroy, Jouis, Judet.

Mme Kirliloff, MM. Klotz, Koang, Kreyts, Mlle Kritchewsky, M. Kiriaco.

Labesse, Lacaze, Lachter-Pachter, Lacoste, Lacurte, Lafay, Laflotte, Lamiaud, Lançon, Langlois, de Langre, Lapeyre, Lapiné, Laquerrière, Lardat, Lardennois, Lardier, Mlle Lataste, MM. Laude, Lauprêtre, Laurent, Mlles Lavit, Léage, MM. Leebenthal, Leblanc, Lebovits, Lecadre, Lecœur, Mlle Le Diouron, MM. Lefebvre, Legry, Lehmann, Lellouch, Lemant, Mme Le Maux, MM. Lemoine, Lepart, Mlle Lépiné, MM. Leroux dit Leroux-Robert, Leroy (Jacques), Leroy (René), Leroy (Robert), Leuret, Levannier, Levaditi, Leven, Lewy-Klotz, Mlles Lévy dit Weismann, L'Hoir, MM. Lieftring, Limasset, Limoge, Loisel, Mlle Loriot, Loutsch, Louvet, Lucas.

Macé de Lépinay, Maës, Mahoudeau, Mlle Maire, MM. Maisler, Malaplatte, Malgras, Marcy, Mariau, Marie, Marion, Maroger, Martel, Martin (Charles), Martin (Jean-Thomas), Martin (René), Marx, Massier, Masson (George), Masson (Pierre), Mattei, Mathis, Mazeyris, Meidinger, Meillaud, Menetrel, Merle, Metzquer, Meyer, Mézard, Mezger, Milleret, Minet, Moline, Moreau, Motz, Moutard, Moyse, Mutricy,

Natier, Naulleau, Nazarian, Nicolas, Nomblot,

Olivier, Ollivier-Henry, Oppenot, Ortéga,

De Palma, Mlle Parent, MM. de Parienté, Patey, Patté, Paul, Pautrat, Penay, Pérachon, Pergola, Périer, Pescarolo, Petit (Louis), Phalippou, Pham-Hu, Mlle Picandet, MM. Picard, Pichon, Mlle Pichot, MM. Piel, Pigache, Piollet, Piraud, Poilleux, Poinceau, Pointud, Polacco, Pollak, Porge, Postel, Potier, Pouey, Prat, Prost, Prunet, Puymartin, Pyt,

Rachelsberg, Raoul-Duval, Raulot-Lapointe, Raymond (Roger), Reboul, Regaud, Relier, Reliquet, Reyt, Ribadeau-Dumas, Robert (Paul), Robert (Pierre-R.), Robert (Romuald), Robert (Yvon), Robin, Rochard, Mlle Riom, MM. Ripert, Roger, Rogès, Roquejeoffre, Rouart, Rouher, Roulin, Roulier, Rousseau (Gaston), Rousseau (Georges), Rousset, Roy, Royer de Véricourt, Rudler,

Sabetay, Sabourin, Salles (Pierre), Sallet (Jean), Salomon, Sambron, Sanz, Schatz, Schwartz, Séguinot, Sergent (Honoré), Serre, Sevin, Sidi, Simon, Sliosberg, Smirnoff, Soleil, de Soria, Soubrane, Souilhé, Soyer, Stérin (Lucien), Stérin (Raymond), Stoclet, Strée, Suchmann,

Tabuteau, Tacquet, Tardif, Tavennec, Tellier, Terrenoire, Testu, Thoizon, Thomann, Thomas, Thorel, Tilitcheff, Trocmé, Trombert, Trubert, Tschudnowsky, Tubiana,

Ungar,

Vaidis, Mlle Valentin, MM. Vandenbosche, Vaudour, Vautrin, Mlle Verlière, MM. Viala, Vialle, Victor, Mlle Vidal, MM. Villechaize, Vincent (Pierre), Voillemin, Voisin,

Wechsler, Mlle Weiss, M. Werner, Mlles Wilm, Wix,

MM. Zhâ, Zimmern, Zitzermann.

— Un concours pour la nomination à la place de chef du laboratoire des produits galéniques de la pharmacie centrale aura lieu le lundi 8 octobre 1928, à 8 h. 1/2, quai de la Tournelle, n° 47.

Se faire inscrire à l'administration (service du personnel, bureau du personnel médical), depuis le lundi 10 septembre jusqu'au mercredi 19 septembre 1928 inclusivement, de 14 à 17 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Paul Vigne est chargé provisoirement du service de la chaire de Clinique dermatologique à l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. le docteur Paul Blum, relevé de sa délégation dans cet emploi.

M. Arnoux, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de chimie à l'Ecole de médecine de Marseille.

M. le professeur Moitessier a été élu au Conseil académique.

— Un concours pour une place de chef des travaux de physique générale et biologique aura lieu à l'Ecole de médecine de Marseille le 22 octobre 1928.

— TOURS. — Un concours s'ouvrira le lundi 29 octobre 1928, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Seuls, les deux candidats inscrits à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour le concours du 15 octobre 1927 annulé par arrêté du 9 décembre 1927, pourront prendre part à ce concours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE. — Le groupe médical parlementaire de la Chambre des députés est ainsi constitué :

MM. Gardiol, président; Dézarnaulds et Legros, vice-présidents; Gadaud, secrétaire général.

MM. Amat, Basset, Bonnefous (Louis), Briquet, Camboulives, Caujole, Chassaing, Debève, Even, Fays, Fié, Fraissex, Goujon, Gout, Grinda, Jouffrault, Lecacheux, Marcombes, Masclanis, Molinié, Mourer, Neyret, Nicollet, Oberkirck, Pacaud, Péchin, Perfetti, Pfleger, Poillot, Queuille, Régis, Ricklin, de Rocca Serra, Roumagoux, Roy, Sevestre.

M. Mercier, secrétaire administratif du groupe.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. F. BEZANÇON.) — Du 16 juillet au 15 octobre 1928, MM. les docteurs Jacquelin, médecin des hôpitaux; Weismann-Netter, Pollet, Celice et Cayla, chefs de clinique, feront tous les jours, à 11 h., une présentation de malades.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

LABORATOIRE PARISIEN D'ANALYSES demande collaborateur médical. — Ecrire au Journal.

A CÉDER bail maison de santé installée, 24 chambres de malades grand luxe, admir. sit. — S'adr. pour tous renseign. Dr Guillemonat, 47, boul. St-Michel, Paris, tél. Gob. 24-81.

ÉRYTHROMÉLALGIE & SYNDROME DE BASEDOW

Par MM. Paul SAINTON et Paul VÉRAN.

De tous les syndromes qui peuvent s'observer, associés au goitre exophtalmique, le plus rare est certainement l'érythromélalgie. Nous ne connaissons qu'un seul cas de cette association, signalé par Engelen. Celui que nous rapportons tire son intérêt de sa rareté, de ses paradoxes, et des considérations pathogéniques auxquelles il prête.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, originaire de la Nièvre, et qui jouissait d'une excellente santé jusqu'en février 1926, date d'apparition des premiers troubles basedowiens. Ceux-ci, lors de notre premier examen, en mai 1926, sont au complet, et nous n'insistons pas sur la description du goitre, assez volumineux et un peu lobulé, de l'exophtalmie discrète mais avec éclat du regard et pigmentation des paupières, de la tachycardie régulière à 125, 130, du tremblement caractéristique. A ces symptômes s'ajoutent le changement du caractère, les crises de diarrhée, la chute notable des poils, et surtout les troubles des règles qui, autrefois normales, ont cessé depuis février 1926, sans affection des organes génitaux. La malade a maigri de 10 kilogs en quelques semaines. Le diagnostic de syndrome de Basedow s'impose.

Cette femme vient à la consultation à intervalles plus ou moins éloignés. Malgré l'hémato-éthyroïdine à forte dose, la quinine, le salicylate de soude, elle n'observe pas de rétrocession des symptômes thyroïdiens, et, en octobre 1926, six mois après le début des troubles Basedowiens, se plaint de phénomènes douloureux survenant par crises, deux ou trois fois par semaine, aux mains dont la rougeur attire l'attention. Brusquement, à l'occasion d'une fatigue musculaire, d'une émotion, d'une immersion prolongée dans l'eau froide, une vive douleur immobilise les mains et les doigts. C'est une sensation très pénible de broiement, de torsion, arrachant des cris à la malade, et s'accompagnant de rougeur intense de la peau qui devient pourpre, lie-de-vin, sans gonflement, sans phénomènes sudoraux. Cet état dure trois à cinq minutes, et cesse brusquement. La fin de l'accès est annoncée par une sensation de chaleur anormale, de bien-être subit.

Dans l'intervalle des paroxysmes, la peau des mains et des doigts est de teinte saumonée, uniforme. Cette rougeur, qui disparaît momentanément sous la pression digitale, a une topographie spéciale, et symétrique des deux côtés. A la face palmaire, elle s'étend à toute la main et s'arrête, en haut, au pli inférieur du poignet. A la face dorsale, elle remonte jusqu'à une ligne passant à 1 centimètre au-dessus de la tête des métacarpiens. La peau est plus chaude sur toute l'étendue de la rougeur : 35 degrés à la main, 33 degrés au bras, du côté droit, et 34 degrés à la main, 33 degrés au bras du côté gauche. La peau est sèche, non squameuse. Les ongles sont normaux.

L'épreuve du bain chaud et du bain froid donne des renseignements paradoxaux : le bain froid ravive la rougeur et réveille la douleur, le bain chaud apporte un certain bien-être sans influencer la coloration de la peau. La capillaroscopie, pratiquée par M. Guillaume, au moment d'un accès douloureux, décèle le nombre des capillaires plus grand que de coutume, et l'égalisation des deux branches de l'anse dont le diamètre est très augmenté. Le sang, de couleur rouge cerise, circule rapidement dans ces anses géantes, ces symptômes traduisant une vaso-dilatation active des capillaires artériels.

L'injection sous-cutanée d'un milligramme d'ergotamine provoque une vaso-constriction très nette, avec diminution marquée du diamètre des capillaires. Mais la malade présentant des phénomènes lypothymiques, les autres tests biologiques ne sont pas pratiqués.

Le réflexe pilo-moteur, recherché à plusieurs reprises, avec



Face palmaire.



Face dorsale.

Topographie de l'érythromélalgie.

des excitations variées, a toujours été absent. Mais cette recherche a provoqué le plns souvent, une augmentation de la rougeur des mains dans le territoire habituel de l'érythroma-

lalgie, cette réponse vaso-dilatatrice étant unilatérale, ou bilatérale et symétrique, pour des excitations correspondantes.

Le réflexe oculo-cardiaque a toujours été nul. Il n'y a pas de dermographisme, pas de ligne blanche cutanée, pas de troubles sudoraux. La sensibilité objective est normale. La tension artérielle aux deux bras est 16 + 8 (au Vaquez) l'indice oscillométrique atteignant 4. La radiographie des mains ne montre aucun trouble du squelette. L'examen du sang n'a révélé qu'un léger degré d'anémie. Les réactions de Wassermann et de Hecht se sont montrées négatives, à plusieurs reprises, dans le sang.

Bref, il s'agit d'une femme atteinte de goitre exophalmique et chez laquelle apparaît, six mois après le débnt des troubles thyroïdiens, un syndrome de Weir-Mitchell. L'examen général révèle un troisième élément dans ce complexe pathologique : il existe au foyer aortique, un souffle systolique assez intense, se propageant vers la clavicule droite, et un souffle diastolique discret, à propagation rétro-sternale. Au siège du choc apexien dans le VIe espace, on perçoit un frémissement cataire diastolique, un roulement diastolique, un premier bruit éclatant et dur. Dans la région méso-cardiaque, aucun souffle n'est perceptible. Le diagnostic d'aortite avec rétrécissement mitral associé est confirmé par les signes périphériques et la radioscopie. Le pouls est vibrant, dépressible, la tension atteint 16 + 8 (au Vaquez). La radioscopie montre l'augmentation de volume du ventricule gauche, et la forte saillie de l'oreillette gauche dans l'espace clair rétro-cardiaque (le pseudo-rétrécissement mitral de Flint pouvant être ainsi éliminé). L'ombre aortique apparaît normale. La lésion cardiaque est bien compensée. Il n'existe pas de signes de défaillance rénale. L'examen des autres appareils ne révèle aucun trouble.

Le passé pathologique de cette malade est peu chargé. Pas d'hérédité névropathique ou goitreuse. Pas de maladies infectieuses ni de manifestations rhumatismales. Mme S... a deux enfants bien portants et jouissait d'une excellente santé jusqu'en février 1926 où apparurent les premiers symptômes basedowiens.

Nous avons pu suivre l'évolution de cet ensemble pathologique. L'érythromélalgie est allée s'aggravant pendant l'hiver, s'atténuant en été. Pendant la saison froide, les crises survenaient quatre à cinq fois par semaine, la douleur plus violente irradiant jusqu'au coude et s'accompagnant d'hypertonie avec contracture des doigts. Le signe de Chvostek, recherché à maintes reprises, n'a jamais été constaté. En été, les paroxysmes douloureux étaient rares et la rougeur beaucoup moindre.

Les règles réapparurent, de façon très irrégulière, espacée, et toujours fort peu abondantes. Les troubles basedowiens s'atténuèrent peu à peu, dès le début de 1927, mais, en même temps qu'ils régressaient, se manifestaient les premiers signes d'une insuffisance cardiaque rapidement progressive, avec arythmie complète, insuffisance ventriculaire gauche, œdèmes multiples, azotémie. Ces phénomènes cèdent incomplètement aux toni-cardiaques, au repos, au régime, et le 23 février 1928 la malade revient à l'Hôtel-Dieu dans un état alarmant de défaillance cardio-rénale, l'azotémie atteignant 0^{gr}75. Les troubles thyroïdiens sont extrêmement atténués. L'érythromélalgie a notablement régressé, les phénomènes asystoliques sont au premier plan. Après six semaines de traitement sévère, la malade sort de l'hôpital, très améliorée, mais semble rester à la merci d'un nouvel accident de défaillance cardiaque.

*
* *

L'observation d'Engelen, à laquelle il est intéressant de comparer la nôtre, concerne un jeune homme de vingt ans, atteint de syndrome de Basedow et de paresthésies douloureuses des mains, survenant soit spontanément, soit sous l'influence de la chaleur. Dans l'intervalle des crises, les mains restent rouges, maladroites, et il existe de l'hyperhydrose palmaire et faciale. L'atteinte élective des membres supérieurs est le seul point commun de cette observation et de la nôtre qui présente, outre la coexistence exceptionnelle du Basedow et de l'érythromélalgie, certaines particularités méritant d'être soulignées.

En ce qui concerne le syndrome de Weir-Mitchell, il faut noter la topographie très particulière et parfaitement symétrique de la rougeur, et sa limite supérieure rectiligne et horizontale. Cette disposition, nettement segmentaire, ne répond à aucune distribution radiculaire et traduit sans doute une répartition spéciale des fibres vaso-dilatatrices du sympathique.

L'influence du froid sur le déclenchement des accès douloureux est tout à fait paradoxale. On sait que ces malades réagissent normalement au froid par une vaso-constriction qui les soulage. Dans notre cas, il entraîne au contraire une vaso-dilatation douloureuse, et c'est le bain chaud qui détermine la vaso-constriction avec diminution de la rougeur. Des faits de ce genre ont été signalés par Sachs, Allen Sturge, et pourraient être rapprochés des observations de syndrome de Raynaud survenus à la suite d'un bain chaud, et décrits par Tannahill et Cassirer.

L'injection sous-cutanée de un milligramme de tartrate d'ergotamine provoque chez notre malade une vaso-constriction intense, vérifiée au capillaroscope, avec disparition de la rougeur habituelle. Etant donné l'état de vaso-dilatation permanente pré-existante, nous ne savons si on doit interpréter cette vaso-constriction comme une réaction normale, résultant d'une excitation du sympathique par une dose faible d'ergotamine, ou comme la réaction inversée d'un sympathique hyperexcitable et très sensible à une petite dose du médicament. La malade présentant, quelques minutes après l'injection, un état syncopal impressionnant, les autres tests biologiques ne sont pas recherchés.

Quoi qu'il en soit, s'il n'est pas possible de faire la part respective de la paralysie des vaso-constricteurs et de l'excitation des vaso-dilatateurs, on peut conclure avec Delater et Hugel à un « dérèglement durable de l'innervation artériolaire », et tous les faits de notre observation plaident pour la conception sympathique de l'érythromélalgie et l'existence de lésions probables du sympathique vaso-moteur.

Le réflexe pilo-moteur a été recherché à plusieurs reprises et avec des excitations variées : bloc de glace, pulvérisations d'éther, tube d'eau chaude, excitations tactiles (frôlements) ou douloureuses (pincement, malaxation, piqûre) portant sur les régions cervico-scapulaires, axillaires, sternales, sur les membres supérieurs ou sur les flancs. L'hypertonie pilo-motrice ne s'est jamais produite. *Mais il est un phénomène nouveau sur lequel il faut insister : les excitations ont provoquée une augmentation très nette et non douloureuse de la rougeur, des mains et des doigts, dans les limites de l'érythromélalgie, par conséquent un véritable réflexe vaso-dilatateur.* Cette réponse vaso-motrice s'est produite presque

constamment par des excitations portant sur les régions cervico-scapulaires ou axillaires, et indifféremment pour les différents types d'excitants précédemment cités, à l'exception du simple frôlement et de la piqûre. La vaso-dilatation des mains était accrue d'un côté ou des deux côtés, suivant que l'excitation était unilatérale, ou bilatérale et symétrique, et persistait pendant quelques minutes après cette excitation. Ainsi, dans les conditions où se produit normalement le réflexe pilo-moteur, se réalisait ici une vaso-dilatation à topographie particulière, juxtaposée sur celle de l'érythromélalgie.

L'absence de troubles sudoraux s'ajoute à ces constatations pour confirmer les conclusions d'André-Thomas sur l'interdépendance des fibres sympathiques : « Si les fibres vaso-motrices, pilomotrices, sudorales, appartiennent à un même système anatomique, quand on envisage les ganglions de la chaîne sympathique, les appareils correspondants jouissent au contraire d'une certaine autonomie qui leur vient des localisations différentes de leurs centres, ou de leur réactivité spéciale aux réactions centrales. »

Déséquilibre sympathique complexe, troubles endocriniens s'accordent dans cette observation pour en justifier les paradoxes. Mais, existe-t-il entre les troubles thyro-ovariens et l'érythromélalgie, survenue quelques mois plus tard, un rapport de cause à effet, ou de coïncidence relevant d'une même étiologie? On sait que le syndrome de Weir-Mitchell a été signalé à la fois dans le Basedow et dans le myxœdème, le rôle du trouble thyroïdien paraissant ainsi difficile à préciser. On sait encore que l'insuffisance ovarienne, et en particulier, la ménopause, opératoire ou spontanée, ont été invoquées comme causes provocatrices d'érythromélalgie (Collier, Laignel-Lavastine, Graves, L. Lévi, Weir-Mitchell et Stillé). Chez notre malade, âgée de quarante-deux ans, l'aménorrhée contemporaine du Basedow témoigne d'une insuffisance ovarienne, spontanée, ou liée à une ménopause prématurée. En tous cas, les troubles thyro-ovariens existent et sont intimement liés à l'évolution de l'ecto-sympathose.

La lésion cardiaque, enfin, présente un double intérêt. C'est une cardiopathie mitro-aortique, et, malgré la fréquence des affections du cœur dans l'érythromélalgie, il n'est pas signalé de lésions de ce type dans les nombreuses observations de la thèse de Benoist. Mais surtout, l'aggravation rapide des phénomènes asystoliques contraste singulièrement avec la régression des troubles basedowiens et érythromélalgiques qui, jusqu'au début du fléchissement cardiaque, avaient résisté à toute thérapeutique.

Il n'est pas exceptionnel d'observer des basedowiens asystoliques, et généralement, ces malades s'accommodent assez bien de cette défaillance cardiaque. C'est précisément l'évolution contraire et le balancement des troubles endocriniens et cardiaques qui méritent d'être soulignés.

Nous avons cherché s'il n'existait pas un lien étiologique commun aux différents syndromes évoluant chez cette malade, et notre enquête est restée vaine. May et Hillemand ont insisté sur la fréquence de la syphilis latente dans l'érythromélalgie. L'existence d'une aortite permettrait seule d'en discuter ici, car il n'existe aucun autre signe clinique, biologique, aucun anamnéstique de syphilis acquise ou héréditaire. En l'absence de tout antécédent infectieux ou rhumatismal net, on ne peut invoquer qu'un désordre endocrinien complexe, responsable sans doute du déséquilibre sympathique et de ses paradoxes.

C'est aussi à des lésions ou à des troubles fonctionnels du sympathique vaso-moteur qu'on peut attribuer la topographie si spéciale de l'érythromélalgie. Comme dans l'autopsie de Lannois et Porrot, ces altérations siègent sans doute dans le tractus intermédio-latérales. Dans le cas que nous rapportons, il semble qu'on puisse les localiser au noyau intermédio-lateralis proprement dit, étendu du huitième segment cervical au premier segment dorsal, et aux formations sympathiques voisines sous-jacentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUIN 1928)

Cancer pleuro-pulmonaire. — M. LEMIERRE, à propos d'un cas, insiste sur la difficulté de diagnostic du cancer pulmonaire.

Sur un nouveau cas d'asystolie utérine. — MM. Etienne BERNARD et DESBUCQUOIS relatent l'observation d'une femme de vingt-deux ans entrée à l'hôpital avec une métrorragie importante. Toute cause d'ordre chirurgical ou obstétrical étant éliminée, on eut recours à des médications hémostatiques multiples qui n'eurent d'ailleurs aucun effet. Cette femme, atteinte d'une maladie mitrale, présente quinze jours après son entrée des crises de tachycardie paroxystique. Contre ces crises on institua un traitement tonicardiaque (digitaline). Celui-ci jugula en quarante-huit heures les hémorragies utérines qui duraient depuis vingt-trois jours.

Cette observation cadre avec la description de l'asystolie utérine de Dalché. La perte de sang est survenue peu de temps après les règles, comme si la congestion cataméniale était un appel pour la congestion pathologique. La lésion était comme l'est d'habitude une lésion mitrale, et qui plus est une lésion jusque-là bien compensée. Enfin et surtout, comme dans l'observation récente du professeur Lemierre, la métrorragie resta insensible à toute médication jusqu'au jour où fut donnée la digitale.

De telles hémorragies sont utiles à connaître.

Un cas d'ostéopsathyrose. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, J. STÉHELIN et J. MAWAS présentent une femme de trente-six ans qui a eu dans l'enfance des fractures et des entorses multiples après des traumatismes insignifiants ; qui, d'autre part, a des sclérotiques bleu ardoisé et de la diminution de l'acuité auditive. Il s'agit d'un cas typique d'ostéopsathyrose. Les radiographies montrent seulement une gracilité du péroné et des os de l'avant-bras. Le chiffre de la calcémie est voisin de la normale. Contrairement à la plupart des observations, le syndrome chez cette malade n'a pas le caractère familial et héréditaire.

Urticaire solaire. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER, J. STÉHELIN et J. SAÏDMANN présentent une femme de quarante-trois ans atteinte d'urticaire solaire

depuis vingt années. L'urticaire apparaît chaque fois qu'elle s'expose aux rayons solaires. L'urticaire ne frappe que les régions découvertes : face, cou et mains.

Il faut, pour déclencher l'urticaire, une exposition de quelques minutes, soit en plein soleil, soit même à la lumière solaire diffuse tamisée par les nuages quand cette lumière est un peu vive. Si le temps est couvert ou si l'appartement dans lequel elle se trouve est obscur jamais il ne survient d'urticaire.

Les nombreux essais qui ont été faits pour déterminer la portion spectrale responsable des accidents ont montré que l'urticaire était provoquée par des radiations lumineuses s'échelonnant depuis le violet jusqu'au rouge.

Les auteurs ont essayé sur divers territoires cutanés l'application de faibles doses de radiations irritantes souvent répétées dans le but d'atténuer la sensibilité à la lumière solaire. De cette façon, la dose nécessaire de radiations pour provoquer l'urticaire est devenue de 5 à 10 fois plus élevée.

Les auteurs montrent que cette variété d'urticaire, dont ils ont déjà rapporté un cas il y a deux ans, est très différente des urticaires d'autres causes.

Traitement des anémies graves par les extraits de foie. — M. Arnault TZANCK rapporte plusieurs observations d'anémies en apparence pernicieuses où la méthode de Whipple, instituée au moyen des extraits, a donné lieu à des résultats très favorables.

La plupart des malades avaient été au préalable soignés à l'aide de transfusions sanguines combinées à l'ingestion de foie frais.

Le traitement par les extraits a permis de maintenir l'état général, le poids et la formule sanguine normale.

Dans deux cas l'extrait hépatique administré dès le début de la maladie a donné des résultats comparables à ceux qui sont obtenus à l'aide du foie frais.

De plus, l'auteur signale l'influence fâcheuse des rayons ultraviolets dans l'une de ses observations, et dans l'une d'entre elles l'apparition d'accidents anaphylactiques à la suite de transfusions sanguines répétées.

Enfin, dans toutes ses observations, malgré les améliorations cliniques et hématologiques, l'auteur insiste sur la persistance des modifications du chimisme gastrique (achlorhydrie et apepsie).

Gliome kystique du cervelet s'étant traduit par un syndrome d'hypertension intracranien avec déséquilibration statique et latéropulsion. Intervention chirurgicale. Guérison clinique. — MM. COYON, ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS présentent un homme de cinquante ans chez lequel s'est développé, en quelques semaines, un syndrome d'hypertension intracranienne avec céphalée occipitale, vertiges, bourdonnements d'oreilles, déséquilibration statique avec latéropulsion droite, hypotomie du côté gauche, stase papillaire après deux mois d'évolution. L'intervention en deux temps, d'abord décompressive occipitale, puis exploratrice cérébelleuse, a permis de constater l'existence d'un kyste développé dans le lobe cérébelleux droit et de l'évacuer après fixation au liquide de Zeuker. Les suites opératoires ont été parfaites, la stase papillaire a disparu et la marche est maintenant normale : c'est une guérison clinique.

Les auteurs rappellent les caractères des gliomes kystiques, soulignent ici les particularités d'évolution rapide, de topographie clinique de la lésion et insistent sur l'heureux résultat des interventions dans ce type de tumeur cérébrale.

Un cas de mégacôlon consécutif à une compression du rectum par sarcome pelvien. — MM. MACAIGNE et FLEURY présentent une tumeur pararectale de nature sarcomateuse ayant déterminé, par compression de la partie haute du rectum, une dilatation énorme de l'anse sigmoïde : celle-ci remplissait tout l'abdomen jusqu'au diaphragme et s'exprimait par un tympanisme diffus avec circulation collatérale qui avait simulé un début de cirrhose hépatique.

Le traitement iodé dans la maladie de Basedow. — M. M. LABBÉ insiste à nouveau sur les bons effets de l'iode dans la maladie de Basedow. Mais il montre par l'étude du métabolisme basal que l'iode ne guérit pas la maladie de Basedow. On doit lui associer, soit la radiothérapie, soit la thyroïdectomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1928)

Complications rares de la péritonite tuberculeuse. — M. MOUCHET fait un rapport sur trois observations de M. TASSO ASTÉRIADÈS, de complications de la péritonite tuberculeuse chronique ayant amené l'auteur à pratiquer diverses interventions (ablation de ganglions comprimant le pylore et de brides étranglant le grêle).

Fractures récentes de Monteggia. — M. ALGLAVE fait un rapport sur trois observations de MM. FRUCHAUD (d'Angers) et P. GARNIER (de Châlons), de fractures du cubitus avec luxation de la tête radiale. Les auteurs ont pu dans les deux premiers cas (chez des enfants) par simple réduction par manœuvres externes, dans le troisième cas (chez un adulte) par réduction externe d'abord, par intervention sanglante ensuite, obtenir la guérison de leurs malades. Le rapporteur étudie la valeur des différents procédés de traitement employés jusqu'à ce jour dans ces lésions. Le traitement doit être différent chez l'enfant et chez les adultes.

M. MOUCHET rappelle qu'il a montré que dans ces fractures le traitement pouvait être assuré par la simple flexion aiguë du coude, mais il faut vérifier de suite après par la radiographie que la réduction est bien obtenue.

M. LANCE a observé chez un petit enfant un cas de fracture en bois vert où l'angulation existant dans le sens transversal, la déformation avait passé inaperçue ; la simple ostéotomie, dans ce cas, a permis de guérir l'enfant, la tête radiale s'étant spontanément remise en place.

M. BRÉCHOT a pu, chez un enfant atteint de semblables lésions, réduire le cubitus par manœuvres externes, mais non la tête radiale.

Torsion d'un fibrome sur son axe. — M. RICHARD (rapport de M. LABEY) a trouvé chez une femme de quarante et un ans ayant présenté des crises abdominales douloureuses, opérée pour hématocèle avec fibrome utérin une grossesse tubaire au début de sa rupture accompagnée de torsion complète d'un fibrome. MM. Labey et Richard pensent trouver dans la coexistence de l'hématocèle une raison à la torsion du fibrome.

M. PROUST ne croit pas qu'il y ait un rapport entre la torsion et l'hématocèle.

Appendicites aiguës à foyers successifs. — M. LABEY fait un rapport sur deux observations dues à M. BARANGER (du Mans), d'appendicites aiguës à foyers successifs ayant nécessité plusieurs interventions.

Technique de la craniectomie pour l'opération des tumeurs cérébelleuses. — M. DE MARTEL indique quelques modifications de technique dans les opérations cérébelleuses, mises au point dans le but de faciliter l'intervention et de remédier à la mort rapide due à la compression du cervelet; il commence son incision très bas, fait sauter l'atlas, puis attaque le trou occipital et incise la dure-mère au-dessus du cône de pression. Dans plusieurs cas, cette technique lui a donné les meilleurs résultats.

A propos des œdèmes chirurgicaux. — M. Leriche fait une longue communication sur le traitement chirurgical des œdèmes.

(SÉANCE DU 20 JUIN 1928)

M. le Président annonce la mort de M. Zawadzki (de Varsovie).

Occlusions postappendiculaires. — M. de Martel, à propos d'une observation de M. Fiolle, revient sur la question des occlusions intestinales postappendiculaires et de l'enfouissement de l'appendice.

A propos des hydronéphroses. — M. Chevassu fait une communication, consécutivement au travail de M. Papin, sur les hydronéphroses et leur étude au moyen de l'urétérographie systématique qui, selon lui, est seule capable d'arriver à nous faire connaître les causes possibles de beaucoup de dilatations des voies excrétrices du rein.

Les accidents de la cholécystectomie. — M. Schwartz, étudiant les diverses techniques de cholécystectomie pratiquées à l'heure actuelle, envisage les accidents consécutifs à cette opération et les moyens de les éviter (blessures de la voie biliaire principale, blessures du pédicule vasculaire).

Epithélioma sténosant du grêle. — M. Fredet présente un cas d'épithélioma du grêle traité par résection intestinale; guérison vérifiée au bout de sept ans au cours d'une appendicectomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1928)

De la vaccination contre la fièvre typhoïde par la voie buccale. — M. Georges Tron. Il ressort de la campagne entreprise en 1927, dans la ville de Milan, que sur 71.131 vaccinés il y eut 18 cas de fièvre typhoïde (0,025 p. 100) contre 35 cas parmi les 38.653 non vaccinés (0,087 p. 100). En d'autres termes, la vaccination au moyen du vaccin bilié, d'après le procédé de Besredka, a diminué la morbidité parmi les vaccinés de plus de trois fois.

La vaccination régionale. Son application au traitement des métrites. — MM. P. Poincloux et Weissmann présentent six observations de métrites diverses soignées et guéries ou très améliorées par la méthode de vaccination régionale que l'un d'eux a fait connaître dans une précédente note.

De l'antivirus Besredka dans le traitement de la pleuropneumonie contagieuse de cheval. — MM. B. Gourvitch, en collaboration avec A. Alitofsky, K. Boussiguine, C. Kiriloff et T. Titoff, ayant expérimenté différents produits au cours d'une épizootie de pleuro-pneumonie contagieuse de cheval, arrivent à conclure que les résultats très satisfaisants, parfois même surprenants, obtenus par l'injection intraveineuse d'antivirus, sont de nature à faire généraliser son emploi dans la pratique vétérinaire.

M. T. E. Anderson étudie la **récupération de la virulence du Spirochaeta gallinarum par inoculation d'une émulsion d'Argas persicus à des poussins et à des embryons de poulet.** Il conclut de ces expériences que la virulence d'une souche de spirochaeta gallinarum, devenue complètement nulle pour les poules adultes, peut être régénérée par inoculation à des jeunes poussins et à des embryons de poule d'une émulsion d'argas persicus, à un moment où les argas paraissent ne plus transmettre l'infection aux poules adultes.

Mécanisme des accidents nerveux tardifs des trypanosomiases. — MM. C. Levaditi et M. Delorme. L'inoculation répétée de trypanosomes morts dans la cavité rachidienne ne provoque ni immunité générale, ni état réfractaire local. La neuro-immunité n'apparaît qu'à la suite d'une infection trypanosomique réelle du sang et de la cavité rachidienne. L'antigène représenté par les trypanosomes morts ne paraît jouer aucun rôle dans la création de l'état réfractaire du névraxe et de ses enveloppes, état réfractaire dont le fléchissement tardif est une des causes provocatrices des accidents nerveux qui surviennent à la période terminale des trypanosomiases.

Appareil simple pour le prélèvement du CO^2 alvéolaire. — M. R. Goiffon fait souffler à fond le malade à travers un tube de caoutchouc très souple (ballon d'enfants). La diminution de tension de ce tube avertit l'opérateur de l'imminence de la fin de l'expiration. Un jeu de soupape et de robinet permet automatiquement à la fois de fermer le tube et d'emmaganiser sous pression légère les derniers centimètres cubes expirés.

M. Lapicque. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'air alvéolaire.

M. P. Lépine a étudié sur le lapin les **neuro-infections mortelles auto-stérilisables** décrites par Levaditi dans l'encéphalite, l'herpès et la rage. On observe l'auto-stérilisation aussi bien au cours des passages réguliers d'un virus que lors de son isolement. Il importe peu que l'on emploie pour les passages du cerveau frais ou du cerveau conservé en glycérine. Un état d'immunité relative peut favoriser la production de l'auto-stérilisation, notamment dans la rage. L'auto-stérilisation avec évolution fatale apparaît ainsi comme un phénomène d'ordre général au cours de certaines infections du névraxe. Elle est le fait, moins du virus que du terrain, où l'intensité même et la localisation des réactions de défense provoque parfois des lésions incompatibles avec la vie.

M. le professeur P. Delbet a soumis un certain nombre de souris à un régime carencé total. Il leur administrait, en plus, du chlorure de magnésium en injections sous-cutanées. Ces souris ont survécu un tiers de plus que les animaux témoins. Le chlorure de magnésium permet donc de régulariser certaines synthèses que l'absence de vitamines empêche ou trouble.

Action cardio-vasculaire de la semicarbazide de la pseudo-pelletiérine. — Mme Jeanne Lévy et M. René Hazard. Dans ce nouveau composé obtenu par le blocage de la fonction cétone de la pseudo-pelletérine par la semicarbazide, le groupement additionnel exalte certaines propriétés adrénaliniques ébauchées dans l'alcaloïde assez fortement pour masquer tout d'abord l'action dépressive sur le myocarde exercée par le noyau bipipéridique.

Variations de l'excitabilité de la moelle et du réflexe médullaire par application locale de nicotine. — M. et Mme Mazoué, après une application de nicotine localisée à la moelle, constatent que la chronaxie du nerf centripète ne subit pas de variations appréciables alors que l'excitabilité de la moelle est modifiée : la loi de sommation en fonction des intervalles est redressée. Si la nicotine est appliquée sur le nerf centripète, la chronaxie du nerf s'élève et l'excitabilité de la moelle est modifiée de telle sorte qu'une seule excitation suffit à déclancher le réflexe.

L'anesthésie chloroformique modifie-t-elle l'excitabilité du pneumogastrique? — M. B. Beiline et M. et Mme A. Chauchard font subir à des chiens une anesthésie chloroformique plus ou moins prolongée. Ils constatent que ce mode d'anesthésie ne modifie pas la chronaxie des filets cardio-inhibiteurs du vague, ni les lois de sommation de l'appareil itératif, dont ce nerf est un des constituants. Il n'a donc aucune influence sur l'excitabilité du nerf lui-même ni sur celle des éléments innervés.

Lois d'excitabilité du nerf dépresseur. — M. H. Bouman et M. et Mme A. Chauchard ont déterminé la chronaxie du nerf dépresseur et les lois de sommation de l'appareil itératif, nerf de Lyon, centre bulbaire. La chronaxie est de quatre dix millièmes de seconde, le temps de sommation d'environ trois secondes. Les inhalations d'éther n'ont pas d'influence sur l'excitabilité de cet appareil dont elles ne modifient ni la chronaxie ni les lois de sommation.

Election. — M. Dujarric de la Rivière est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1928)

Les part-prenants de Salies-de-Béarn. — M. André Bernheim rappelle un point curieux de l'histoire de cette station. Groupés étroitement autour de la Fontaine Salée, les premiers habitants de Salies-de-Béarn se sont associés dès le x° siècle pour l'exploitation du sel. Le règlement, dernier en date, qui régit encore actuellement leurs descendants pour l'administration de l'établissement thermal remonte à 1587. Il institua le régime des part-prenants, avec droit de vote pour les femmes.

Les démarches féminine et masculine comparées. — M. Marcel Galland (de Berck) établit que si dans la démarche masculine tout l'effort se caractérise essentiellement par un balancement latéral des épaules, la démarche féminine est, au contraire, remarquable par la fixité de l'axe vertical du tronc et le déhanchement du bassin (pelvi-ondulance). Il montre ensuite comment les artistes ont cherché à rendre ce caractère ondulant à leurs œuvres, non pas en copiant servilement la nature, mais en réalisant une synthèse des attitudes successives de la marche et de l'attitude statique hanchée. Enfin, il s'efforce de démontrer, avec l'appui de nombreux arguments, que la démarche féminine n'est autre qu'une manifestation toute spontanée et atavique de l'attraction sexuelle.

Bismuthothérapie et médication sulfurée. — M. A. Legrand pense que la médication sulfurée est inséparable de la médication bismuthée; elle doit être utilisée intus et extra. Elle permet d'éviter les abcès, le liséré gingival, la stomatite et la myosite scléreuse. Le soufre colloïdal, les bains sulfureux, les cures hydrominérales sulfurées donnent les plus heureux résultats.

Les fausses contusions de la hanche. — M. André Treves rapporte quatre observations de fractures incomplètes ou avec engrènement du col du fémur, prises pour des contusions de la hanche. L'un de ces malades, dont le traitement a été mal dirigé, conserve une arthrite chronique douloureuse de la hanche au bout de sept ans. Les trois autres, dont il a pu rectifier le diagnostic dès le début, ont été traités par le repos au lit ou assis jusqu'à la consolidation du cal et ont guéri complètement.

Tout malade qui, à la suite d'une chute, conserve après deux ou trois jours une impotence fonctionnelle, même relative, une douleur persistante, un peu de gonflement inguinal, ou l'un de ces trois signes, a une fracture du col du fémur que confirmera toujours la radiographie et doit se voir interdire de poser le pied à terre jusqu'à la consolidation de sa fracture.

Il s'agit presque toujours de fractures intracapsulaires ou sous-capitales. Elles guérissent toujours sans reliquat et sans intervention, à condition d'être traitées dès le début.

La cure radicale des hémorroïdes par l'électro-coagulation en nappe. — M. Pierre Lehmann montre que cette méthode permet de détruire des hémorroïdes en une séance. Les bourrelets en contact avec une aiguille armée d'un courant de diathermie se coagulent et tombent secondairement. Il se produit le lendemain une crise hémorroïdaire qui dure de douze à quarante-huit heures et peut être calmée par les procédés habituels. Les malades peuvent se lever et reprendre leurs occupations du quatrième au sixième jour. La plaie opératoire ne s'infecte jamais; elle se cicatrise lentement, mais n'entraîne pas de gêne. La coagulation offre sur l'opération sanglante l'avantage de pouvoir se faire sans anesthésie générale ou avec une anesthésie très courte, de déterminer des douleurs postopératoires moins intenses et moins durables, de ne pas nécessiter de séjour en maison de santé, d'immobiliser l'opéré pendant un temps très court et de n'exposer à aucun accident tardif, rétrécissement ou incontinence.

L'acide nitrique, réactif de l'indican urinaire. — M. Pron (d'Alger) se sert depuis dix ans de cette réaction qu'il recommande en raison de sa simplicité et de sa rapidité et qui lui paraît suffisamment sûre, pour fixer le praticien sur l'existence de fermentations intestinales.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1928)

Vaccinothérapie dans la broncho-pneumonie des vieillards. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et M. Arnal. Les auteurs ont observé dans le service des vieillards, une épidémie de grippe particulièrement sévère, compliquée de broncho-pneumonie et suivie de très nombreux décès. Devant l'échec des traitements habituels, ils ont utilisé le vaccin de Weil et Dufour, par injections quotidiennes de 2 centimètres cubes. Ils apportent 5 observations de malades présentant des lésions cardio-rénales graves. Ils ont obtenu au cours de pneumopathies aiguës, une chute rapide de la température avec sédation des symptômes fonctionnels et guérison. L'un de ces malades était en état d'hypodynamie myocardique, un autre âgé de quatre-vingts ans, a présenté une broncho-pneumonie d'une durée de cinq semaines avec de très nombreux noyaux. Ils ont parfaitement guéri. Ils insistent sur l'absence de réaction générale ou locale, sur l'inocuité absolue de la vaccinothérapie malgré les lésions cardio-rénales profondes et sur les résultats très favorables que peut apporter cette méthode, au cours des pneumopathies aiguës du vieillard.

Spasme du cardia symptomatique d'une néoplasie radiologiquement latente, démontrée par une généralisation soudaine. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et M. Arnal.

Hémiplégie urémique et rétention chlorée sèche. — MM. Vedel, Vidal et Fayot. Les auteurs publient l'observation d'une femme atteinte de néphrite chronique urémigène qui, sans ictus préalable présenta une hémiplégie gauche avec contracture. Le liquide céphalo-rachidien contenait 7g95 de chlorures. L'autopsie ne révéla aucun foyer lésionnel.

Rappelant les travaux récents de Blum, Ambard, Schmid sur la chloropexie du tissu nerveux et sur l'augmentation de l'excitabilité que provoque la surcharge du cerveau en H Cl, les auteurs pensent que les hémiplégies urémiques relèvent vraisemblablement d'une dose toxique et ils insistent sur l'action éventuelle de la rétention chlorée sèche.

Œdèmes irréductibles au cours d'une néphrite hydropigène avec hypercholestérolémie. Echec du traitement tyroïdien. — MM. Vedel. Vidal et Fayol. Les auteurs résument l'observation d'une jeune femme atteinte de néphrite de cause inconnue, caractérisée par une albuminurie importante (10-12 grammes) une rétention chlorée mixte, des œdèmes irréductibles et une cholestérolémie de 4g08.

Tous les traitements ont échoué (traitement spécifique associé au régime déchloruré, injections de técarine, neptal. Ca Cl^2 à doses massives, etc.). L'échec du régime déchloruré

indique l'existence vraisemblable d'un facteur extra-rénal dans la production de l'œdème. L'échec du traitement thyroïdien montre l'insuffisance de certaines théories pathogéniques plus récemment proposées. Les auteurs supposent que, dans le cas particulier, l'élévation du coefficient lipocytique a conféré à l'œdème, dont la cause initiale pouvait être rénale ou extra-rénale (trouble dans le métabolisme des protéines) son caractère de fixité.

Sarcome myélo-érytroblastique à localisations multiples. — MM. Ducamp, M. Janbon, L. Gondard et H.-L. Guibert.

La valeur de la réserve alcaline dans le pronostic des vomissements incoercibles de la grossesse. — MM. J. Coll de Carrera, M. Janbon et Henriet. Les auteurs rapportent une observation qu'ils considèrent comme un argument en faveur de l'opinion de Bar et Williams touchant la valeur du taux de la réserve alcaline du plasma sanguin dans le pronostic des vomissements incoercibles de la grossesse et le choix de la conduite à tenir. Ils ont pu, en s'appuyant sur des mesures répétées de la réserve alcaline, obtenir au bout de deux mois la cessation complète et définitive des vomissements par la seule thérapeutique alcaline, glycosée et hydrique, dans un cas où, selon les données classiques (accélération du pouls, amaigrissement), l'interruption paraissait s'imposer. A noter que deux grossesses antérieures avaient été thérapeutiquement interrompues pour la même raison.

REVUE DES THÈSES

Les Troubles mentaux chez les parkinsoniens postencéphalitiques (1), par le docteur Darré.

Ce sont les troubles du sommeil qui dominent la scène chez les parkinsoniens, comme chez tous les postencéphalitiques. Ils sont très fréquents et consistent surtout, au point de vue thérapeutique qui nous intéresse, en insomnie ou inversion du rythme du sommeil qui rendent la vie particulièrement plus difficile au malade et à son entourage. L'insomnie existe malheureusement dans la majorité des cas : pénible pour le parkinsonien, elle doit être encore plus surveillée en raison des complications apparaissant sur des terrains prédisposés et dont elle est souvent la cause adjuvante. C'est ainsi qu'on la trouve à la base de l'agitation nocturne et des syndromes dépressifs. Il convient donc d'étudier d'abord son traitement.

La première condition est donc, avant tout, de les mettre au repos le plus complet, physique, intellectuel et moral ; ce n'est qu'ensuite que devra intervenir une thérapeutique plus active.

Ce repos, accompagné autant qu'il est possible de changement de milieu, est en général insuffisant chez les malades insomniques; mais il est un appoint dont on ne doit pas négliger l'importance. Tout d'abord, pour le compléter, il convient d'utiliser les sédatifs nerveux, comme les bromures (de 2 à 4 grammes par jour), et dans ce but l'auteur a toujours employé le sédobrol (de deux à quatre tablettes) qui présente l'avantage d'être à la fois bien dosé, actif, et de pouvoir être administré au malade sans qu'il s'en aperçoive; ainsi sont évitées bien des réflexions et des discussions que le seul mot de bromure fait naître dans l'esprit du malade ou de son entourage; c'est à son avis le médicament de choix, surtout lorsque l'insomnie coexiste avec un syndrome dépressif.

Si les sédatifs sont insuffisants, on sera obligé de recourir aux hypnotiques; parmi ceux-ci on n'aura que l'embarras du choix étant donné leur nombre. Mais le somnifène et l'allonal, que l'auteur a utilisés fréquemment, sont particulièrement intéressants grâce à leur maniement facile et à la régularité des résultats obtenus.

(1) *Th. de Lyon*, 1927-1928.

Contribution à l'étude du traitement des infections septicémiques (1), par le docteur Madeleine Uhrig.

Laissant de côté le traitement local qui est du ressort du chirurgien, du gynécologue, de l'accoucheur ou du médecin, l'auteur ne s'occupe que des moyens thérapeutiques internes mis en œuvre pour prévenir l'infection sanguine ou lutter contre les septicémies en pleine évolution.

Dans une première partie, Mlle Madeleine Uhrig groupe les traitements spécifiques, les chocs, les transfusions, les abcès de fixation. Dans une seconde partie, elle étudie la chimiothérapie, et c'est là surtout la partie essentielle de ce travail.

La sérothérapie s'adresse à un très petit nombre de septicémies; les vaccins donnent surtout des résultats dans les infections à staphylocoques et à colibacilles. Ils agissent souvent par leur effet choc. L'abcès de fixation donne souvent d'heureux résultats, la transfusion, l'autohémothérapie ont donné des succès.

Le traitement chimiothérapique des septicémies est l'objet d'une étude consciencieuse et approfondie. Mlle Uhrig étudie successivement le mercurochrome, la trypaflavine, la septicémine, l'optochine, l'yatren.

Le mercurochrome, venu d'Amérique, est le sel de sodium du dibromoxymercury-fluorescéine, qui contient 26 p. 100 de mercure; il est employé sous forme de solution au 1/100 à raison de 5 milligrammes par kilogramme du poids du corps. Il est administré par injections intraveineuses et paraît assez discuté comme efficacité.

La trypaflavine, venue d'Allemagne, s'emploie en injections intraveineuses, solution à 2 p. 100 à doses croissantes tous les trois jours; on commence à 30 ou 40 centimètres cubes pour atteindre 60 centimètres cubes. L'injection est suivie de constriction de la gorge, congestion de la face, chaleur périnéale, souvent palpitations, angoisses, vertiges, quelquefois vomissements. Parfois, on voit quarante-huit heures après l'administration du colorant le « coup de soleil acridinique », photosensibilisation aux rayons du soleil. S'administre par doses de 5 centimètres cubes intraveineux d'une solution d'abord à 1 p. 100, puis à 2 p. 100. Ne pas prolonger plus de huit jours pour éviter l'intoxication hépatique avec subictère.

L'optochine, produit allemand, appliqué au traitement de la pneumonie a donné lieu à des accidents graves du côté de l'œil allant jusqu'à la cécité, et du côté des oreilles.

La septicémine, produit français, ou diformine-iodo-benzométhylée, est un corps individualisé résultant de la combinaison d'hexaméthylène-tétramine et d'iode en présence d'un corps benzométhylé. La septicémine contient 33 p. 100 d'iode et 45 p. 100 de formine.

De toxicité pratiquement nulle, elle a une diffusion rapide et profonde dans tout l'organisme (Malöens). « Elle se caractérise donc particulièrement, dit Mlle Uhrig, par son innocuité absolue vis-à-vis du malade. Elle exerce une influence heureuse sur la température qui baisse généralement en lysis jusqu'à la normale et s'y maintient si les injections sont faites en nombre suffisant et pendant assez longtemps. »

Elle s'injecte par voie intraveineuse ou intramusculaire à la dose de 4 à 16 centimètres cubes par vingt-quatre heures, mais dans les cas graves on peut aller jusqu'à 20 et 24 centimètres cubes.

L'auteur rappelle les résultats remarquables obtenus par le professeur Schickelé (de Strasbourg) avec la septicémie dans le traitement des infections puerpérales, résultats qui concordent d'ailleurs avec ceux publiés par Guéniot (de Paris) et son élève Aurel (Th. de Paris, 1928).

La septicémine trouve d'ailleurs ses indications dans toutes

(1) *Th. de Strasbourg*, 1927-1928.

les infections généralisées, dans toutes les septicémies et dans les pyémies.

L'yatren est l'acide sulfonique de l'iodoxyquinoline auquel s'ajoute du bicarbonate de soude. Jusqu'alors il n'a été employé qu'en Allemagne.

Ce très important travail se termine par une partie clinique relatant une série de cas dans lesquels ces différents antiseptiques ont été employés.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 12 juillet. — Jury : MM. Bernard, président; Bezançon, Roussy et Gougerot. — M. Chambon. L'endocardite maligne primitive à évolution lente. — M. Ferhan. Travaux récents sur le bacille tuberculeux. Revue générale. — M. Guilloux. Traitement par la collapsothérapie des lobites tuberculeuses de l'enfant. — M. Lami Abdul Nafi. Les applications de la T. S. F. en hygiène maritime.

Jury : MM. Carnot, président; Guillain, Sicard et Aubertin. — Mme Baude-Lacascade. Un chapitre de radiothérapie endocrinienne. Rayons X et surrénales. — M. Feldman. De quelques applications en clinique de l'opothérapie hypophysaire. — M. Lafourcade-Cortina. Le diabète par syphilis acquise. — M. Preux. La polyarthrite chronique déformante syphititique. — M. Masnier. Les images radiographiques en bec de perroquet dans le mal de Pott. — M. Baudouin. A propos de la sclérose en plaques à début oculaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry et Robin. — M. Saliou. Le téniasis du cheval.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES [1]

De la pleurésie sèche primitive il convient de rapprocher :

La périphrénite tuberculeuse. — Décrite par Loeper, elle répond à une atteinte discrète des feuillets pleuraux et péritonéaux juxtadiaphragmatiques et se rencontre le plus souvent chez des sujets jeunes.

Elle se manifeste par :

a. Des symptômes thoraciques. — Douleurs à type intercostal (s'exagérant parfois sous la forme de crises).

Légère dyspnée (suivant l'effort ou le repos).

Toux sèche et quinteuse.

Douleur du nerf phrénique.

b. Des symptômes abdominaux. — Sensation de ballonnement épigastrique constante à laquelle s'ajoutent parfois des nausées, des vomissements, des douleurs tardives à type pylorique, de la constipation; dans d'autres cas, on note des signes hépatiques, sensibilité dans la région vésiculaire et parfois même crises aiguës à ce niveau. Certaines douleurs pourront faire penser à une affection du rein, de la rate, de l'angle colique.

L'examen clinique montre peu de choses. On ne note ni empâtement ni tuméfaction anormale, l'abdomen reste souple,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 974.

mais un peu ballonné et sensible avec parfois une zone électivement douloureuse. L'examen des poumons peut révéler de l'*obscurité basilaire*, parfois des frottements, mais toujours des symptômes très réduits. Par contre, il est fréquent de noter une température légère avec amaigrissement et hypotension.

La radio montre dans ces cas un cul-de-sac costo-diaphragmatique comblé, le diaphragmatique qui se festonne pendant l'inspiration, et la limitation des mouvements du muscle.

Dans certains cas, l'exploration radiologique du tube digestif après ingestion de bouillie peut mettre en évidence des zones sensibles et adhérentes.

La guérison est possible mais il faut toujours craindre à date plus ou moins éloignée l'éclosion d'une tuberculose évidente, pleural-péritonéale ou pulmonaire.

Pleurésie exsudative tuberculeuse. — C'est la plus fréquente des pleurésies séro-fibrineuses localisées. Elle n'a pas le caractère insidieux habituel des pleurésies tuberculeuses. Son début est en général brusque, par frissons, fièvre et point de côté violent. A la période d'état elle se manifeste par l'existence d'un syndrome diaphragmatique net, tel que nous l'avons décrit.

Dans certains cas, à cette pleurésie diaphragmatique s'associe une pleurésie médiastine postérieure, réalisant la *pleurésie en équerre* de Chauffard.

Dans la forme *bénigne et curable de Bucquoy*, la résorption de l'épanchement survient au bout de trois à six semaines et la guérison est complète. Dans d'autres cas la pleurésie primitivement localisée se transforme en pleurésie de la grande cavité. Dans d'autres enfin, la pleurésie adhésive survit à l'épanchement réalisant la *symphyse phréno-costale de Jaccoud*.

Pleurésie latente des tuberculeux pulmonaires. — Elle survient chez des malades porteurs depuis plus ou moins longtemps de foyers de condensation diversement répartis qui rendent plus délicate l'interprétation des signes à auscultation. Souvent, l'apparition de la pleurésie n'est marquée par aucun signe fonctionnel nouveau et si on ne pratique pas une exploration physique très complète, cette pleurésie passe inaperçue.

Symphyse phréno-costale de Jaccoud. — Elle est l'aboutissant d'une pleurésie sèche à répétition ou d'une pleurésie séro-fibrineuse latente. Elle est souvent associée à la symphyse tuberculeuse du péricarde. Elle se manifeste par de la dyspnée d'effort, des douleurs sourdes à la partie inférieure du thorax augmentant après la toux. L'examen révèle une dépression des espaces intercostaux inférieurs pendant l'inspiration accompagnée de tractions des côtes vers la ligne médiane et quand elle siège à gauche un espace de Traube mat.

A la radioscopie, le sinus costo-diaphragmatique est obscur. Pendant l'inspiration, la partie externe du diaphragme est tiraillée latéralement tandis que sa partie interne s'aplatit légèrement.

Pleurésies polymorphes ou multiloculaires. — Ce sont des pleurésies où des cloisons pseudo-membraneuses divisent la cavité pleurale en une série de loges séparées ou communicantes contenant un même liquide ou des liquides de nature différente. L'une de ces loges peut avoir un contenu séreux, l'autre un contenu hématique, ou encore l'une est hématique et l'autre purulente. Ces deux loges peuvent être juxta diaphragmatiques ou seulement l'une d'entre elles.

2° **Pleurésies pneumococciques.** — Elles sont les plus fréquentes des pleurésies diaphragmatiques non tuberculeuses, le plus souvent secondaires à un foyer pneumonique ou broncho-pneumonique profond et latent, leur début est à manifestations bruyantes. Elles peuvent aboutir à la *vomique*, mais celle-ci est généralement *insuffisante pour drainer le foyer*.

Les pleurésies à *streptocoques*, les pleurésies *gangréneuses* sont plus rares que les pleurésies à pneumocoques mais très graves.

3° **Pleurésies diaphragmatiques d'origine abdominale.** — Elles peuvent être consécutives à un *abcès sous-phrénique*, à un *abcès du foie*, à un *phlegmon périnéphrétique*. Elles donnent parfois lieu à une collection en bouton de chemise, mais cliniquement la lésion forme bloc. Dans certains cas, la pleurésie diaphragmatique est *révélatrice de l'affection abdominale* qui jusqu'alors avait passé inaperçue.

Dans d'autres, elles sont consécutives à une lésion à distance, *appendicite, suppuration pelvienne*.

4° La **pleurésie diaphragmatique rhumatismale** est *fugace*, souvent double, parfois *en équerre*.

5° **L'épanchement diaphragmatique droit latent des cardiaques.** — Cliniquement il présente les caractères suivants :

Il survient chez des sujets hyposystoliques ou asystoliques offrant, outre divers signes de stase, une augmentation de volume du foie apparemment très considérable. Le foie est douloureux mais la matité hépatique semblant remonter très haut en avant et le volume du foie paraît vraiment énorme. L'auscultation des poumons en arrière donne peu de renseignements. L'inaction de la digitaline et des ventouses scarifiées sur ce foie font penser à la possibilité d'un épanchement diaphragmatique.

La ponction exploratrice montre alors qu'il s'agissait d'une *fausse hypertrophie du foie* causée par la présence de l'épanchement sous-jacent.

La cytologie du liquide retiré montre alors s'il s'agit d'un *hydrothorax*, ou d'une *pleurésie*. Dans ce dernier cas, la pleurésie est révélatrice d'un *infarctus sous-pleural* qui a passé inaperçu.

Enfin, s'opposant à cette forme latente il convient de signaler

La forme phréno-péritonéale. Elle est caractérisée par :

La brusquerie du début avec douleurs abdominales, nausées vomissements, les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu en raison de l'hyperesthésie cutanée, de la contracture entière, des vomissements, de la fièvre avec une perforation d'ulcus, une cholécystite, une appendicite, etc.

Notons encore :

La *pleurésie diaphragmatique double*,

Les *pleurésies diaphragmatiques hémorragiques*.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — (Active). M. le médecin général inspecteur Lanne.

(Réserve.) M. le médecin colonel René Le Fort.

(Active.) *Au grade d'officier.* — MM. Ponsot, Egmann, Montagne, Mandoul, Taste, Bertelé, Morvan, Bory, Angue, Jodry, Chambon, Talabere, Sirot, Causeret, Colin, Laporte, Regnault et Rouyer.

Au grade de chevalier. — MM. Maliver, Ignard, Berge, Birat, Pacaud, Dhoste, Villon, Gruson, Giraud, Lortholary, Lauzeral, Keller, Fabre, Bergeret, Allègre, Despujols, Decrocq, Alquier, Hugues.

(Troupes coloniales.) *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin général inspecteur du cadre de réserve Emily.

(Active.) *Au grade d'officier.* — MM. Lonjarret, Levet, Carretier, Garnier, Esserteau, Carmousse, Passa, Poux et Vielle.

Au grade de chevalier. — MM. Roussel, Guillaume, Tempon, Levet, Rannou et Clément.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Lereboullet, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur d'hygiène et clinique de la première enfance (chaire vacante : M. Marfan, dernier titulaire).

M. Gougerot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté (chaire vacante : M. Jeanselme, dernier titulaire).

M. Tanon, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur d'hygiène et médecine préventive, à ladite Faculté (chaire vacante : M. Léon Bernard, dernier titulaire). (*J. O.*, 11 juillet 1928).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — L'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie est vacant. Les agrégeables désirant être nommés sans concours sont priés de se faire connaître avant le 25 juillet 1928.

Le traitement de professeur suppléant à Angers est de 2.000 francs par an.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Fauré-Frémiet (Emmanuel), sous-directeur de laboratoire au Collège de France, est nommé professeur titulaire de la chaire d'embryologie comparée dudit établissement en remplacement de M. Henneguy, décédé. (*J. O.*, 11 juillet 1928).

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ ET DIPLÔME D'ÉTAT. — La séance d'ouverture de la deuxième session ordinaire du Conseil supérieur de l'Instruction publique a eu lieu le 2 juillet sous la présidence de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, qui a prononcé un discours dont nous ne retenons qu'une seule phrase, *qui nous réserve certainement une surprise énorme*, écrit avec raison notre excellent confrère Darras dans la *Vie médicale* :

« ... Les études médicales, poursuivies par les étrangers en France, font l'objet d'un intéressant projet qui vise les conditions de transformation du diplôme universitaire de docteur en médecine en diplôme d'Etat; les nouvelles dispositions permettront de dispenser ces candidats, dans une mesure plus large, des obligations de scolarité; peut-être serait-il possible de ne les obliger à subir qu'une partie des épreuves jugées les plus importantes. »

Nous ne saurions trop engager les syndicats médicaux à

surveiller cet étonnant projet dont les conséquences seraient désastreuses pour l'exercice de notre profession.

VACANCE D'EMPLOI D'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Le poste d'inspecteur départemental du département du Nord est vacant (traitement, 30.000 à 40.000 fr.). Les docteurs en médecine peuvent s'inscrire à la Préfecture du Nord avant le 1er octobre 1928. (*J. O.*, 6 juillet, p. 7524.)

GROUPEMENT DES MÉDECINS PROPRIÉTAIRES D'IMMEUBLES. — Le groupement des médecins propriétaires d'immeubles s'offre à servir de lien entre les confrères désireux de trouver des appartements professionnels dans les immeubles qui seront construits par les sociétés bénéficiaires des crédits de la loi Loucheur; ou même de se réunir pour faire construire en obtenant par leur association les crédits à intérêts modérés que cette loi permet de leur accorder.

S'adresser au secrétaire général, le docteur Claret, propriétaire, 135, avenue Malakoff, Paris (XVIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Pottevin, ancien sénateur de Tarn-et-Garonne, directeur de l'Office international d'hygiène publique; Gilbert-Félix Prévost (à Ponsat); Adolphe de Cock, professeur émérite à la Faculté de médecine de Gand; Maurice Blanche, radiologiste des hôpitaux de Paris; Philippe Chevallier, externe des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES (hôpital Cochin, pavillon Albarran), sous la direction du docteur Maurice Chevassu, du lundi 16 juillet au samedi 4 août 1928, par MM. Chevassu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin; Gouverneur, Boppe et Braine, chirurgiens des hôpitaux; Leibovici, prosecteur des hôpitaux; M. Leroy, ancien chef de clinique de la Faculté; Bayle, assistant du service; Gautier, assistant de consultation; Lazard, assistant de cystoscopie; Bariéty, attaché médical; Canoz, chef du laboratoire de bactériologie; Moret, assistant de radiologie.

Le cours sera complet en trois semaines.

Il comportera, le matin de 9 à 12 h., et l'après-midi de 2 à 4 h., quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, urétroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu à 4 h. 30, sous la direction des docteurs Boppe et Bayle et du docteur Leibovici.

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement.

Un diplôme pourra être délivré après examen.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le 6 août, dans l'après-midi. Pour les autres, il aura lieu au début de septembre.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Bayle, à l'hôpital Cochin.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les matins de 9 à 11 h., et tous les après-midi de 2 à 5 h., sauf le samedi.

Droits d'inscription : cours de Cochin, 500 fr.; cours de médecine opératoire, 200 fr.; cours de chirurgie expérimentale, 250 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours de médecine opératoire des voies urinaires, en six leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur à l'amphithéâtre, commencera le lundi 30 juillet 1928, à 16 h. 30, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Ce cours sera fait en liaison avec le cours de chirurgie urinaire de M. le professeur agrégé Maurice Chevassu, à l'hôpital Cochin (16 juillet au 4 août 1928).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres). — ENSEIGNEMENT SCHÉMATIQUE DE LA GASTRO-ENTÉROLOGIE, par le docteur Maurice Delort. — Présentation d'images, films cinématographiques, schéma, etc., concernant l'anatomie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique des voies digestives, en vingt leçons.

Ces leçons seront faites les lundis, à 14 h. précises, et dureront une demi heure environ. Elles commenceront le lundi 1er octobre et se termineront fin février.

Elles comporteront la présentation de figures avec un minimum de commentaires.

A l'issue des cours les auditeurs pourront recevoir des albums avec reproduction des schémas et figures présentés.

N. B. — Pour le programme détaillé s'adresser à l'hôpital Saint-Michel, service de gastro-entérologie.

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO DE BARCELONA. — Le cours annuel de pathologie digestive, organisé par le professeur F. Gallart y Monès, aura lieu du 5 octobre au 10 décembre 1928. Le prix de l'inscription est de 100 pesetas.

S'inscrire à l'administration de l'hôpital de la Santa Cruz à Barcelone.

CONGRÈS

ANNIVERSAIRE DU CENTENAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DU CAIRE ET CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE TROPICALE ET D'HYGIÈNE, SOUS LE HAUT PATRONAGE DE SA MAJESTÉ LE ROI FOUAD.

Du 15 au 22 décembre 1928 aura lieu au Caire un Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène.

Il est à désirer que ce Congrès OFFICIEL *pour lequel il n'a pas été fait, semble-t-il, en France, de publicité, réunisse un grand nombre de médecins français à côté des médecins étrangers qui ne manqueront pas de s'y rendre.*

Le Congrès sera présidé par S. E. Ali El Shamsi Pacha, ministre de l'Instruction publique.

Il comprendra des sections de médecine tropicale (y compris les maladies des enfants), de chirurgie tropicale (y compris la gynécologie), d'ophtalmologie tropicale, d'hygiène tropicale, de parasitologie, de pathologie et bactériologie.

Les communications peuvent être faites en arabe, anglais, français, allemand ou italien.

Une exposition de médicaments, appareils, instruments, livres et journaux aura lieu pendant le Congrès.

Les plus grandes facilités sont accordées aux congressistes pour le voyage, le séjour et les excursions en Egypte.

Nous engageons nos lecteurs à s'inscrire *sans retard* auprès du secrétaire général, le docteur Moh Khalil, ou du secrétaire adjoint, le docteur H. Peretz, 152, rue Kasr-el-Ainé, au Caire.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS DU POUMON

PAR MM.

Louis CORMAN et Louis BERGOUIGNAN
Interne en médecine Interne en chirurgie
des hôpitaux de Paris.

La fréquence, l'origine, les symptômes, le traitement des infections suppurantes du poumon, sont autant de problèmes souvent mis à l'étude au cours de ces dernières années.

Les abcès du poumon, en particulier, se sont montrés plus fréquents. Ils ont fait l'objet de communications nombreuses aux Sociétés médicales et chirurgicales. Ils sont aussi le sujet de travaux étrangers importants, notamment en Amérique. La thèse récente de Kourilsky, en fait une étude très complète : nous lui empruntons plus d'une description.

Il est, à l'heure actuelle, très difficile, sinon impossible de définir avec exactitude l'abcès du poumon. La conception anatomo-clinique, qui le définit comme « une infection du parenchyme pulmonaire aboutissant à une collection limitée de pus franc », cette conception, si elle groupe la plupart des cas : les *abcès classiques du poumon*, laisse en dehors de la définition certaines suppurations particulières, tenant à la fois de l'abcès simple et de la gangrène, et qu'à ce titre, les auteurs modernes ont appelées *abcès putrides, abcès gangréneux*.

La grande fréquence relative de ces derniers, leur évolution bien particulière, légitiment l'étude séparée que nous en ferons.

Nous étudierons donc, dans une première partie, les abcès du poumon, tels que les concevaient les classiques, dont la description a d'ailleurs été sur bien des points renouvelée par les études récentes, dans une seconde partie les abcès putrides ou gangréneux.

I. ABCÈS DU POUMON PROPREMENT DITS

La conception exposée plus haut limite bien notre sujet en opposant les abcès collectés, seuls étudiés ici, aux suppurations pulmonaires diffuses (hépatisation grise de la pneumonie, grains jaunes de la broncho) que nous ne décrivons pas.

Étiologie : Causes favorisantes. Causes déterminantes. — Les *causes favorisantes* sont d'ordres divers.

On a signalé l'influence des tares, de la débilitation, de l'alcoolisme.

L'âge est une notion importante : rare dans l'enfance, l'abcès du poumon se voit surtout chez l'adulte, de vingt-cinq à quarante ans.

Sans qu'on puisse préciser en quoi elle réside, on ne peut taire l'influence favorisante de certaines séries épidémiques d'affections pulmonaires. Il en est, en effet, qui se compliquent avec une fréquence particulière d'abcès du poumon. Et l'on tend à imputer à la grippe ces recrudescences.

La *cause déterminante* de l'abcès du poumon est un microbe ou un parasite (amibe).

Il est exceptionnel que ce germe préexiste dans l'arbre broncho-alvéolaire à la faveur d'une affection chronique.

Dans la règle, il y est apporté :

Soit de l'extérieur, avec un corps étranger ayant pénétré dans le poumon par effraction ou par la voie bronchique;

Soit de l'organisme lui-même, que ce germe vienne d'un foyer d'infection à distance ou que sa virulence se développe sur place.

Dans ces derniers cas, les germes sont véhiculés par voie sanguine ou lymphatique, ou bronchique. Il est souvent malaisé de décider laquelle des trois est en jeu. A défaut de l'expérimentation, jusqu'ici sans résultats (1), la clinique pourra souvent présumer la voie d'accès des germes au poumon, et, dans les cas mortels, l'histologie pathologique apportera quelquefois une certitude.

Le plus souvent, un seul germe est en cause. Dans l'ordre de fréquence décroissante, l'on trouve : streptocoque, pneumocoque. Plus rarement staphylocoque, entérocoques, pneumobacille, tétragène, bacille typhique. Enfin l'amibe de la dysenterie.

Du point de vue clinique, selon que l'abcès marque le début au moins apparent de la maladie, ou au contraire qu'il fait suite à une infection avérée, il est dit *primitif* ou *secondaire*.

Dans les formes primitives, se rangent, avec les abcès qui résultent de l'évolution d'une pneumopathie (les plus importants), certains abcès dus à l'amibiase et ceux qui compliquent un corps étranger inclus.

Dans les abcès secondaires, on groupe, les abcès métastatiques des septico-pyohémies, les infarctus suppurés, les abcès migrateurs, amibiens ou non, enfin ceux qui se développent au cours de l'évolution d'une affection pulmonaire chronique.

Mention toute particulière doit être faite des abcès secondaires à une intervention chirurgicale sur le tube digestif ou sur l'utérus. Nous insistons aussi sur le point de départ naso-bucco-pharyngé fréquent : si les abcès du poumon qui en relèvent sont bien secondaires, cliniquement ils semblent primitifs, tant est parfois minime l'infection qui en est cause : angine banale, simple pyorrhée, etc.

Les lésions. Leur siège. Leur nature. — Tous les auteurs insistent sur la localisation plus fréquente des abcès au *lobe inférieur* et sur la prédominance à *droite*. Dans les abcès par corps étranger des bronches le siège habituel au lobe inférieur du poumon droit s'explique par l'obliquité de la bronche droite, aiguillant de ce côté le corps étranger. Quelques auteurs ont voulu étendre cette explication aux particules septiques très petites et ont trouvé là un argument en faveur de l'origine naso-pharyngée de nombreux abcès du poumon.

Une autre donnée importante quant au siège est la fréquence de la localisation périscissurale des

(1) Nous ne pouvons dans cette étude développer ce point. Qu'on se reporte à la thèse de Kourilsky.

abcès. Et ceci, nous le verrons, rend leur diagnostic avec la pleurésie interlobaire particulièrement difficile à établir.

A l'autopsie des malades morts d'abcès du poumon, que trouve-t-on?

Tantôt, il s'agit d'abcès multiples, et le plus souvent petits, ne dépassant pas le volume d'une noisette. Ils ont envahi un lobe pulmonaire, assez souvent tout le poumon, et quelquefois les deux. Quelques-uns font saillie sous la plèvre viscérale qu'ils ont parfois perforée.

L'histologie montre que ce peuvent être : 1° soit des *abcès miliaires* par infection sanguine, centrés qu'ils sont par les artérioles; 2° soit des abcès péribronchiques par suppuration lobulaire d'une bronchopneumonie.

Tantôt, c'est un gros abcès, solitaire, parfois entouré de quelques autres plus petits. C'est une cavité dont le volume peut varier de celui d'un œuf à celui d'une tête d'enfant. Elle est irrégulièrement circulaire, remplie de pus. Tout autour d'elle, le poumon est hépatisé ou splénisé. La plèvre a réagi : la scissure interlobaire voisine est souvent symphysée, et, dans la plupart des cas, la grande cavité pleurale est oblitérée par une adhérence qui se localise au niveau du foyer. Notion précieuse à connaître avant la mise en œuvre de certaines modalités de traitement.

Pour peu que l'abcès soit ancien, la sclérose est venue circonscrire l'infection. La cavité purulente est alors limitée par une membrane déjà infiltrée de tissu fibreux. De plus, la sclérose se propage à tout le parenchyme voisin. Ce fait aussi, nous le verrons, est riche de conséquences thérapeutiques.

Étude clinique. Symptômes et évolution. — Nous prenons pour type de description clinique une collection primitive par abcédation d'un foyer de congestion, de pneumonie, de broncho-pneumonie, où les symptômes de l'abcès ne sont pas noyés dans un tableau d'infection générale.

Schématiquement, mais ce schéma serre de très près la réalité des faits, la maladie évolue en trois phases :

I. La *phase de formation* de l'abcès au sein du foyer infecté, où le diagnostic ne peut être en général que présumé.

II. La *phase d'ouverture* dans les bronches, où commence l'existence clinique de la collection.

III. La *phase de suppuration* qui s'installe dès lors avec une durée variable et où le diagnostic, bien qu'encore délicat, peut le plus souvent être affirmé.

I. La phase de formation de l'abcès est cliniquement représentée par le tableau d'une pneumopathie grave. C'est parfois à la suite d'une pneumonie dont la défervescence ne se fait pas, mais c'est tout aussi bien par des signes bâtards de congestion pulmonaire que se marque ce début.

Peut-on, en présence de ces symptômes, porter le bon diagnostic? L'examen physique n'en est pas capable, non plus que la radio qui montre une ombre diffuse d'hépatisation.

La *numération des leucocytes* et la *ponction exploratrice* peuvent fournir un appoint à ce diagnostic. Une polynucléose importante de 20, 30.000, avec neutrophilie, est en effet un bon témoin d'une suppuration cachée; elle perd ici beaucoup de sa valeur du fait qu'elle est habituellement rencontrée dans la pneumonie simple. Quant à la ponction exploratrice, elle est trop souvent négative à cette période pour avoir quelque intérêt. Signalons cependant que, dans un cas d'Achard et Mouzon concernant un abcès à streptocoques, elle fut positive au troisième jour de la maladie, la vomique ne s'étant produite que six jours après.

II. Cette phase fermée dure peu et c'est un des caractères essentiels de l'abcès que la *précocité de l'ouverture* dans la bronche. Elle se produit en effet du quatrième au dixième jour de la maladie, rarement après le quinzième jour. Elle réalise parfois le tableau alarmant de la vomique massive de pus. Bien plus souvent, elle se fait par vomique fractionnée, nummulaire.

III. C'est maintenant la phase ouverte. Quelle que soit la variété de l'abcès, il offre un élément symptomatique constant : le *syndrome de suppuration pulmonaire*.

Du point de vue fonctionnel, le malade est un *cracheur de pus*.

Il en crache d'une manière continue, en plus grande abondance cependant lorsqu'il change de position, particulièrement au réveil, le matin.

Il en crache *très abondamment*; 200, 300 centimètres cubes par jour, et ce caractère est un des plus importants de l'abcès ouvert : à lui seul il doit faire soupçonner le diagnostic.

Recueillie dans un verre conique, cette expectoration apparaît constituée essentiellement par du pus, qui emplit le verre en purée homogène ; à la surface une couche peu épaisse de mucus aéré. Cette expectoration n'est pas fétide, sauf au moment de la vomique où elle peut l'être passagèrement. Elle peut être teintée de sang et prend alors une coloration rouge brun.

L'examen au laboratoire vérifiera l'abondance du pus, riche en polynucléaires, le peu d'abondance du mucus. Il permettra surtout deux recherches capitales : la *recherche des fibres élastiques*, leur présence est un signe très probant de lésion parenchymateuse; l'*étude de la flore microbienne*, d'abord l'absence de bacille de Koch, ensuite la nature des germes expectorés. Souvent des infections bronchiques associées faussent cette recherche, mais parfois on met en évidence un germe unique, strepto, pneumo, amibe... responsable de l'abcès.

Les *signes généraux* sont aussi ceux d'une suppuration. La fièvre est de type rémittent ou intermittent, plus rarement continue. L'amaigrissement est intense, et, pour peu que l'affection se prolonge, on voit apparaître la déformation hippocratique des doigts.

Quant aux *signes physiques*, l'on ne peut compter sur eux pour établir le diagnostic. On a beaucoup insisté au cours de ces dernières années sur la variabilité trompeuse des signes de caverne tuberculeuse. Ainsi des abcès du poumon : les signes qu'ils donnent varient :

1°. Selon les caractères de la cavité d'abcès : son

niveau, son siège plus ou moins profond, ses dimensions, son degré de réplétion;

2° Selon la perméabilité de la bronche qui le draine;

3° Selon les qualités physiques du poumon qui l'enveloppe.

Aussi ne faut-il pas s'attendre à trouver dans chaque cas les signes classiques de la caverne : le souffle caverneux, les râles à grosses bulles, le retentissement particulier de la voix et de la toux. Leur constatation n'est pas la règle. Et le plus habituellement, au niveau d'une zone de matité, l'auscultation fait constater la diminution du murmure vésiculaire, souvent remplacé par un souffle de timbre variable, et quelques râles muqueux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'une collection volumineuse donnera des signes tympaniques (pyopneumokyste de Caussade).

Il est d'autre part classique de dire que l'oreille localise mal l'abcès, qu'elle vise trop haut pour les collections du lobe supérieur, trop bas pour celles du lobe inférieur.

Ces remarques ont perdu de leur importance aujourd'hui, où l'*examen radiologique* est jugé un complément indispensable.

Que montre-t-il?

Dans la moitié des observations publiées environ, l'image est typique et affirme l'abcès. C'est celle

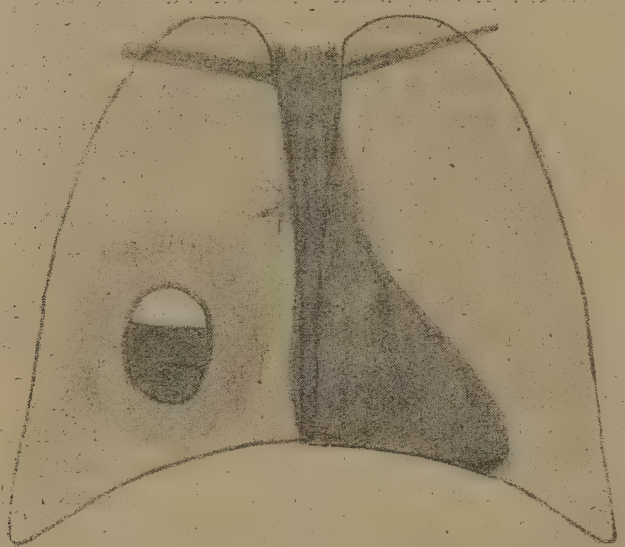


Schéma radiologique de l'abcès du poumon (image hydro-aérique).

d'une *poche hydro-aérique* dont le contenu liquide, rassemblé à la partie inférieure, tranche par son ombre dense sur l'hyperclarté de la bulle gazeuse sus-jacente dont une ligne de niveau horizontale le sépare. Cette image est ovoïde et le plus souvent à grand axe vertical. Elle est noyée dans une ombre floue et à limites indécises, dont parfois la sépare un double contour très net. Au cours de l'examen radioscopique, il faut faire varier l'incidence des rayons en déplaçant le malade : outre que cette manœuvre met parfois mieux en évidence l'abcès, elle permet aussi de le situer en profondeur.

Dans un certain nombre de cas, cette image typique fait défaut. Radioscopie et radiographie ne montrent qu'une zone sombre diffuse. C'est l'image des abcès non encore évacués, nous l'avons vu. Et à la phase ouverte, ce peut être aussi celle d'un abcès que masque une réaction pleurale, ou celle de petits abcès multiples.

Dans les cas de diagnostic difficile, on s'aide aujourd'hui de la radiographie après injection intratrachéale de lipiodol. C'est un moyen d'exclusion des abcès, le produit injecté ne pénétrant pas en général dans leur cavité.

La *ponction exploratrice* est donnée classiquement, comme fournissant lorsqu'elle ramène du pus, le signe de certitude de l'abcès, en même temps qu'elle renseigne sur sa nature. On la pratique après localisation à la radioscopie et au besoin sous le contrôle de l'écran. Il faut faire à son sujet quelques réserves. Lorsque les grandes dimensions de l'abcès, son abord aisé, la rendent facile, elle n'est pas très utile, la radio fournissant dans ce cas une image hydro-aérique nette. Si, au contraire, la radio n'a pas localisé avec précision la cavité au sein d'un bloc hépatisé, il est nécessaire de faire plusieurs ponctions, souvent infructueuses, et qui risquent d'infecter le parenchyme sain, et la paroi thoracique.

Évolution. — L'évolution de l'abcès du poumon est très variable. Nombreux sont les cas qui se terminent à la phase aiguë par la *mort*, tantôt avant l'ouverture dans la bronche, tantôt après. La mort résulte, soit de l'intensité même des signes infectieux réalisant un état septico-pyohémique grave, soit d'une complication. La complication la plus fréquente et la plus redoutable est le *pyopneumothorax par rupture* de l'abcès dans la plèvre. Observée le plus souvent pour les collections sous-pleurales de la base droite, cette rupture est tantôt spontanée, parfois révélatrice de l'abcès, tantôt provoquée en particulier par une tentative de pneumothorax artificiel. Elle est rapidement mortelle.

La mort peut se produire encore par bronchopneumonie extensive, par hémoptysie abondante, ou par abcès du cerveau. L'ouverture à la peau, rare d'ailleurs, est de meilleur pronostic.

Mais l'abcès du poumon est moins grave que ne le pensaient communément les auteurs classiques, et, dans une proportion importante de cas, il évolue spontanément vers la guérison, soit qu'après la vomique, la suppuration tarisse et la fièvre tombe, soit que, après quelques alternances de rémission et de rétention purulente, durant un ou deux mois, il se cicatrise enfin.

Cette notion récente du pronostic en partie favorable doit être retenue. Elle incite à la prudence dans l'interprétation des résultats thérapeutiques.

Il ne faut d'ailleurs pas exagérer cette tendance à la guérison. L'intermittence des troubles étant le caractère premier de l'évolution des abcès, la guérison ne peut s'affirmer que sur le triple critère de la disparition des signes généraux, des signes fonctionnels, et des ombres radiographiques.

Le pronostic est en effet assombri par la possibilité du passage à l'*état chronique*. Les raisons qui déterminent cette évolution nous sont mal connues. Quoi qu'il en soit, l'abcès chronique, nous l'avons vu, s'entoure de réactions scléreuses qui main-

tiennent béante sa cavité et sont un facteur d'incurabilité. Puis, il est presque constant que des infections associées viennent s'y greffer, dont l'effet habituel est de rendre le contenu de la poche *fétide*. Ceci les apparente aux « abcès putrides » que nous décrivons plus loin. Cette évolution vers la chronicité est grave, car elle rend impuissante toute thérapeutique et entraîne tôt ou tard la mort.

Formes cliniques. — La description précédente s'applique à la plupart des cas, mais la rapidité de l'évolution, l'origine des abcès, leur siège, le germe en cause, certaines circonstances particulières de terrain, créent des formes cliniques nombreuses.

Selon l'évolution, nous opposons les abcès aigus aux abcès chroniques et, dans les premiers, ceux qui sont mortels à ceux qui guérissent. Pour ceux-ci, il ne semble pas qu'on puisse actuellement prévoir à coup sûr quelle sera la terminaison. Ni l'étiologie, ni le germe infectant, ni les dimensions de la poche purulente (puisqu'on a vu de très grands abcès guérir) ne permettent une telle prévision. Bien évidemment, la coexistence d'un état septicémique grave, avec hémoculture positive, fait réserver le pronostic. Il est cependant des formes qui paraissent graves, et qui finissent heureusement. Nous avons vu par contre que le passage à la chronicité était de pronostic très grave.

Selon l'étiologie, les formes les plus diverses se trouvent réalisées.

Nous ne faisons ici qu'une simple mention des cas observés dans la pratique chirurgicale ou oto-rhino-laryngologique, dus à des corps étrangers pénétrés dans le poumon par effraction ou par les bronches. Dans ce dernier cas cependant, il n'est pas rare, surtout chez l'enfant, que le corps étranger soit *méconnu*. Il peut alors se former un abcès subaigu ou chronique dont l'origine n'est pas soupçonnée, si on ne recherche pas le commémoratif de l'inhalation du corps étranger. La radio le montre parfois, non toujours. La bronchoscopie, en même temps qu'elle le décèle, permet son ablation, suivie de la guérison rapide.

En milieu médical, nous étudierons des abcès dus à la pneumonie, aux broncho-pneumonies primitives ou métastases d'une septicémie, ceux qui sont secondaires aux infections rhino-pharyngées, ceux qui compliquent les lésions broncho-pulmonaires chroniques, enfin les abcès amibiens et les abcès migrateurs. Quelques particularités sont à signaler chez l'enfant.

En milieu chirurgical, l'abcès du poumon est assez fréquent, qui survient à titre de complication d'une intervention portant sur les amygdales, sur l'abdomen, ou sur l'utérus.

Les *abcès pneumoniques* sont une complication rare, mais plus fréquente qu'autrefois. Dus au pneumocoque, ce sont en général de gros abcès solitaires du lobe inférieur droit.

Cliniquement, l'abcès est le plus souvent métapneumonique. Toutes évolutions peuvent être rencontrées. Les formes aiguës, s'accompagnant de signes généraux graves, parfois septicémiques, se terminent par la mort en quelques semaines, ou guérissent. Ils peuvent aussi passer à la chronicité.

Les *abcès bronchopneumoniques* sont beaucoup plus fréquents. Se présentant sous forme d'abcès multiples et petits, ou sous forme de grosse collection, ils peuvent être réalisés par toutes les bronchopneumonies

Soit primitives : bronchopneumonie de la grippe, des intoxiqués par l'ypérite,

Soit secondaires : broncho-pneumonie des septicémies, ou secondaires aux lésions de bronchite chronique, ces dernières particulièrement graves.

Le pneumocoque, le streptocoque, en sont les agents habituels.

Les septicémies à staphylocoques s'en accompagnent aussi d'une manière presque constante (Professeur Lemierre).

Cliniquement, les abcès primitifs sont nettement individualisés, mais l'existence de ceux qui compliquent une pyohémie ne peut être que présumée au milieu du tableau d'infection générale.

Il n'y a pas que les pneumonies et les bronchopneumonies qui peuvent donner un abcès; certaines congestions atypiques s'en compliquent aussi. Une infection naso-bucco-pharyngée transmise par voie sanguine ou bronchique en serait souvent le point de départ.

Les *abcès amibiens* sont le plus souvent des abcès migrateurs propagés du poumon au foie, soit par contiguïté, soit par voie vasculaire. Il est des cas où ils sont isolés, que l'abcès hépatique soit déjà cicatrisé, ou qu'il fasse défaut, le poumon constituant la localisation première de l'amibiase. C'est en général un abcès solitaire, volumineux, siégeant dans le lobe inférieur du poumon droit.

Anatomiquement, il évolue en deux phases, une première de liquéfaction et nécrose du parenchyme, une seconde de collection suppurée.

Le début est brutal, par un point de côté violent à la base droite et une toux sèche. La fièvre apparaît, peu intense. Puis, entre le quinzième et le quarantième jour, vient l'expectoration, d'abord formée de crachats de sang pur, qui se transforme ensuite, devenant très abondante, formée d'un mélange de mucus glaireux et de sang. On y décèle parfois des amibes, mais pas de microbes.

La forme de dôme arrondi que prend la zone de matité, l'aspect analogue fourni par la radio sont les deux signes objectifs importants de cette période. L'enquête sur le passé du malade, révélant une atteinte de dysentérie, la recherche des kystes dans les selles, des amibes dans les crachats, complètent l'examen.

Bientôt l'expectoration devient franchement purulente, mais toujours, elle est teintée de sang, ce qui lui donne une couleur « chocolat » bien particulière. A cette phase, la radio montre une image hydro-aérique. Si le traitement spécifique par l'émétine n'intervient pas pour amener une prompte guérison, la mort survient à échéance variable.

L'abcès amibien, nous venons de le voir, est le type de l'abcès *migrateur*. Il en est d'autres. Toute suppuration de voisinage qu'elle soit médiastinale, vertébrale, sous-phrénique, peut, en évoluant vers le poumon, y créer un abcès. La symptomatologie en

est trop variable pour qu'on puisse en donner une description d'ensemble.

Chez *l'enfant*, l'abcès du poumon, pour beaucoup plus rare qu'il soit que chez l'adulte, n'en existe pas moins. Si les traités classiques en font à peine mention et considèrent que tout au moins dans sa forme de gros abcès unique, il n'existe pas, le professeur Nobécourt, en a cependant observé. Il a rappelé également son existence chez le nourrisson : sur une centaine d'autopsie, en deux années, il en a rencontré cinq cas (thèse Dercheu, Paris, 1925). Le diagnostic n'a pu être fait qu'à l'autopsie, les symptômes étant ceux d'une broncho-pneumonie grave et l'abcès n'ayant pas eu le temps de s'évacuer par vomique. La mort est constante.

En *milieu chirurgical*, l'abcès du poumon *post-opératoire* peut se voir, se produisant d'ordinaire par un processus broncho-pneumonique. On l'observe le plus souvent après des interventions portant sur l'estomac, sur l'utérus. Les auteurs américains en ont signalé aussi des cas nombreux après intervention sur la cavité bucco-pharyngée, en particulier les amygdalotomies. A la faveur de l'anesthésie générale, des fragments de tissu infecté tomberaient dans les bronches, les inoculant directement.

Du *germe* cause de l'abcès dépendent aussi les symptômes et l'évolution.

Au premier rang, se place le *streptocoque*, agent de la plupart des abcès secondaires et de quelques cas primitifs. Il s'agit de streptocoques hémolytiques ou non; certaines espèces, pour Kourilsky, seraient capables de conférer à l'expectoration une fétidité passagère. La guérison des abcès à streptocoques est fréquente.

Au deuxième rang, vient le *pneumocoque*, facteur habituel des pneumopathies abcédées. Plus rarement sont en cause le staphylocoque, au cours des septicémies d'origine cutanée ou osseuse, le pneumobacille de Friedlander, responsable de formes graves, avec nécrose étendue. Nous avons suffisamment insisté sur l'abcès amibien pour n'y pas revenir.

II. ABCÈS PUTRIDE OU GANGRÉNEUX

Les publications récentes s'attachent à montrer les caractères très différents de la gangrène pulmonaire aiguë, à issue rapidement fatale le plus souvent, et de certaines suppurations putrides localisées évoluant par poussées successives, ou même d'une façon véritablement chronique de pronostic moins sévère.

Si le caractère fétide d'emblée de ces suppurations les apparente aux gangrènes, par contre, l'aspect des lésions cavitaires, l'évolution clinique, la curabilité partielle les rapproche des abcès que nous venons d'étudier.

Ces abcès putrides ou gangréneux sont relativement fréquents.

Étiologie. — Du point de vue bactériologique, ces abcès, loin d'être monomicrobiens comme les abcès francs, renferment une flore variée.

D'une part, on y trouve une grande abondance de germes banaux auxquels s'associent des *anaérobies*; d'autre part, on y met en évidence (si on les recherche avec les précautions d'usage) des *spirilles* (1).

Du point de vue anatomo-clinique, l'abcès gangréneux est primitif dans la majorité des cas : les germes apportés on ne sait d'où, coloniseraient d'emblée dans le poumon. La plupart des cas secondaires font suite à une infection naso-bucco-pharyngée, ou se produisent à titre de complication post-opératoire; dans cette dernière éventualité c'est peut-être encore une infection rhino-pharyngée qui, à la faveur de l'anesthésie générale, a ensemencé le poumon.

Quant à la voie suivie par les germes pour arriver au poumon, voie bronchique ou voie vasculaire, elle est tout aussi discutée que pour les abcès simples.

Anatomiquement aussi, grande parenté avec les abcès simples : même localisation privilégiée au lobe inférieur droit, même aspect de poche purulente circonscrite. De volume toujours moyen, cette poche présente cependant, outre son contenu fétide, quelques lambeaux sphacéliques se détachant de ses parois. Tout autour de la poche se produit une sclérose très dense, irradiant dans le parenchyme voisin lésant les bronches, qui sont fréquemment le siège de dilatations cylindriques secondaires (Kourilsky).

Étude clinique. — L'évolution peut être d'emblée *chronique*, mais le plus souvent, elle se fait par *poussées successives*, séparées par des rémissions qui souvent font croire à tort à la guérison complète.

Les symptômes rappellent ceux des abcès simples.

La phase de formation, si elle peut être marquée par un épisode bruyant, est bien plus souvent progressive, sans fracas, prenant l'allure d'une bronchite, d'une congestion pulmonaire traînante.

L'ouverture dans la bronche, qui rend possible le diagnostic, est annoncée par la *fétidité très marquée de l'haleine*. Elle se fait par une vomique massive, ou par une expectoration fractionnée de pus sanieux dont la fétidité est cependant moindre que celle des crachats de gangrène aiguë. Les signes fonctionnels et généraux, à cette période, sont calqués sur ceux de l'abcès simple. Mentionnons la fréquence des *hémoptysies* (dues pour les auteurs américains à l'ulcération d'un tissu granuleux jaune que la bronchoscopie fait voir), et l'apparition constante et très précoce de la déformation hippocratique des doigts.

Les signes physiques et radiologiques sont aussi, à quelques détails près, ceux des abcès simples.

La ponction exploratrice est ici à rejeter, car elle expose trop à l'ensemencement et au sphacèle du trajet de ponction.

L'évolution de ces abcès gangréneux se prolonge d'ordinaire, mais, et c'est un caractère essentiel, en présentant des rémissions parfois très longues. Devant ces intermittences, il ne faut pas trop se hâter de parler de guérison. L'absence d'expectoration, de gêne ne suffit pas, il faut encore qu'à la radiographie

(1) Au sujet de ces spirilles, qu'il nous suffise de signaler, sans y insister, la discussion encore ouverte sur leur nature exacte. Pour le professeur Vincent et les auteurs américains, il s'agirait de l'association fuso-spirillaire. Au contraire, pour le professeur Bezançon, l'on a affaire à des spirochètes particuliers à manifestations pulmonaires polymorphes, groupées en une spirochétose broncho-pulmonaire dont la gangrène serait un mode.

tout foyer obscur ait disparu. La guérison vraie, complète, semble rare.

Par contre, quelques complications grèvent le pronostic : la rupture dans la plèvre, rapidement mortelle, l'extension serpigineuse de la gangrène, les ectasies bronchiques secondaires, les hémoptysies, enfin l'abcès du cerveau.

L'étiologie peut donner à ces abcès des caractères particuliers et indiquer une conduite thérapeutique. Nous rappelons l'importance des formes secondaires à une infection bucco-pharyngée, à une infection utérine post-abortum, des formes post-opératoires.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1928)

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. Aloyso de Castro (de Rio-de-Janeiro), correspondant étranger, et il salue S. E. M. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, qui assistent à la séance.

M. Aloyso de Castro répond en quelques mots dans lesquels il rend hommage à ses maîtres de la Faculté de médecine de Paris.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Antonin Mallat (de Vichy), correspondant national dans la section de pharmacie.

Sur les propriétés antitoxiques et antimicrobiennes du salicylate de sodium. — M. H. VINCENT. « A l'occasion des recherches que j'ai faites sur les corps que j'ai appelés les « cryptotoxines » et sur les propriétés antitoxiques énergiques que possèdent les combinaisons sodiques des acides oléique, palmitique, résinique, gyrocardique, etc., j'ai été conduit à rechercher si des substances non colloïdales n'auraient pas également des propriétés neutralisantes pour les toxines. Parmi celles que j'ai étudiées, le salicylate de sodium est l'une des plus intéressantes. Ses propriétés thérapeutiques s'expliquent par son pouvoir antitoxique réel sur les toxines tétanique, diphtérique, colibacillaire, sur celle du B. oedematiens, du vibrion septique, etc. Il neutralise in vitro et à la température de 38 degrés un nombre appréciable de doses mortelles de ces poisons, après plusieurs jours de contact. A 45-50 degrés, son pouvoir antitoxique est plus rapide et plus fort qu'à 38 degrés. On peut, à l'aide d'injections de toxine salicylée faites à doses progressives, immuniser le lapin contre la toxine normale.

Dans le phénomène de neutralisation des toxines microbiennes par le salicylate de sodium, ce dernier agit par son ion salicylique qui se fixe sur l'élément toxique.

Tandis que la toxine tétanique a un pouvoir chimiotaxique fortement négatif, la toxine salicylée présente une action chimiotaxique positive moyenne. En outre, le salicylate de sodium possède un pouvoir antiseptique réel, bien que faible, sur plusieurs microbes pathogènes qu'il tue dans la proportion moyenne de 1/5 à 1/6 en vingt-quatre heures et à 38 degrés : B. typhique, paratyphique, colibacille, B. diphtérique, B. pyocyanique, streptocoque, staphylocoque, etc.

Cette action bactéricide non négligeable jointe à son pouvoir antitoxique met l'organisme en état de se défendre plus efficacement contre certaines infections, en affaiblissant leurs agents pathogènes et leurs principes toxiques. Il semble que cette conclusion doive inciter à étendre l'emploi de ce médicament à d'autres états toxi-infectieux, en tenant compte des contre-indications habituelles. »

De l'influence des réactions physiologiques sur les manifestations locales de l'infection et de l'immunité. — M. L. CAMUS. Dans la production de l'infection locale de l'organisme, dans la formation des pustules par exemple, l'agent infectieux joue un rôle de premier ordre, mais il n'est cependant pas à lui seul suffisant pour donner lieu à l'infection; les réactions physiologiques locales peuvent aussi quelquefois y prendre une participation d'importance égale. Ces réactions, en effet, tantôt favorisent l'infection, tantôt la retardent et parfois même l'empêchent complètement de se produire. L'auteur montre, par des expériences très probantes, que les modifications vasculaires locales qui accompagnent la vaccination peuvent, soit activer très notablement la formation des pustules, soit l'entraver partiellement, voire même l'empêcher totalement.

Chez les sujets partiellement immunisés la vaso-dilatation s'oppose, au contraire, à la manifestation locale de l'infection : ici c'est l'afflux plus abondant de substance antivirulente qui détermine beaucoup mieux la neutralisation du virus agresseur.

La réaction vaso-motrice est donc en apparence une arme à deux tranchants qui, tantôt favorise l'infection, et tantôt lui fait obstacle; elle facilite la manifestation locale de l'infection chez le sujet normal et elle l'entrave chez le sujet immunisé. En réalité, il ne faut pas estimer la vaso-dilatation d'après ce qui peut en résulter d'avantageux ou de funeste pour l'individu ; elle est, dans tous les cas, un processus défensif, même chez le sujet normal où elle facilite l'infection locale; chez ce dernier, en effet, elle donne lieu en même temps à une phagocytose plus active et secondairement par la formation plus rapide des pustules à une production plus rapide de la substance antivirulente.

Dans beaucoup d'autres circonstances pathologiques les réactions vaso-motrices ont comme dans la vaccine une grande importance, ainsi les médicaments à action vasomotrice influencent le développement des tumeurs en voie d'évolution, ainsi encore agit une vascularisation plus ou moins active à l'endroit des cicatrices pour faciliter ou retarder l'évolution des tumeurs de généralisation.

Il appartient aux thérapeutes d'agir judicieusement chez les malades pour diriger, suivant les circonstances, dans l'un ou l'autre sens, les réactions vaso-motrices.

Effets cytophylactiques des sels halogénés de magnésium. — M. DELBET.

Sur la tuberculose expérimentale du cheval. — MM. G. PETIT, L. PANISSET et Ph. KFOURI ont réalisé chez le cheval, qu'on sait si résistant à la tuberculose, des lésions considérables entièrement localisées au poumon et compatibles avec une longue conservation de la vie, en introduisant à la sonde des bacilles humains ou bovins dans cet organe (technique Kfouri).

Les pièces anatomiques qu'ils présentent montrent nettement comment ces importantes lésions, d'abord ouvertes, ont tendance à évoluer vers la guérison spontanée.

Sur le sort dans l'organisme d'un bacille de Koch sans valeur tuberculigène. — M. VALLÉE.

L'homme est-il le seul semeur de germes dans la bilharziose vésicale. — M. BRUMPT. En partant des mollusques hôtes intermédiaires (*Bullinus contortus*) infectés de cercaires l'auteur a réussi à donner la bilharziose à 1 singe sur 1, 1 rat blanc sur 8, 9 souris blanches sur 10, et à 6 hérissons sur 6. Chez la souris il a observé la cirrhose du foie et parfois de l'hypertrophie de la rate avec présence de nombreux œufs de Schistosome. Ces observations sont à souligner car elles appuient l'hypothèse suivant laquelle la splénomégalie et la cirrhose hépatique égyptienne seraient d'origine bilharzienne. Les hérissons dont l'infection a été réalisée pour la première fois semblent présenter uniquement de la dysenterie bilhar-

zienne, leurs selles renferment de nombreux œufs vivants à éperon terminal. Ces animaux présentent en outre une infection parfois intense du pancréas. On peut donc admettre comme Day que ce parasitisme peut produire un diabète bilharzien curable par l'émétine chez l'homme en Egypte.

L'auteur a de plus réussi l'infection de mollusques neufs en partant d'œufs de Schistosomes, provenant d'une souris. Ce fait est tout particulièrement intéressant d'une part parce que c'est la première fois qu'il est signalé et d'autre part parce qu'en démontrant qu'un hôte expérimental peut émettre des œufs infectieux pour les hôtes intermédiaires il permet de croire à l'existence d'hôtes définitifs autres que l'homme dans la nature et il doit engager les épidémiologistes à poursuivre leurs recherches de ce côté.

A propos de l'étiologie de l'encéphalite vaccinale. — MM. Levaditi, Bijl, Lepine et Troisier. L'encéphalite post-vaccinale est une infection du névraxe d'allure clinique et histopathologie particulière provoquée par un virus différent du vaccin jennérien et, dans la grande majorité des cas, non inoculable aux animaux de laboratoire.

Cette non transmissibilité de la maladie humaine permet de rapprocher l'encéphalite post-vaccinale de l'encéphalite léthargique qui elle aussi, n'a pu être conférée expérimentalement que dans un nombre très limité de cas.

Peut-être l'hypothèse formulée par MM. Levaditi, Schoen et Sanchis-Bayarri, concernant les neuro-infections mortelles autostérilisables, est-elle appelée à expliquer cette particularité de certaines ectodermoses neurotropes, telles que l'encéphalite léthargique, l'herpès, l'encéphalite post-vaccinale, la rage, voire même la poliomyélite.

La question des doses dans la transfusion sanguine. — M. Arnauld Tzanck. Dans les grandes hémorragies qui privent l'organisme de grandes quantités de sang, de l'ordre de 2 litres, que peuvent les petites injections de 200 grammes de sang? Dans ces cas M. Tzanck insiste sur la nécessité des injections massives en utilisant au besoin plusieurs donneurs et en se conformant aux règles générales de la transfusion.

Dans les autres indications, anémies, etc., 200 grammes suffisent, en y ajoutant les autres agents thérapeutiques (foie de veau, chlorure de calcium, hypophyse).

Au total ce sont les indications bien distinctes auxquelles peut répondre la transfusion sanguine qui déterminent le choix à faire entre la transfusion *massive* et la transfusion à doses modérées qui mérite le nom d'*homo-hémothérapie*.

Rate et rachitisme. — MM. Rémond, Soula et Cauquil. Le rachitisme pourrait n'être qu'une insuffisance endocrinienne de l'élaboration des stérols. Cette élaboration effectuée très probablement dans les conditions normales par la rate et le système réticulo-endothélial est insuffisante dans le rachitisme, elle peut être ramenée à la normale par l'insolation et l'opothérapie.

Des fluctuations de l'appétit chez l'enfant. — M. Rousseau Saint-Philippe. Les fluctuations de l'appétit chez l'enfant, l'anorexie surtout, présentent plus d'importance qu'on ne le croit généralement. Il importe donc d'en rechercher les causes et d'en prévoir les conséquences en leur opposant au lieu de simples palliatifs, un traitement sérieux et vraiment efficace.

Influence de l'administration du bicarbonate de soude sur le métabolisme des corps cétoniques au cours de l'acidose du jeûne chez le chien. — MM. F. Maignon et E. Knithakis. Chez le chien en état de jeûne, l'administration de bicarbonate de soude en quantité suffisante pour ramener l'acidité apparente de l'urine à la normale, provoque toujours une diminution, voire même une disparition de l'acétone et dans la plupart des cas une diminution de l'acide boxybutyrique.

La diminution de l'acétone urinaire ne tient donc pas à ce que l'élimination de l'acide boxybutyrique est augmentée sous la forme de sel de sodium, du moment que le plus souvent (cinq fois sur huit) l'excrétion de cet acide est également diminuée. On est obligé d'admettre une action sur le métabolisme aboutissant à une moindre production de corps cétoniques.

L'administration d'insuline chez le chien, en état de jeûne, produit une diminution de l'acétone et de l'acide boxybutyrique.

L'action du bicarbonate de soude est donc comparable, chez le chien soumis à la diète hydrique, à celle de l'insuline, en ce qui concerne la cétogénèse.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la quatrième division (sciences biologiques). Les candidats sont ainsi classés :

En 1re ligne, MM. Dhéré (de Fribourg) et Policard (de Lyon).

En 2e ligne *ex-æquo* : MM. Amblard (de Strasbourg), Bierry (de Marseille), Cluzet (de Lyon) et Mathis (de Dakar).

M. Dhéré, le biologiste suisse, élève de Dastre et de Lapicque, et M. Policard, professeur d'histologie à la Faculté de Lyon, sont élus au premier tour.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 20 avril 1928)

Fibrome et grossesse. — M. Lanos communique deux observations : dans l'une, un fibrome mou présentait, même le ventre ouvert, toutes les apparences d'une grossesse; dans l'autre une grossesse se développa dans un utérus fibromateux. Une hystérectomie fut nécessaire en raison de l'augmentation rapide des fibromes.

A propos de l'extraction des projectiles intracraniens. — M. R. Massart insiste sur l'importance en pratique civile des deux points suivants : 1° l'extraction doit toujours être précédée d'un repérage radiographique; 2° l'opération doit toujours être faite sous le contrôle des rayons X; ne pas se servir de ceux-ci c'est courir le risque de nombreuses complications.

Les abcès dans le mal de Pott dorsal. — M. Roederer rappelle les constatations qu'il avait faites jadis au sujet de ces abcès, et, qui depuis, sont devenues classiques : leur extrême fréquence, leur précocité (ils précèdent quelquefois les signes cliniques et même les autres signes radiologiques); leur aspect (en gaine, en cercle, ou en triangle) leur extrêmement longue durée. L'auteur ajoute que ces abcès ne sont pas toujours symétriques, mais quelquefois même présentent un développement complètement inégal à droite et à gauche. Il note au point de vue radiographique que la densité de ces abcès de mal de Pott dorsal est à opposer à l'ombre légère de la plupart de ceux des maux de Pott lombaires : quelques-uns de ceux-ci même échappent à l'examen radiologique.

A propos des anévrismes artério-veineux. — M. Bressot communique trois cas d'anévrismes artério-veineux traumatiques, opérés par lui, et conclut que, si le résultat fonctionnel est satisfaisant, l'oscillomètre montre cependant un déficit important de la tension maxima et de l'indice oscillométrique, et qu'il existe toujours une atrophie musculaire plus ou moins accentuée.

Les infections de la vésicule biliaire. — M. Desjardins fait un rapport sur un travail de Sir Berkeley Moynihan (de Leeds). Celui-ci après avoir rappelé les fonctions de la vésicule montre que l'infection de celle-ci peut être primitive ou secondaire et, dans ce cas qu'elle peut venir de la voie sanguine, la voie lymphatique, ou les voies biliaires. Il montre l'influence de l'hypochlorhydrie et de l'achlorhydrie dans cette infection vésiculaire. Celle-ci démontre d'ailleurs le rapport

étroit qui solidarise le cholécyste, le foie, le système porte, l'appendice et la rate. L'infection de la vésicule peut aussi être déterminée par contact avec des organes voisins eux-mêmes infectés. L'auteur étudie la pathogénie des calculs biliaires qui pour lui sont d'origine infectieuse. Il décrit les symptômes précoces, habituellement assez frustes de la cholécystite. Le diagnostic est posé non sur l'intensité, mais sur la persistance de ces signes et peut être confirmé par la cholécystographie. Le seul traitement à employer est la cholécystectomie.

Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. — M. Haller fait un rapport sur un travail de M. Canessa (de Montévidéo). Celui-ci étudie les différentes formes de la tuberculose péritonéale et, en particulier, celle qui amène l'occlusion intestinale. Il considère les différentes opérations qui peuvent être appliquées et qui varient suivant que l'évolution tuberculeuse est en activité ou terminée. Le traitement chirurgical s'impose dans la majorité des cas et le plus tôt possible. Il consistera en section de brides, libération d'adhérences ou en une simple laparotomie si le cas est trop avancé. Il arrive parfois que la simple ouverture du ventre amène la cessation du processus tuberculeux. Le pronostic sera toujours réservé.

Luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson. — M. Judet en communique quatre observations. Le tableau clinique tardif offre une grande analogie avec celui de la luxation congénitale. La radiographie montre la disparition de la tête du fémur, la résorption plus ou moins étendue du col fémoral, et la destruction plus ou moins complète du toit du cotyle.

Au point de vue thérapeutique, la méthode de Lorenz ne donne pas de bons résultats comme dans la luxation congénitale. L'auteur pense que la méthode des butées osseuses iliaques par greffe serait meilleure et pourrait stabiliser l'extrémité supérieure du fémur.

Un cas de maladie de Koehler au niveau du semi-lunaire. — M. Masini communique la deuxième observation publiée en France de cette affection. Il pense qu'il ne s'agit dans ces cas ni de tuberculose, ni de syphilis, ni d'une dystrophie osseuse, mais plutôt d'une localisation d'ostéomyélite fruste.

Trois kystes tordus du parovarium. — M. Peraire en communique trois cas qu'il a opérés. Il insiste sur la rareté de la torsion dans ces kystes intraligamentaires. Dans deux cas le kyste était rompu. Un kyste était à évolution abdominale, deux autres à évolution pelvienne. Dans l'un des cas le kyste était adhérent à l'uretère. Guérison des trois malades.

Tumeur du ligament rond. — M. Barbet présente une tumeur de 18 centimètres de long sur 8 centimètres de large développée chez une femme de cinquante-deux ans, au niveau du canal inguinal et surtout de la grande lèvre. Il s'agit d'un fibro-myxo-sarcome.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SÉANCE DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE DU 7 JUIN 1928.

Cette séance fut présidée par M. le docteur Oberkich, membre du Conseil, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, qui avait tenu à répondre à la convocation qui lui avait été envoyée et prouver ainsi au Corps médical tout l'intérêt qu'il lui porte. Dans

une brève allocution, il assura ses collègues de toute sa sollicitude et leur affirma que dans l'élaboration en cours du décret d'administration publique qui doit assurer le fonctionnement de la loi des Assurances sociales il tiendrait le plus grand compte des revendications du Corps médical et ferait tout ce qui dépendrait de lui pour lui donner satisfaction. M. le docteur Bellencontre, président de l'Association, remercia M. le docteur Oberkich de son geste amical en lui affirmant, à nouveau, les sentiments reconnaissants et affectueux de l'Association.

Au cours de la séance, M. le docteur Chapon, membre du Conseil, fit une intéressante communication sur l'influence de la stabilisation sur les honoraires médicaux et démontra que la situation matérielle du médecin de 1928 était bien inférieure à celle du médecin de 1913; néanmoins il considère qu'avec la stabilisation il n'est guère possible de penser actuellement à une nouvelle augmentation des tarifs.

M. le docteur Chapon tint le Conseil sous le charme de sa parole pendant plus d'une demi-heure et reçut les félicitations de tous ses collègues pour son intéressant exposé.

BIBLIOGRAPHIE

FICHES DE PRATIQUE MÉDICALE. — Notre excellent confrère Desfour (de Montpellier) a eu l'heureuse idée de constituer un fichier destiné à la documentation quotidienne du médecin omni-praticien.

Il a réuni pour la constitution de ce fichier la collaboration des professeurs de la Faculté, des chefs de clinique, d'anciens internes et de spécialistes.

Les noms de Rimbaud, Gaussel, Lisbonne, Truc, Estor, Giraud, Paul Delmas, Jeanbrau, Villard, Soubeyran, Puech, Aimes, que je relève sur les premières fiches en indiquent toute la valeur.

Ces fiches en effet traitent chacune d'une question médico-chirurgicale de pratique courante.

Elles se proposent uniquement de rappeler l'essentiel de cette question à la date de leur édition. Allégées de toute documentation qui n'est pas immédiatement utilisable par le praticien ces fiches seront :

Soit des *fiches de mise au point* d'une question actuellement en évolution;

Soit des *fiches formulaires* condensant les données classiques.

Au bout de très peu d'années ces fiches réunies constitueront un formulaire élargi, d'une présentation nouvelle, qui aura sur les manuels ou formulaires en faveur auprès du corps médical l'avantage appréciable de pouvoir être tenu facilement à jour.

En effet, chaque collaborateur fera pour les fiches qu'il aura rédigées le travail de mise au point qu'aucun omni-praticien même le mieux doué et le mieux organisé ne pourrait réaliser pour chacune des 400 questions qu'il ne doit pas perdre de vue. Dès qu'une fiche paraîtra vieillie à son auteur, dès qu'une notion nouvelle importante imposera une réédition, une nouvelle fiche sera adressée aux souscripteurs et ira automatiquement remplacer dans le fichier l'ancien exemplaire auquel elle sera substituée.

Et ainsi constamment tenu à jour, complété, rajeuni, modernisé, ce fichier sera sur le bureau de travail du praticien un organe de documentation, de renseignements, qui ne saurait vieillir.

Ce fichier contiendra aussi :

Quelques *fiches scientifiques* qui de prime abord ne paraissent pas devoir intéresser immédiatement un praticien. Mais il est des notions théoriques que le médecin exerçant ne doit pas ignorer; en résumant pour lui ces acquisitions modernes, le fichier lui rendra le service d'être rapidement, exactement documenté, sur toute question d'actualité scientifique.

Quelques *fiches de publicité* sur carton de couleur; la publicité sera spécifique en quelque sorte : fiches scientifiques et fiches de publicité seront le plus souvent jumelées. Ce mode de présentation de la publicité plaira sans doute au praticien qui pourra retrouver sur la même fiche les produits spécialisés préconisés dans une maladie déterminée. Il va de soi que seuls figureront sous cette rubrique des produits éprouvés, à l'exclusion de spécialités à publicité tapageuse.

Enfin ce fichier pourra contenir des *fiches personnelles* à chaque médecin : des fiches blanches qui pourront être mises à la disposition des souscripteurs, recueilleront les notes de chacun d'eux, leurs observations, le résumé de leurs lectures, etc. Le fichier sera donc un organe de travail personnel à chaque médecin qui pourra l'enrichir suivant l'orientation de ses travaux particuliers.

Le classement vertical des fiches sera facilité par l'acquisition d'un classeur. Ce classement pourra être variable pour chaque abonné, les uns préférant le classement par lettre alphabétique, les autres préférent le classement par rubrique « Obstétrique », « Accidents du travail », « Examens de laboratoire », « Cardiologie », « Hydrologie », etc. L. G.

Direction et administration : docteur J. Desfour, 8, rue Emile-Zola, Montpellier.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux éditeurs du Fichier : MM. A. Dubois et R. Poulain (librairie Coulet) 5, Grand'Rue, Montpellier.

Prix de la première série de 50 fiches déjà parue, 25 fr. Souscrire dès maintenant à la deuxième série, 25 fr.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LES TITULAIRES DE BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FAMILLE PEUVENT EXPÉDIER LEUR VOITURE AUTOMOBILE A PRIX RÉDUIT. — Le tarif G. V. 6/106 comporte de sérieux avantages pour les familles d'au moins 3 membres effectuant un voyage aller et retour de 300 kilomètres ou plus. Il est consenti une réduction de 25 p. 100 à la deuxième personne, de 50 p. 100 à la troisième et de 75 p. 100 à chacune des suivantes.

Le titulaire d'un billet de famille de trois à six personnes peut, au surplus, expédier sa voiture automobile aux conditions du chapitre IV du tarif G. V. 28/128. Pour une voiture 10 C. V. et pour 1.000 kilomètres, le prix de transport est de 303 fr. 45 au lieu de 1.356 fr. 55 à l'ancien tarif.

Lorsque le billet comprend plus de six personnes, il peut être expédié une voiture supplémentaire par groupe ou fraction de groupe de six personnes en sus des six premières.

Chaque voiture ne doit pas dépasser 6m50 de longueur, peser plus de 3.000 kilos, ni excéder 60.000 fr. de valeur, tous accessoires compris.

Le transport doit être demandé de la gare de départ à la gare de destination du billet de famille avec retour au point de départ. Mais il peut être scindé, à l'aller comme au retour, afin de permettre le retrait momentané de la voiture dans une ou plusieurs gares d'arrêt. La remise comme le retrait de la voiture peuvent être faits les dimanches et jours fériés.

Les formalités d'expédition sont des plus simples et les voitures sont acceptées avec leurs réservoirs de carburant non vidés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — A propos du concours de l'internat. — Nous avons publié dans notre numéro du 11 juillet une protestation des médecins des hôpitaux. Nous recevons aujourd'hui la nouvelle protestation que voici :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des chirurgiens des hôpitaux, à l'unanimité, proteste contre les voies de faits et les calomnies dont les juges du concours actuel de l'internat ont été l'objet. Rien ne peut excuser de pareilles manifestations.

A l'avenir, les chirurgiens des hôpitaux considèrent que l'administration de l'Assistance publique a le devoir de faire protéger les juges d'un concours contre toute manifestation agressive de cet ordre.

Sinon, les juges se verraient dans l'obligation d'interrompre les opérations du concours, sans préjudice des poursuites légales qui seraient exercées contre les fauteurs de désordre. »

— Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 janvier 1929 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le samedi 20 octobre 1928, à 10 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le lundi 10 septembre jusqu'au samedi 6 octobre 1928 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Faculté de médecine de Paris. — Service des vacances. — Du 16 au 26 juillet et du 1er septembre au 14 octobre, la bibliothèque sera ouverte les mardis, jeudis et samedis, de 13 à 17 h. Les séances du soir sont suspendues durant cette période. Elle sera fermée pendant le mois d'août. Le service normal reprendra le 15 octobre.

Facultés de médecine. — Lyon. — Les examens pour la session d'été du diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon viennent de se terminer.

Ont été reçus : MM. Raugé, Pizzera, avec la mention *très bien*; MM. Montcenis, Vidal, Lacroix, Treppoz, Mlle Urtinette, MM. Mallard, Besson, avec la mention *bien*; MM. Guyot, Blanc, Brun, Cornu, Tricau, Ollivier, Mlle Lambert, MM. Chabralié, Vinay, avec la mention *assez bien*; MM. Charret, Gerhay, Kolocotronis, Mohanna.

— Strasbourg. — L'arrêté du 11 mai 1928 publié au *Journal officiel* du 20 mai (v. *Gaz. des hôpit.*, 26 mai 1928), déclarant vacante la chaire de gynécologie à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est rapporté. (*J. O.*, 13 juillet 1928.)

Faculté de pharmacie de Strasbourg. — La chaire de matière médicale à la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grande chancellerie. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Gabriel Leven (de Paris), médecin consultant des maisons de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — M. le docteur L. Masbrenier, ancien médecin de l'hôpital civil de Melun; M. le professeur Astre, de la Faculté de pharmacie de Montpellier.

— Tableau de concours pour le grade de chevalier (réserve) :

MM. Imbert, Gautier, Coville, Girma, Saleur, Moog, Pila, Margnat, Breton, Benabu, Lecornu, Clippet, Fouque, Maigne, Bridant, Henry, Denis, Monfort, Graz, Beauvy, Herard,

Jullemier, Guieysse, Vaudet Brun, Chaufour, Chavialle, Beyle, Sauphar, Liabot, Aton, Gardiol, Ballu, Onfray, Hollande, Olmer, Jasseron, Catrin, Richard, Canuet, Pelissard, Labougle, Yvert, Camus, Bonnet, Orgebin, Philip, Poiteau, Mortegoutte, Liautey, Tremblin, Thirion, Armengaud, Nordmann, Estachy, Bardin, Bedrunes, Chanal, Duranton, Chenot, Vermorel, Brevet, Perdrigeat, Senlecq, Faugeron, Bourdeau, Joyeux, Luzoir, Jacobee, Parrical de Chammard, Prosanval, Pansier, Gautier, Valeton, Audibert, Manya, Bloch, Nouis, Lombes, Hamon, Delmas, Gardere, Maffei, Massina, Fiolle, Joly, Perret, Didier, Poirel, Pons, Bretegnier, Lechaux, Collomb, Ros, Krouch, Benard, Saleur, Chalon, Brun, Merle, Durand, Racadot, Bloch, Govy, Agron, Cadet, Fregier, Bentkowski, Leuret, Bernardbeig, Porcheron, Breitman, Malon, Barberousse, Delecour, Rochetaux, Balleydier, Verger, Polony, Lassus, Lecacheur, Cuvier, Amsler, Marchand, Algan, Duvignau, Martinetti, Lebon, Boppe, Dore, Fontaine, Robin, Helie, Angele, Barre et Ahreiner.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bernard (de Besançon), Couvy (de Marseille), Maisonnet (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abel (de Nancy), Beauvieux (de Bordeaux), Botreau-Roussel (de Marseille), le médecin en chef de 2e classe Busquet; Carrère (de Montpellier), Chaumet et Clavelin (de Paris), Courboules (de Lyon), Devèze (de Montpellier), Ferrieux (de Grenoble), Fribourg (de Paris), Gabrielle (de Lyon), Geysen (de Paris), Gourdet (de Nantes), Gruny (d'Alger), Husson (de Caen), Jausion (de Paris), Larroque (de Bordeaux), Naudin (d'Hanoï), Peltier et Périot (de Marseille), Picard (de Nantes), Roederer (de Strasbourg), Saulnier (de Lyon), Sénevet (d'Alger), Zoeller (de Paris).

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — Le *Journal officiel* du 12 juillet publie une Convention sanitaire internationale établissant une réglementation relative au typhus exanthématique et à la variole.

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — La médaille en vermeil est attribuée à M. le docteur Stephan (de Mulhouse).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Ferrier, stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 73 ans; Pierre Ambard (à Brignoles).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Professeur : M. NOBÉCOURT.) — *Enseignement complémentaire. Cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du lundi 3 septembre au jeudi 13 septembre 1928, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube), suivies d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy.

Droit d'inscription : 100 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CORRESPONDANCE

MORBIDITÉ ET TACHES SOLAIRES

Le Président de la Société médicale du Littoral méditerranéen adresse à ses membres la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des symptômes des maladies chroniques, coïncidant avec le passage des taches solaires au Méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages de taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1927 a été particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvelle dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement si la question vous intéresse; — si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, mon cher confrère, à l'assurance de nos meilleurs remerciements et de nos très cordiaux sentiments.

Le Président :

M. FAURE.

Adresser la correspondance au docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, du 15 novembre au 15 mai, et à La Malou (Hérault), du 15 mai au 15 novembre.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER bail maison de santé installée, 24 chambres de malades grand luxe, admir. sit. — S'adr. pour tous renseign. Dr Guillemonat, 47, boul. St-Michel, Paris, tél. Gob. 24-81.

INF. U. F. F., 32 ans, bonne santé, 12 ans pratique, désire emploi secrétaire infirmière chez médecin, Paris, anglais, allemand, sténo-dactylo. — S'adr. au Journal.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. FOSSES NASALES

Examen radiologique de l'ozène. (Prof. Gherardo FERRARI et L. PAROLA. *Arch. intern. de laryngol.*, juillet 1927, p. 769.) — Après avoir repris un exposé critique des diverses théories pathogéniques de l'ozène, dont aucune ne satisfait pleinement l'esprit, les auteurs exposent leurs recherches radiologiques sur 100 crânes d'ozéneux.

Les sinus sont le plus souvent indemnes, d'ailleurs les sinus frontaux étaient souvent peu développés.

L'amincissement du squelette ethmoïdal est identique à celui constaté sur l'ensemble des os du crâne chez ces malades.

Il semble donc que l'ozène soit l'indice d'une dystrophie liée à des causes d'ordre constitutionnel.

Considérations sur l'évolution et le traitement des mucocèles du sinus frontal. (A. GIGNOUX. *Arch. intern. de laryngol.*, mai 1927, p. 513.) — De six observations personnelles, Gignoux tire les remarques suivantes :

La mucocèle a une origine probablement inflammatoire et cependant l'évolution par usure et destruction se rapproche de celle du kyste dentaire.

Au stade de mucocèle enclose dans le sinus frontal, des céphalées intenses déterminent souvent une intervention curatrice.

Aux mucocèles purement ethmoïdales, Gignoux oppose un traitement endonasal (lequel ne semble devoir être que palliatif), il conseille l'intervention à ciel ouvert lorsque l'extériorisation est nette.

Sur un cas de mucocèle fronto-ethmoïdale gauche extériorisée. Trépanation du sinus frontal. Ethmoïdectomie. Guérison. (Prof. CANUYT. *Revue oto-neur.-ocul.*, t. V, n° 9, p. 700.) — Canuyt, à propos d'un cas de volumineuse mucocèle fronto-ethmoïdale à extériorisation orbitaire, insiste sur l'opposition entre la bénignité histologique de cette tumeur et la puissance destructive de son évolution.

Il insiste sur l'intérêt de la diagnostiquer à son stade d'intériorisation avec le sérum de la radiologie.

II. OREILLE MOYENNE

Contribution à l'étude des lymphatiques de l'appareil auditif. (Noël ARNOULT. *Arch. intern. de laryngol.*, juin 1927, p. 696.) — L'oreille externe envoie ses collecteurs vers les ganglions parotidiens et sous-sterno-mastoïdiens. La conque envoie en plus un efférent vers les ganglions mastoïdiens.

L'oreille moyenne, dans la caisse, ne présente pas de collecteur lymphatique injectable; la trompe d'Eustache déverse son courant dans le relai rétro-pharyngien, puis dans les ganglions sous-sternomastoïdiens et sous-digastriques. Son réseau communique avec le réseau tympanal.

L'oreille interne ne présente pas de lymphatiques, mais ses espaces périlymphatiques communiquent avec les espaces sous-arachnoïdiens.

La tuberculose de l'oreille. (H. RETROUVEY. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 14, p. 481.) — Essentiellement polymorphe, elle est toujours secondaire et se rencontre chez l'enfant, plus rarement chez l'adulte, et en particulier le sexe masculin.

Le plus souvent la tuberculose est surinfectée. Le bacille de Koch atteint l'oreille, soit par *voie tubaire*, plus rarement par voie sanguine ou par le conduit (lupus du conduit).

Cliniquement Retrouvey décrit :

a. *Forme lupique.* — Coexistant avec un lupus du pharynx ou du conduit. Surdité marquée, évoluant par poussées. La perforation du tympan est basse et entourée de petites croûtelles jaunâtres. Quelquefois polyadénite cervico-mastoïdienne.

b. *Forme infiltrante* (*forme sèche de Gradenigo*). — Surdité progressive, mais variable. Bourdonnements. Indolence. Quelquefois paralysie du VII précoce. Le tympan épaissi et jaunâtre ne bombe pas, un peu de sérosité louche s'écoule à la paracentèse. Guérison par fibrose avec persistance de paralysie du VII et du VIII.

c. *Forme ulcéro-végétante* (Bourgeois). — Peut débuter selon le mode aigu, mais le plus souvent elle est chronique d'emblée.

Surdité précoce de type labyrinthique mais intermittente, otorrhée fétide et indolente. Perforations multiples avec fongosités et quelquefois séquestres.

Les complications sont la surdité totale, la paralysie faciale, le syndrome de Gradenigo, l'hémorragie carotidienne.

La méningite est exceptionnelle.

L'extension à la mastoïde peut se manifester par des séquestres ou des fistules.

Tuberculose locale, elle est susceptible de guérir. Son pronostic est dominé par le terrain.

Le diagnostic, difficile cliniquement, doit s'appuyer sur le laboratoire.

Le traitement est surtout médical, local et général.

Un cas de mastoïdite syphilitique. (R. GAILLARD. *Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1927, p. 325.) — Gaillard rapporte une observation de gomme mastoïdienne avec réaction méningée et paralysie du VII.

Ces troubles ayant nécessité une intervention chirurgicale ont complètement rétrocédé à trois injections de néo-salvarsan.

Sur l'épreuve de Queckenstedt dans les thromboses sinuso-jugulaires. (GAILLARD et MAYEUX. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 22, p. 690.) — Gaillard et Mayeux rapportent deux observations :

Dans l'une, l'épreuve de Queckenstedt était positive et cependant le sinus était sain.

Dans la seconde l'épreuve était négative malgré une thrombose sinuso-jugulaire.

Les auteurs montrent ainsi que des collections périsinu-

siennes peuvent simuler une oblitération et que, pour le second cas, des thromboses étendues mettent rapidement en jeu des voies de secours à la circulation sanguine.

Cette large suppléance fait que la pression sur la jugulaire entraîne, malgré la thrombose, une élévation de pression du liquide céphalo-rachidien.

L'épreuve de Queckenstedt ne saurait donc avoir une valeur séméiologique absolue.

Le cholestéatome primitif total du rocher. (J. Rateau et Rouquette. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 10, p. 353.) — A propos d'un cas opéré par eux, les auteurs attirent l'attention sur le cholestéatome primitif, très différent dans son essence et son évolution du cholestéatome secondaire aux otorrhées chronique.

Ce cholestéatome est une tumeur congénitale endodermique dérivant du canal pharyngo-tympanique. C'est une tumeur bénigne qui n'use pas, mais refoule et entrave le développement.

Il peut, sous l'influence d'une infection secondaire, prendre le caractère malin du pseudo-cholestéatome.

III. OREILLE INTERNE

Acoustique et audition. (A. Bonain [de Brest]. *Arch. intern. de laryngol.*, oct. 1927, p. 969.) — Bonain considère la loge postérieure de la caisse comme l'agent de transmission. C'est une lentille gazeuse dont l'air réfracte les ondes acoustiques pour les faire converger vers la fenêtre ronde.

La membrane tympanale et les osselets sont des agents d'adaptation qui modifient la forme de cette lentille.

La réaction auditive au courant galvanique. (J. Ramadier. *Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1927, p. 1189.) — Ramadier étudie les réactions auditives au courant galvanique dont la fermeture et l'ouverture déterminent un bruit qui croît avec l'intensité du courant.

Le pôle négatif commande le réflexe de fermeture, le positif le réflexe d'ouverture. Cette réaction manque chez 65 p. 100 des individus normaux.

Le seuil d'apparition est le même pour les deux oreilles, il est constant d'une épreuve à l'autre, mais il varie avec chaque individu dans de larges limites (3 à 15 mm. a).

Fréquente et précoce dans les lésions de l'appareil de transmission, elle est très fréquente et très précoce dans celles de l'appareil de perception. D'autant plus précoce et d'autant plus constante que la surdité est plus grave, elle peut servir à dépister la simulation.

Le nystagmus des aveugles (nystagmus exanopsia). (E. Redslof. *Revue d'oto-neur.-ocul.*, 1927, n° 6, p. 491.) — Le nystagmus se rencontre chez des aveugles nés, mais également à la suite de cécités acquises à la condition qu'elles soient totales.

Redslof décrit trois types de nystagmus : le *nystagmus à ressort*, le plus fréquent; le *nystagmus irrégulier* (athétosique); le *nystagmus pendulaire*, le plus rare.

Ce nystagmus s'exagère par l'attention, les émotions, les contractures spontanées des muscles de la face. Il est modifié mais non supprimé par l'excitation labyrinthique.

Redslof pense que ce nystagmus est dû à l'absence de réflexe de fixation, laquelle est tributaire de la vision.

« Le nystagmus des aveugles peut être considéré comme la conséquence de la libération d'un automatisme, par la suppression de l'action inhibitrice de la vision. » Il est comparable à la logorrhée des aphasiques ou à la chorée posthémiplégique.

L'épreuve du nystagmus des chemins de fer en oto-neurologie. (Prof. F. Brunetti. *Revue d'oto-neur.-ocul.*, 1927, n° 3, p. 161.) — Le nystagmus des chemins de fer (nystagmus opto-cinétique) provoqué est un excellent procédé de différenciation entre le nystagmus périphérique et le nystagmus d'origine centrale.

Ce nystagmus existerait à la naissance, ce qui infirme la théorie classique qui le subordonne à la fixation.

Brunetti fixe le siège du centre des mouvements associés des yeux dans le lobe frontal en avant du gyrus centralis anterior.

Brunetti étudie ce nystagmus en faisant tourner devant le malade un cylindre strié de bandes alternativement blanches et noires. Le nystagmus se produit dans le sens inverse de la rotation du cylindre.

L'épreuve est normale chez les individus sains ou otitiques même avec labyrinthites.

L'épreuve est modifiée dans le cas de lésions de la fosse cranienne postérieure.

Recherches sur la réaction « paradoxale » du vestibule. (E. Pallestrini. *Revue d'oto-neur.-ocul.*, 1927, n° 1, p. 1.) — L'inexcitabilité calorique avec conservation de l'excitabilité rotatoire a été considérée par l'école de Vienne comme stigmate de syphilis.

Chez 370 sujets labyrinthiques ou d'altérations nerveuses endocraniennes avec participation du labyrinthe, Pallestrini a observé 14 cas de réaction paradoxale, 4 chez des traumatisés, 4 à des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, 2 à la syphilis, 2 à la grippe, 1 au diabète, 1 à la sclérose labyrinthique.

Expérimentalement, Pallestrini n'a pu reproduire cette réaction paradoxale qu'à l'aide d'une anesthésie cocaïnique du labyrinthe.

Il en conclut que la réaction dépend d'une altération de l'appareil acoustique qui serait insensible à la faible excitation calorique. Il admet la possibilité, non vérifiée, d'une transformation pathologique des liquides de l'oreille.

IV. PHARYNX. ŒSOPHAGE

L'abcès ou phlegmon péri-amygdalien ne serait-il qu'une simple collection purulente du voile du palais? (Kowler. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 21, p. 662.) — Le phlegmon dit péri-amygdalien est en réalité une collection dans le voile. L'auteur rapporte deux observations, dont l'une personnelle, d'abcès péri-amygdalien après tonsillectomie qui démontrent pleinement l'individualité propre de cette affection, en dehors de la pathologie amygdalienne. Il élimine également le récessus palatin, en insistant sur la nécessité de chercher le pus dans le voile du palais. Moulonguet et Perrier sont également de cet avis.

Tuberculose du pharynx. (J. Despons. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 6, p. 193.) — Généralement secondaire à une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, elle atteint le plus souvent l'homme adulte. Cinq formes cliniques :

1° *Forme miliaire.* — *Tuberculose aiguë* (granulie pharyngo-laryngée d'Isambert).

Tuberculose suraiguë (forme angineuse de Letulle). — Ulcérations profondes. Volumineuses adénopathies cervicales douloureuses, propagation au larynx, évolution terminale en quelques jours).

Tuberculose subaiguë (Gougenheim). — Les granulations rétrocèdent, se cicatrisent, mais peuvent se réveiller.

2° *Forme caséeuse chronique.* — Description classique.

3° *Forme sclérémateuse.* — Voile et piliers indurés, indolents. Nasonnement.

Le pronostic est celui des lésions primitives.

4° *Forme larvée de la tuberculose des amygdales.* — Primitive en apparence, type hypertrophique. Evolution par poussées avec réaction ganglionnaire.

5° *Lupus du pharynx.* — Extension au pharynx d'un lupus voisin. Evolution extensive et mutilante.

Le diagnostic est facile, puisque secondaire; il peut s'aider du laboratoire.

Le traitement local, dans les formes torpides, est la galvano-cautérisation, la diathermie, les rayons ultraviolets.

Chirurgie de l'œsophage. (F. Papin. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 9, p. 297.) — 1° *Chirurgie indirecte.* — *Gastrostomie* précoce dans le cancer de l'œsophage, pour le cathétérisme rétrograde dans les sténoses.

2° *Chirurgie directe.* — a. *Œsophage cervical.* — Œsophagotomie externe par corps étrangers enclavés, phlegmons péri-œsophagiens, diverticules de l'œsophage.

b. *Œsophage thoracique.* — Est restée dans le domaine expérimental.

c. *Œsophage diaphragmatique* (opération de Grégoire) pour le phrénospasme ou le mégaœsophage.

3° *Création d'un nouvel œsophage.* — Œsophagoplastie, soit par tunnel cutané, soit par transplantation intestinale (Roux).

La gastrostomie dans la sténose œsophagienne pour tumeur maligne. Gastrostomie à siphon. (Canestro-Corrado. *Revue de laryngol.*, 1927, n°s 15 et 16, p. 521.) — Canestro-Corrado, tout en reconnaissant la valeur palliative, insiste sur la gravité de cette intervention. L'incontinence de la fistule dans les premiers jours de l'intervention est un facteur de gravité.

L'auteur, pour éviter cet accident, recommande son procédé. Il incise sous les fausses côtes, fistulise selon le procédé de Witzel, mais fait sortir la sonde au travers et une boutonnière creusée dans le cartilage costal entre la VIIe et la VIIIe côte. La boutonnière cutanée est située un peu au-dessous. De cette façon s'établit un trajet en siphon qui, logiquement, doit garantir la continence.

Canestro-Corrado a utilisé cette technique une fois avec succès.

V. LARYNX

De l'hémorragie sous-muqueuse des cordes vocales. Pathogénie. Pronostic. (E. Escat. *Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1927, p. 1081.) — Escat considère le coup de fouet du larynx comme le résultat d'une rupture vasculaire sous-muqueuse. Il invoque en faveur de cette pathogénie :

1° La rapidité de la résolution en dix à douze jours;

2° La restitutio ad integrum de la fonction vocale en quelques semaines;

3° La précession habituelle d'un état inflammatoire;

4° La coïncidence fréquente d'un état menstruel;

5° La disposition d'un réseau artériel capillaire très développé sous la muqueuse des cordes vocales.

Le pronostic est comme toujours cas d'espèce. Il doit être réservé, mais Escat considère que dans la majorité des cas il est favorable.

Croup primitif et faux croup par corps étranger dans le tube laryngo-trachéal. (Girolamo Pansini. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 20, p. 611.) — Les signes classiques sont insuffisants pour différencier les laryngosténoses croupales des laryngosténoses par corps étranger.

L'anamnèse fait le plus souvent défaut.

Les manifestations laryngées peuvent n'apparaître que plusieurs jours après l'inhalation du corps étranger.

La toux rauque et la voix éteinte peuvent se rencontrer dans les corps étrangers.

Les lésions diphtériques du pharynx ne coexistent pas fatalement avec le croup. L'examen bactériologique n'a pas de valeur absolue : un porteur de germes peut inhaler un corps étranger.

L'auteur, de deux observations, conclut à la difficulté où l'on est souvent de trancher ces diagnostics, aucun élément de certitude existant en dehors des anamnestiques, lesquels sont souvent très difficiles à obtenir avec précision.

Effets favorables du pneumothorax sur les laryngites tuberculeuses. (J. Rozier [de Pau]. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 13, p. 443.) — Le pronostic de la laryngite bacillaire ne dépend pas tant des lésions locales que de l'état général et des lésions pulmonaires.

La tuberculose du larynx diminue de fréquence avec l'amélioration de la thérapeutique pulmonaire. En particulier le pneumothorax, supprimant la toux et diminuant l'expectoration, a non seulement une action bienfaisante sur les lésions laryngées constituées, mais encore une influence protectrice contre l'inoculation d'un larynx jusque-là indemne.

Quatre cas de tuberculose laryngée infantile guéris par le pneumothorax artificiel. (H. Caboche. *Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1927, p. 445.) — Quatre enfants de treize à quatorze ans ont été suivis par Caboche pour des lésions laryngées secondaires à des lésions pulmonaires dûment caractérisées cliniquement et bactériologiquement. Chez ces malades, un pneumothorax institué a amené une amélioration simultanée des lésions pulmonaires et laryngées.

Un cas a présenté secondairement une hémoptysie foudroyante due à une lésion de l'autre poumon.

Traitement photothérapique de la tuberculose du larynx. Traitement spécial par bains de lumière chimique, artificielle, combinés avec un traitement chirurgical endolaryngé. (Ove Strandberg. *Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1927, p. 653.) — Strandberg, à défaut de soleil, préconise les lampes à arc de charbon, donnant un spectre continu, riche en rayons ultraviolets à longues ondes, mais également en rayons rouges et infrarouges.

Après avoir donné des indications techniques sur les meilleures lampes et leur utilisation, Strandberg envisage l'application.

La durée doit être au début de cinq minutes et augmente progressivement de dix à quinze minutes tous les deux jours jusqu'à deux heures et demie.

Les applications seront d'autant plus prudentes que le malade présente des lésions en évolution.

La durée du traitement est de six à dix mois.

L'enrouement disparaît le plus souvent, les douleurs sont calmées. Dans un tiers des cas, Strandberg a constaté la disparition des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Les lésions strictement endolaryngées comportent un pronostic meilleur que les lésions pharyngo-laryngées.

Cancer du larynx et tuberculose. (J. Chaband. *Revue de laryngol.*, 1927, n° 19, p. 585.) — Chaband attire l'attention sur cette hybridité d'un pronostic redoutable.

Le diagnostic en est particulièrement difficile, et la biopsie est un secours précieux mais non absolu.

Le pronostic est d'autant plus important qu'il contre-indique toute intervention chirurgicale.

Laryngo-glossectomie pour cancer. (Jorge Leyro Diaz. *Arch. intern. de laryngol.*, janv. 1928, p. 5.) — Leyro Diaz associe à la laryngectomie la pharyngotomie transhyoïdienne.

Il trace une incision en H couché sur laquelle il branche en haut une incision médiane allant jusqu'à la pointe du menton.

Après dissection du larynx et hémostase soigneuse, il incise le raphé mylo-hyoïdien, sectionne l'os hyoïde qu'il écarte avec l'hyoglosse. Il infiltre à la novocaïne la masse musculaire de la langue.

Il sectionne alors la trachée et relève le larynx de bas en haut.

Il ouvre le pharynx au niveau de l'orifice du larynx, et par

traction expose largement la base de la langue qu'il résèque à la demande. Suture soigneuse. Fermeture de la brèche pharyngée et suture cutanée sur mèche ainsi que le fait voir la figure n° 7 de cet article largement illustré.

Un cas traité par l'auteur a donné un résultat splendide. Le malade, opéré le 29 décembre 1925, sort de l'hôpital le 3 février 1926, se nourrissant normalement. Il a même déjà acquis une voix pharyngienne.

DIVERS

LXe Congrès annuel de la Société américaine d'otologie (New-York, 20-21 mai 1928). Président : docteur Arthur B. Duel (de New-York.) — Le rapport du docteur E.-A. Crockett. Boston constitue surtout une prise de date. L'auteur en effet étudie l'*action de l'hormone parathyroïde sur le métabolisme du calcium*.

En ce qui concerne l'otosclérose, Crockett relate la difficulté à laquelle on se heurte. Il ne faut pas en effet s'adresser à des otoscléreux anciens, mais à des jeunes gens de seize ans au plus chez lesquels les troubles ne remontent pas à plus de deux ou trois ans. Il recherche également des enfants de cinq à neuf ans, des fillettes à hérédité otoscléreuse qu'il désire observer pendant six semaines dans son service.

La commission d'étude de l'otosclérose a préparé un questionnaire destiné à être adressé à tous les otologistes américains.

Morphologie de la capsule labyrinthique chez les otoscléreux. (Norval H. Pierce, M. D. Chicago.) — Après une étude de l'anatomie normale de la capsule osseuse du labyrinthe, l'auteur étudie cette capsule chez les otoscléreux. Il attire l'attention sur deux points particuliers :

1° La lésion caractéristique de l'otosclérose est nettement reconnaissable;

2° Elle occupe des points bien définis.

La lésion à un examen rapide se présente sous l'aspect d'une thrombose d'un vaisseau terminal.

Elle siège électivement en avant de la platine de l'étrier. Cette région (zone de Cozzolino), présente des caractères qu'on ne retrouve en aucun autre point de la capsule labyrinthique.

Elle présente en effet une zone cartilagineuse avec dépôt de tissu conjonctif appelé par Siebenmann « fissura ante fenestram ». Cette fissure est un vestige d'une suture permanente chez les amphibiens chez lesquels cette capsule est constituée par trois os appelés par Huxley, *pro-otic*, *episthotic*, et *epiotic*. C'est là que siège la lésion initiale de l'otosclérose. Mais au cours de l'évolution la lésion s'étend tout autour de la platine de l'étrier dont les mouvements sont de plus en plus limités. Dans les cas avancés, les lésions sont très étendues, et se remontrent ailleurs au niveau de la cochlée, de la paroi vestibulaire, ou des canaux semicirculaires.

La disposition de ces lésions s'oriente autour des vaisseaux nombreux des centres d'ossification. A mesure que les études embryologiques se sont poursuivies le nombre de ces centres s'est accru de 3 à 8 (Huxley-Vrolik-Perozzi, Siebenmann, Witmak, Kosokabe). Pierce d'ailleurs reconnaît qu'il est prématuré de conclure actuellement, car il faudrait connaître les lois biochimiques de l'ossification.

Pierce a essayé en vain de reproduire expérimentalement l'otosclérose, il doute que ce soit possible. La capsule otique des animaux de laboratoire diffère de celle de l'homme. L'étude de la distribution vasculaire, permettant de tenter des injections, est encore à faire. Dans son laboratoire, il a essayé, d'administrer des doses hypotoxiques de « fluorine » et de supprimer les vitamines « D ». Chez des poissons, des lapins, des cobayes, des rats, il a obtenu des lésions analogues à celles de l'otosclérose.

La circulation de l'endolymphe. (Stacy R. Guild.) — Après ouverture de l'oreille moyenne d'un cobaye, on fore à la mèche en deux points le canal cochléaire du labyrinthe membraneux, au-dessus des premier et deuxième tours de spire. A l'aide d'une pipette capillaire on pousse par l'un des orifices un mélange, de ferrocyum de K et de citrate de ferroammonium. Un tour de spire du canal cochléaire se trouve rempli par ce liquide, sans élévation de pression, ni force.

Les orifices sont fermés à l'aide de ciroplastique chirurgicale.

L'animal est sacrifié après un temps variant de quarante-cinq minutes à quarante-quatre heures après l'injection. Le liquide introduit se précipite en grains bleu de Prusse à l'aide d'un fixateur-acide. On pratique des coupes sériées de labyrinthe et on détermine la localisation des grains de bleu de Prusse. Sur 16 des 20 pièces examinés le bleu de Prusse fut retrouvé dans la lumière du sac endolymphatique et même en certains points limités de sa paroi.

Trois des cas négatifs relèvent d'animaux sacrifiés quarante-cinq minutes, deux heures et quatre heures trois quarts après l'injection. Que le liquide injecté soit passé du canal cochléaire, dans le canal reuniens, puis dans le saccule pour gagner le canal endolymphatique, c'est ce qui résulte avec évidence des coupes sériées.

Au point de vue de son revêtement épithélial, le sac endo-lymphatique du cobaye, présente trois portions distinctes :

a. *Portion proximale*, élargissement du canal endolymphatique, la portion dilatée de ce canal, située dans la fente osseuse est recouverte d'un épithélium de transition, augmentant progressivement de hauteur.

b. *Portion intermédiaire* (à l'orifice de aqueduc du vestibule). Caractérisée par un revêtement d'épithélium cylindrique. Il présente des cryptes dont le fond pénètre jusqu'au riche réseau vasculaire basal.

c. *Portion distale* (dans la paroi durale du sinus transverse). La paroi de cette portion est revêtue d'un épithélium squameux, reposant sur un stroma conjonctif dense où ne circulent que de rares variscaux.

Dans la lumière du sac on a trouvé des cellules de types divers et d'origine indéterminée. Seule, la paroi de la portion intermédiaire a pu permettre le passage des grains de bleu de Prusse dans la paroi du sac endolymphatique. En plus, toute lésion de la paroi dans cette zone, se traduit par une distension de tout le labyrinthe membraneux.

L'obstruction du canal endolymphathique se traduit par la distension du seul sac endolymphatique.

L'occlusion du canalis reuniens détermine une distension du canal cochléaire.

L'auteur attire l'attention dans l'autonomie apparente de la circulation endolymphatique utriculo-canaliculaire.

Développement, ossification de la capsule labyrinthique de l'homme. (Professeur T. H. Bast, Wisconsin). — Etude de coupes embryonnaires, et surtout de reconstitutions. Les conclusions sont les suivantes :

L'ossification n'apparaît que sur l'embryon d'au moins 125 millimètres.

Elle commence autour des orifices d'entrée des nerfs :

1° Ampoule du canal semi-circulaire postérieur.

2° Ampoule des canaux vertical et latéral.

3° La cochlée.

Elle se fait ensuite autour de la fenêtre ronde et se termine au niveau de la fenêtre ovale, où persiste longtemps une aire « cartilagineuse » (??)

[En réalité, ainsi que le fait remarquer Brunner (Vienne), il ne s'agit pas de cartilage vrai, mais d'os chondral. Cet auteur précise que d'après les travaux de l'école viennoise, le

canal endolymphatique s'ouvre non pas exclusivement dans la saccule, mais dans la jonction sacculo-utriculaire (1)].

Interprétation théorique des tests d'exploration classiques de l'audition. (Ed. Prince Fowler, New-York.) — Trois facteurs interviennent dans l'audition tant nerveuse que osseuse : l'*inertie*, l'*élasticité* (du système transmetteur, le *frottement*). — L'auteur étudie l'audition chez des sujets, d'abord à l'état habituel puis, après modification de l'un de ces facteurs. (Il fixe à la cire de petits plombs de chasse, en des points déterminés de la membrane tympanale). Il note les modifications de perception dans la position verticale et dans la position horizontale. Il note ces trois auditions sur un graphique, qui montre d'une façon objective l'importance de l'attitude.

Celle-ci nous semble-t-il influe surtout sur les zones extrêmes du champ auditif.

Le problème de la surdité progressive. *L'espoir de sa solution par des recherches méthodiques* (H. S. Pritchett, New-York.) — L'auteur insiste sur la nécessité d'une collaboration étendue. Chacun ne pouvant étudier complètement qu'un nombre limité de cas, il est indispensable de grouper les résultats.

Son importance au point de vue social et de l'éducation. (E. E. Bronn, New-York.)

Le point de vue otologique. (Edw. Bradfort, *Deuch.* New-York.)

La parole visible. Etude du langage et de la représentation graphique des vibrations de la parole. (Max. A. Golstein, Saint-Louis.) — L'auteur rappelle l'importance attachée de toute antiquité à une prononciation correcte. Il rappelle que si certains caractères dérivent de la reproduction succincte et de plus en plus simplifiée d'objects, d'autres dérivent de la schématisation de la position à donner, à la langue, aux dents, pour une articulation correcte (laquelle était considérée dans les civilisations antiques comme revêtue d'un caractère sacré).

Ces procédés de schématisation sont demeurés dans l'enfance pendant de nombreux siècles. Gols rappelle en effet les ingénieuses représentations graphiques de Jean de Tournes (Lyon, 1578), Helmont (1667). Rambaud (1756).

Il faut arriver aux expériences de Melville Bell et de son fils Graham Bell, pour assister à une étude véritablement scientifique des vibrations sonores, leur figuration, leur reproduction.

Léon Scott, de Paris (1856) avait le premier inventé un « Phone autographe ».

La capsule manométrique de Kœnig et l'étude des vibrations sur un miroir tournant marquaient déjà un énorme progrès.

M. Goldstein rappelle ensuite les travaux de Graham Bell en 1874, puis les recherches d'inscription graphique de Blacke (Boston). Celles-ci furent facilitées par l'utilisation du tambour de Marey du Collège de France.

Zwaardemaker emploie pour l'enregistrement de l'articulation quatre tambours de Marey qu'il fixe : à la lèvre supérieure, à la lèvre inférieure, sur le menton et en face du thyroïde. Les procédés d'inscription électrique du phonographe et du gramophone constituent un nouveau progrès.

En 1925, Crondall et Sacia, du Laboratoire de recherches du téléphone Bell, trouvaient l'enregistrement sur film des paroles.

L' « osiso », mis au point par M. Joseph W. Leeg, est basé sur ce procédé d'enregistrement d' « oscillogrammes » ou osisogrammes. On conçoit l'intérêt que présente cette découverte pour l'éducation des sourds-muets, à une articulation correcte des sons.

En effet, Leeg a, dans ce but, réalisé un appareil à double enregistrement, l'un, du son émis par le professeur, l'autre, du son émis par l'élève. La comparaison des osisogrammes rend objective pour celui-ci l'incorrection de son articulation et peut lui servir à se modifier jusqu'à la correction absolue.

C'est là une première étape, la principale, franchie dans ces recherches. Elle permet d'espérer la réalisation pratique d'une éducation des sourds-muets au langage correct.

Tuberculose de l'oreille moyenne. (Franck R. Spencer. Boulder, Colorado.) — De cette Revue générale qui reproduit les opinions classiques, nous ne retiendrons que le traitement :

Spencer recommande l'antisepsie, la glycérine phéniquée à 10 p. 100, le mercurochrome à 2 p. 100.

La chirurgie intervient pour enlever les séquestres et parer aux complications de surinfection.

L'*héliothérapie* constitue le meilleur des traitements conservateurs. S. J. Chapmann a imaginé un auriscope solaire. L'exposition est d'une demi-minute la première semaine et on augmente progressivement la durée pour arriver à vingt minutes.

Explication du phénomène de la paracousie de Willis. (G. E. Schambaugh, Chicago.) — L'auteur arrive aux mêmes conclusions qu'Escut, à savoir que le fait que les sourds par ankylose stapédienne entendent plus clairement dans le bruit, n'est qu'une apparence due à ce fait que l'oreille malade est mieux protégée qu'une oreille saine contre les bruits parasites.

L'influence de l'otite aiguë chez l'enfant sur certains troubles organiques et l'influence de certains troubles organiques sur les indications thérapeutiques d'une otite aiguë coexistante. (L. W. Dean-Iowacity.) — Les conclusions de cette étude insistent sur la collaboration intime du pédiatre avec l'auriste.

Le refus d'alimentation, la déshydratation, la diarrhée, l'amaigrissement peuvent être des indications soit à une myringotomie soit à une trépanation mastoïdienne.

L'infection des sinus paranasaux peut donner lieu à des troubles similaires excepté peut-être la syncope mortelle, il ne faut donc porter le diagnostic d'otite qu'autant qu'il en existe un signe objectif.

Dès que le diagnostic d'otite est posé, l'exploration mastoïdienne s'impose.

Mais lorsqu'il y a coexistence de sinusite et d'otite, il faut traiter les deux car il est souvent très difficile de discerner à laquelle ressortit le trouble organique.

LIVRES NOUVEAUX

L'Insuffisance respiratoire nasale (1), par les docteurs G. Worms, professeur au Val-de-Grâce, et M. Bolotte, médecin-major de 1re classe au Val-de-Grâce.

L'insuffisance nasale ne tient pas encore dans les préoccupations médicales une place en rapport avec son importance réelle.

Les auteurs consacrent à ce vaste chapitre de pathologie générale un ouvrage substantiel et d'un grand enseignement, où se trouvent condensées en une véritable synthèse toutes les notions qui s'y rapportent.

Par la manière large et compréhensive dont il est conçu, ce

(1) Ne les ayant pas vus mentionnés, nous signalons les remarquables travaux de H. P. Chatellier, sur ce même sujet en 1924. Ses remarquables reconstitutions d'embryons sont donc confirmées par les travaux viennois.

(1) In-16 de 320 pages avec figures. — Prix : 25 fr. ; franco, 27 fr. ; étranger franco, 29 fr. — Paris, A. Legrand,

livre pourrait servir d'introduction à l'étude de la rhinologie moderne.

Il est composé de manière à être également accessible au grand public médical.

Aucun médecin ne saurait aujourd'hui se désintéresser des conséquences d'une infirmité dont l'étude entraîne bien vite hors du terrain de la spécialité pure vers les domaines les plus divers et dont la méconnaissance est la source de méprises et d'erreurs fréquentes en clinique courante.

Etiologie de l'insuffisance nasale, liens physiologiques, rapports morbides des premières voies respiratoires avec les différentes régions de l'organisme, tous ces côtés du problème sont passés en revue.

Le polymorphisme de l'insuffisance nasale et son évolution insidieuse font qu'elle peut rester longtemps méconnue ou mal appréciée. Aussi les auteurs consacrent-ils l'un des principaux chapitres aux indications fournies par les divers moyens d'exploration physique et surtout fonctionnelle des premières voies respiratoires qui doivent contribuer à établir sur des bases rationnelles et précises son existence et sa cause. Ils passent au crible d'une critique sévère et sûre la plupart des procédés employés pour la recherche de l'insuffisance respiratoire et tirent de leurs recherches personnelles une technique simple et pratique qui permet, en face d'une insuffisance respiratoire donnée, de faire le départ entre les phénomènes d'origine thoraco-pulmonaire et ceux qui relèvent directement d'un vice de fonctionnement nasal.

La méthode originale de Beyne (rhinomanométrie postérieure) est, en particulier, décrite avec tous les développements qu'elle mérite.

Les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre pour rétablir les conditions favorables à une respiration physiologique ne sont pas toujours simples; ils requièrent parfois la collaboration du rhinologiste, du stomatologiste, du médecin général, du physiothérapeute.

Le dernier chapitre est consacré à l'exposé des grands principes directeurs qui doivent présider au traitement des diverses modalités de l'insuffisance nasale chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte, ainsi qu'à celui de la rééducation respiratoire qui doit en être le complément indispensable.

Devant l'évidence des dangers que fait courir — mais plus particulièrement à l'avenir des enfants, une mauvaise respiration nasale, il y a gros intérêt pour les praticiens à avoir à leur portée un livre documenté, clair et précis sur cette question, dont il serait superflu de souligner l'importance sociale.

L. G.

Le Syndrome entéro-rénal aux stations hydrominérales françaises (1), par MM. Aine (de Châtel-Guyon), Cottet (d'Evian), Goiffon (de Paris et Vichy), Mazeran (de Châtel-Guyon) et Schneider (de Contrexeville).

Pour ce travail, proposé par la Société d'hydrologie pour sa séance solennelle du 19 mars 1928, les rapporteurs ont été choisis en tenant compte de la compétence spéciale qu'ils avaient pu acquérir dans les différentes stations répondant aux indications principales du traitement hydro-minéral de ce syndrome.

On y trouvera la mise au point de la question des infections urinaires d'origine intestinale, envisagées surtout du point de vue clinique, telles qu'on les observe aux stations thermales, c'est-à-dire dans leurs manifestations atténuées et chroniques. Ils ont tout naturellement insisté sur le traite-

(1) In-8 carré de 74 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

ment hydro-minéral de ces affections, et faisant état, d'une part des troubles intestinaux, et d'autre part des troubles urinaires, ils ont formulé les grandes indications résumées à la fin en un tableau clinothérapique. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

MASTOÏDITES AIGUES

SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

L'*ostéite aiguë* de la mastoïde est la complication majeure de l'*otite moyenne purulente aiguë*.

Le plus souvent, elle survient au cours d'une otite *grave* avec *rétention* et relève de l'insuffisance de l'écoulement du pus auquel peuvent faire obstacle : l'obstruction du conduit auditif externe, l'étroitesse de la perforation du tympan.

Plus fréquentes au cours de certaines *épidémies*, les mastoïdites s'observent surtout chez l'*adulte jeune*.

Il est capital de les *diagnostiquer précocement* pour les opérer précocement. De nombreuses et très graves *complications*, qu'expliquent les rapports anatomiques, justifient la nécessité d'un diagnostic *sûr*, d'une chirurgie *prudente*.

CLINIQUE

Type de description. — Mastoïdite aiguë, survenant chez un adulte jeune, après huit à dix jours d'otite aiguë.

I. **Début**. — *a*. Le plus souvent **progressif**, marqué par la *reprise* ou l'*exagération* de la *douleur spontanée*, allant de la simple céphalée avec pesanteur de tête jusqu'à l'hémicranie atroce, surtout nocturne. La douleur ne fait jamais défaut et s'accompagne d'insomnie, de *fièvre* légère mais qui augmente, et d'un *malaise général*.

Le début est donc le plus souvent *insidieux*, *progressif*.

b. Rarement brusque, sauf chez l'enfant, avec céphalée très violente, vomissements, fièvre.

c. L'écoulement par le conduit auditif externe peut :

1° Soit cesser ou diminuer (par obstacle à l'évacuation du pus);

2° Soit redoubler d'intensité;

3° Soit rester de même abondance, mais changer de teinte.

d. Signes physiques. — 1. L'*inspection* ne révèle rien, ou un œdème léger de la région mastoïdienne.

2. La *palpation* faite *méthodiquement*, et *par comparaison* avec l'autre côté, révèle un signe très important : **la douleur provoquée**.

a. Elle peut être très marquée, ou simplement révélée par la mimique.

b. *Elle siège* à l'*antre*, mais *surtout à la pointe*. Il faut cependant savoir que dans l'otite au début et non compliquée, ces mêmes points douloureux peuvent s'observer.

3. L'*otoscopie* permet l'examen du *tympan* qui peut :

1° *Bomber*. — Et, dans ce cas, une paracentèse large peut calmer tous les symptômes.

2° *Etre perforé*, laissant passage à un écoulement abondant.

En présence d'un tel tableau clinique, *il ne faut pas se hâter* : on peut *encore espérer* qu'un bon drainage par le conduit auditif, et les pansements humides chauds, amèneront la *sédation des accidents*. Si la douleur et la fièvre persistent ou s'accentuent, le malade va passer à la période d'état.

II. **Etat**. — *a*. Signes fonctionnels. — 1. **La douleur spontanée** est un *signe capital*. Elle est *constante*, *pulsatile*, *résistante* aux analgésiques habituels, et plus violente pendant la *nuit*, entraînant l'**insomnie**, *symptôme d'une importance extrême*. Elle *siège* essentiellement dans la région de l'antre, irradiant vers les régions temporale, occipitale, vers la pointe, et parfois vers les mâchoires et les dents. Elle est parfois plus diffuse et sans maximum net.

2. **L'écoulement de pus**. — Reste, au point de vue quantitatif, ce qu'il était à la période du début. Ce n'est pas du muco-pus, mais du *pus vrai*, parfois sanguinolent, rarement fétide.

b. Signes généraux : **très variables**.

1. Tantôt *très marqués*, surtout chez les sujets jeunes, avec fièvre élevée, vomissements, vertiges, phénomènes nerveux allant de l'excitation à la dépression avec somnolence.

2. Tantôt *très atténués* : simple fièvre vespérale à 38°, 38°5, avec anorexie, insomnie, langue saburrale.

c. Signes physiques. — On examinera le malade *méthodiquement*, en *comparant* les deux côtés, et en se plaçant *derrière lui* pour observer les deux oreilles à la fois.

Deux signes capitaux :

1. La *douleur provoquée*, symptôme constant;
2. Le *gonflement rétro-auriculaire*, symptôme inconstant.

Pratiquement, trois éventualités sont fréquentes :

a. *Tantôt la douleur provoquée existe seule*, réveillée par la pression et la percussion de toute la région mastoïdienne, non seulement de l'antre et de la pointe, mais essentiellement du **bord postérieur de la mastoïde**. Cette dernière localisation *impose le diagnostic*.

b. *Tantôt la douleur existe avec de l'empâtement sans gonflement*, peau épaisse, peu mobile, mastoïde comme soufflée.

c. *Tantôt il y a douleur et gonflement rétro-auriculaire*. — Le pavillon de l'oreille est écarté, repoussé en dehors, le sillon rétro-auriculaire est effacé. A sa place, les téguments sont rouges, infiltrés, œdématiés, prenant le godet.

1° *Examen otoscopique*. — Nous avons vu, à la phase de début, les modifications possibles du tympan. Elles restent les mêmes ici, mais, à la période d'état, on peut parfois constater un *signe pathognomonique* : le bombement ou la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif dans son *segment osseux*.

2° *Examen acoumétrique*. — Montre la diminution de l'acuité auditive à la voix et à la montre.

3° *La radiographie*, si elle était pratiquée, mettrait en évidence la destruction des cloisons intercellulaires avec disparition des espaces clairs remplacés par une teinte grisâtre uniforme.

ÉVOLUTION

La persistance ou l'augmentation de la douleur spontanée ou provoquée et de la fièvre font poser le diagnostic de mastoïdite aiguë.

Dans la règle, l'*intervention chirurgicale* doit suivre le diagnostic et amènera la guérison.

Si elle n'est pas opérée à temps, la suppuration tend à s'*extérioriser*. Il se forme un abcès sous-périosté, puis sous-cutané. Les signes généraux et fonctionnels diminuent tandis que les signes locaux se précisent. La peau est rouge, tendue, fluctuante. L'abcès s'ouvre dans la région mastoïdienne, le conduit ou la région temporale. Et ainsi se constitue une mastoïdite chronique *fistulisée*, favorisée souvent par le mauvais état général, le terrain, et toujours susceptible d'entraîner de nombreuses complications, car l'ostéite continue son œuvre. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Ont obtenu le diplôme d'hygiène :

M. Dumoulin, mention très bien; MM. Julien, Moulinié, Placidi, Battle, mention assez bien; M. Bourgoing, Mme Gasquy, MM. Loucas, Daude, Tuset, Aubert, Destours, Mme Favier, MM. Tarral, Dumas, Jaubert.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — M. le docteur Duvernoy, professeur suppléant, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Besançon.

M. le docteur Volant, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

— Limoges. — M. le docteur Bourguignon, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale.

LA CROIX DE GUERRE POUR LES FACULTÉS DE MÉDECINE. — M. Mordagne, qui, dans l'*Information universitaire*, avait commencé une campagne pour l'attribution de la croix de guerre aux facultés de médecine, a reçu du ministre de la Guerre la lettre suivante :

Paris, 4 juillet 1928.

« Monsieur,

Vous avez appelé mon attention sur les titres de la croix de guerre de la Faculté de médecine de Paris.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le gouvernement a décidé de ne plus attribuer de citations collectives du genre de celle que vous envisagez.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de donner satisfaction à la demande que vous m'avez transmise en faveur de la Faculté de médecine de Paris, et je vous en exprime tous mes regrets.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le ministre de la Guerre,
Pour le ministre et par son ordre,
le directeur du cabinet civil,
MARTINIE. »

La même lettre a été adressée à M. le Doyen et ..... le lendemain, si nous ne nous trompons, la croix de guerre a été attribuée à l'Ecole d'hydrographie, au Havre! La question sera reprise.

LA LIGUE BELGE CONTRE LE RHUMATISME s'est réunie le jeudi 12 juillet, à 5 h., à la Fondation universitaire, sous la présidence du professeur R. Verhoogen.

Les statuts de la Ligue ont été approuvés.

La Ligue poursuit différents buts : l'étude sociale et scientifique du rhumatisme et son traitement, tant dans des établissements agréés par la Ligue que dans les villes d'eaux belges et étrangères. La Ligue assumera elle-même les frais de ces différents traitements pour les malades indigents et peu aisés sur décision de deux membres du Comité statuant pour chaque cas particulier.

Le Comité de la Ligue siégera pour quatre années et sera rééligible par moitié pour les deux ans.

A côté du Comité de la Ligue sera créé un Comité de patronage comprenant des personnalités officielles et des donateurs, et un Comité scientifique pour lequel on demandera des délégués aux quatre universités du pays, aux services d'hygiène et au Service de santé de l'armée.

Les buts de la Ligue exigeront des ressources importantes. Un échange de vue eut lieu en vue de la création de celles-ci, Prirent part à la discussion : MM. Verhoogen, Gunzburg, Michez, Férond, Wilmaers. Il fut décidé que des subsides seraient demandés à certains organismes officiels et privés.

L'assemblée procéda ensuite à la désignation du Comité définitif qui fut élu comme suit :

Président : docteur Verhoogen; vice-président : docteur de

Nobele (de Gand); secrétaire général : docteur Gunzburg; secrétaire adjoint : docteur Michez; membres : docteurs de Munter (de Liége) et Férond; délégué aux séances de la Ligue internationale : docteur Gunzburg.

L'assemblée s'occupa ensuite des divers points suivants : Participation de la Ligue aux Acta-Rhumatica.

Création d'une bibliothèque et échange d'ouvrages entre les membres.

Propositions en vue des différents rapports scientifiques à la prochaine assemblée générale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Robineaud (de Bordeaux), H. Clément (de Lyon) et sir Dawson Williams, directeur du *British medical Journal*.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

4° Recherche du pH et de la réserve alcaline : Indications. Technique et résultats.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Étude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Transfusion du sang (1 leçon). — Technique et indications. Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 8 octobre et seront terminés le 2 novembre 1928.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année, en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. Velter, professeur agrégé, et de MM. les docteurs Cousin, Favory, Veil, Kalt et Renard, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le mercredi 3 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis. de 14 heures à 16 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE (médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie sociale), sous la direction de M. le professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 15 octobre au 17 novembre 1928, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Bertoye, Boissel, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Favre, Gardère, Gaté, Collet, Mouisset, Mouriquand, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le droit d'inscription est de 150 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon jusqu'au 10 octobre 1928.

Le Comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le docteur Paul Courmont, 61, rue Pasteur, Lyon.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER bail maison de santé installée, 24 chambres de malades grand luxe, admir. sit. — S'adr. pour tous renseign. Dr Guillemonat, 47, boul. St-Michel, Paris, tél. Gob. 24-81.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS DU POUMON[1]

PAR MM.

Louis CORMAN et Louis BERGOUIGNAN
Interne en médecine Interne en chirurgie
des hôpitaux de Paris.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Diagnostic positif. — Si variable que soit la symptomatologie des abcès du poumon, elle comporte cependant d'une façon générale un groupement de signes fonctionnels et généraux qui constituent le syndrome de suppuration pulmonaire.

A la phase de formation, ce groupement est incomplet et nous avons vu que le diagnostic n'était habituellement pas posé.

A la phase ouverte, le syndrome est au complet et, associé à l'image radiologique, permet le diagnostic. Des recherches complémentaires sont souvent indispensables : la *recherche des fibres élastiques* dans le pus expectoré, la *ponction exploratrice*. Nous n'y reviendrons pas, mais nous insistons sur deux explorations d'acquisition récente :

La radiographie après injections intra-trachéale de lipiodol ;

La bronchoscopie.

Le radiodiagnostic lipiodolé fournit dans tous les cas des renseignements précieux :

Ou bien, résultat positif : dans la zone circulaire correspondant à l'abcès, les bronches ne sont pas injectées, la lésion se trouvant dessinée « en creux » ;

Ou bien, résultat négatif : des images diffuses de bronchectasie excluent l'abcès en expliquant le syndrome de suppuration.

Dans quelques cas plus rares, de petits abcès broncho-pneumoniques multiples peuvent se trouver injectés de lipiodol.

Si on a considéré d'ordinaire l'abcès du poumon, le gros abcès, comme non injectable par les bronches on a pu cependant, par la méthode du lipiodol lourd et léger, et surtout en s'aidant de la bronchoscopie, réussir l'injection de la cavité.

La bronchoscopie, pratiquée par les américains, leur a permis des diagnostics précis, et s'est montrée dans quelques cas un bon moyen de traitement.

Le diagnostic positif d'abcès étant posé, il importe d'en connaître la cause et le germe. L'examen des crachats, et surtout l'examen du pus retiré par ponction, fournit le microbe en cause, parfois aussi l'hémoculture, dans les formes septicémiques.

Diagnostic différentiel. — Nous limitons son étude aux suppurations de l'appareil pleuro-pulmonaire, qui posent seules des problèmes délicats. Trois ordres de suppurations peuvent simuler l'abcès du poumon :

Les suppurations bronchiques,

Les suppurations pleurales,

Les autres suppurations pulmonaires.

I. — Les SUPPURATIONS BRONCHIQUES posent des problèmes particulièrement difficiles à résoudre, de par l'intrication fréquente des lésions bronchiques à l'abcès du poumon.

Les bronchorrées aiguës ou *bronchites suppuratives*, séquelles de broncho-pneumonie surtout grippale, ont des signes fonctionnels et généraux très voisins. A la radio, on constate une zone sombre, diffuse. Il n'y a pas de fibres élastiques dans les crachats.

Le radiodiagnostic lipiodolé est nécessaire.

Certaines bronchites fétides à spirochètes simulent de près l'abcès gangréneux, mais, à la radio, on ne trouve qu'un épaississement des traînées vasculaires du hile.

Les bronchorrées chroniques posent des problèmes analogues.

II. — Les SUPPURATIONS PLEURALES ENKYSTÉES imitent si bien l'abcès du poumon que l'on s'y est mépris longtemps. D'après Dieulafoy, la constatation d'un syndrome physique suspendu chez un malade présentant des signes fonctionnels et généraux de suppuration, suffisait à faire affirmer la pleurésie interlobaire. Et, plus récemment, on l'affirmait d'autant plus volontiers qu'à la radio, l'on constatait une ombre en bande ou fuseau transversale. Les études récentes, l'exigence d'un contrôle chirurgical et surtout nécropsique, ne semblent pas avoir vérifié ces assertions. Le syndrome suspendu n'indique que la localisation juxta-scissurale de la lésion, rien de plus et, du moins au cours de ces dernières années, il s'est trouvé beaucoup plus souvent dû à un abcès du poumon qu'à une pleurésie interlobaire.

Les deux meilleurs signes qu'on puisse invoquer à l'heure actuelle en faveur de cette dernière, rare à la vérité, sont : d'une part l'abondance considérable du pus retiré par ponction ou incision ; d'autre part, l'ombre radiologique en fuseau lorsque le malade est en oblique.

III. Les SUPPURATIONS PULMONAIRES non collectées, peuvent être aussi confondues avec l'abcès. Ainsi, l'hépatisation grise, la pneumonie disséquante, toutes deux découvertes d'autopsie.

De même, le kyste hydatique suppuré, très rare, reconnu à la présence de vésicules mortes dans l'expectoration.

Surtout essentiel est le diagnostic avec les suppurations tuberculeuses, mais il n'est besoin que d'un signe pour les différencier : la recherche du bacille de Koch.

IV. Reste enfin le diagnostic entre les abcès gangréneux et la gangrène aiguë. Nous avons vu sur quels caractères bactériologiques et cliniques il reposait. Il ne peut pas toujours être fait avec certitude, des formes de transition existant entre ces deux maladies.

TRAITEMENT

Les auteurs sont très divisés sur le traitement qu'il faut appliquer aux abcès du poumon. Dans tel

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 57, p. 1013.

cas déterminé, les partisans du traitement médica et ceux de l'intervention ont leurs arguments, souvent tirés d'ailleurs de l'*impression* d'une *série* plus ou moins favorable.

Le problème thérapeutique ne se pose guère qu'après l'ouverture de l'abcès dans la bronche. Il peut être formulé en ces termes : *le drainage spontané a-t-il ou non chance d'amener la guérison.*

Traitement médical. — La relative fréquence des cas curables, sur laquelle nous avons insisté déjà, légitime la temporisation et la mise en œuvre d'une thérapeutique médicale : la stérilisation du foyer infecté et l'évacuation du pus.

Le *postural drainage* des américains, plaçant le malade dans une position qui facilite l'évacuation par la bronche, est sans doute efficace dans la plupart des cas.

C'est également à ce résultat que vise le *pneumothorax artificiel*, mais cette méthode, qui a fourni de beaux succès, n'est pas sans danger, Elle est surtout applicable aux abcès profonds, voisins du hile, communiquant bien avec la bronche. Dans les autres cas, il faut craindre (plusieurs observations l'ont bien montré) la rupture d'une adhérence pleurale capable d'amener la dechirure de la poche et de déterminer un pyopneumothorax mortel.

A combattre la septicité du foyer pulmonaire, s'emploient les diverses thérapeutiques anti-infectieuses. Elles seront spécifiques de préférence, *vaccinothérapie* par hétéro- ou auto-vaccins, *sérothérapie*, antipneumococcique et antigangréneuse suivant les cas. La quasi-constance des spirilles dans l'abcès putride fera recourir aux arsenicaux.

L'abcès amibien sera exclusivement traité par les injections de chlorhydrate d'émétine, aux doses habituelles de 4, 8, 12 centigrammes, sans dépasser la dose totale de 1 gramme par série. On peut leur associer les arsenicaux (stovarsol, P. Bezançon). Pour certains (Jaguov et Vidrasco) l'émétine aurait une action favorable sur les abcès non amibiens, mais il est probable qu'elle n'est pas alors si rapidement curative que lorsque la dysentérie est en cause.

Les injections intra-veineuses d'urotropine ont été employées avec succès par Kopter.

A côté des médications générales, il faut faire une place importante aux *injections intra-trachéales* de produits antiseptiques, notamment l'huile gomenolée.

Mentionnons que la *cure de soif* préconisée dans le traitement des suppurations pulmonaires en général, a été employée à la cure de l'abcès du poumon avec des succès divers.

II. Traitement chirurgical. — La thérapeutique chirurgicale des abcès du poumon a été très étudiée au cours de ces dernières années. Tant en France que surtout en Amérique, les chirurgiens ont essayé de préciser les indications opératoires, et de rechercher l'intervention chirurgicale répondant à ce double but : évacuer et drainer le plus correctement possible la collection avec le minimum de schock opératoire.

De nombreux moyens thérapeutiques ont donc été proposés, et il ne semble pas qu'à l'heure actuelle on puisse en mettre plus spécialement un en avant des autres. Chacun conserve ses indications particulières.

DANS QUELS CAS LE CHIRURGIEN DOIT-IL INTERVENIR ?

A. *Contre-indications.* — Il est certain qu'il est des cas dans lesquels l'intervention chirurgicale sera formellement contre-indiquée.

C'est dans les formes *diffuses* des suppurations pulmonaires telles que les formes consécutives à des embolies infectantes multiples avec *abcès pulmonaires miliaires*, ou bien encore les formes à type de *broncho-pneumonie gangréneuse*.

C'est encore dans les formes s'accompagnant d'un état septicémique ou septicopyohémique marqué, ainsi que celles où l'on trouve de graves lésions *bilatérales*.

B. *Indications.* — Dans les formes *aiguës* et *subaiguës*, les indications opératoires seront souvent difficiles à préciser. De nombreux auteurs ont en effet publié dans ces cas des guérisons spontanées, ou à la suite d'un traitement médical.

Il ne faut donc intervenir que lorque l'on a acquis la certitude que ce dernier n'a pas donné et ne semble pas devoir donner ultérieurement d'amélioration suffisante.

On interviendra dans les *formes aiguës* et *subaiguës limitées*. Il faut, avec M. Picot (1), distinguer les formes *limitées* et *bien localisées* par les rayons X, et au contraire les formes *limitées*, mais *non localisées* à la radioscopie, ces deux variétés appelant un acte chirurgical différent, comme nous le verrons plus loin.

Il ne semble pas que l'on puisse tirer une indication opératoire précise d'un argument étiologique ou bactériologique. Cependant on opérera presque toujours les abcès consécutifs à des corps étrangers et en particulier ceux qui sont dus à l'inhalation de particules septiques (tonsillectomie).

Enfin, dans des cas où l'on avait tout d'abord décidé de ne pas intervenir, le chirurgien aura parfois la main forcée par une complication : pleurésie purulente, hémoptysies petites et répétées pour lesquelles on cherchera à faire l'hémostase pulmonaire.

Quant aux suppurations chroniques du poumon, il faut bien savoir que leur traitement chirurgical est souvent très difficile et décevant. Le chirurgien rencontrera une coque pleurale extrêmement dure et épaissie, un poumon sclérosé, se rétractant mal, des bronches dilatées. L'intervention sera donc là souvent vouée à l'échec, ou, tout au moins à un succès très partiel, à cause de la persistance fréquente de fistules bronchiques.

Pour les mêmes raisons, le traitement chirurgical échouera presque sûrement dans les formes subai-

---

(1) M. Picot a fait le 30 mai 1928, à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, une leçon sur le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires. Nous nous excusons auprès de lui des larges emprunts que nous lui avons faits.

gués consécutives à une bronchopathie chronique infectée?

Quelle intervention faut-il faire?

Les diverses interventions chirurgicales reposent sur deux principes différents :

1. Ou bien ouvrir, évacuer, et drainer la collection par voie chirurgicale, transthoracique, après résection costale : c'est la *pneumotomie*.

2. Ou bien forcer la collection à se drainer par une voie naturelle, bronchique, et, pour ce faire, essayer d'aplatir la poche et de l'exprimer comme une éponge; c'est à ce but que répondent les opérations dites plastiques : *thoracoplasties, décollement pleuro-pariétal* et *phrénicectomie*.

La pneumotomie sera indiquée lorsque l'on a une bonne localisation de la lésion et que l'on sera à peu près sûr de l'atteindre chirurgicalement, en particulier dans les lésions superficielles, juxta-corticales.

Les opérations plastiques devront au contraire être faites quand on n'a pu localiser exactement l'abcès, à cause de l'opacité pulmonaire périphérique, et qu'une recherche aveugle serait dangereuse et souvent inefficace. On les pratiquera également dans les lésions profondes, juxta-hilaires.

Quelle que soit la nature de l'intervention décidée, on se trouvera bien de faire subir au malade un traitement préopératoire sérieux tant au point de vue général (tonicardiaque-vaccinothérapie) qu'au point de vue local (désinfection locale par voie broncoscopique).

Nous allons maintenant voir rapidement la valeur et les résultats de ces diverses interventions.

1. La *pneumotomie* sera toujours pratiquée à l'anesthésie locale ou régionale. Elle nécessite, pour être correctement réalisée, un repérage soigneux de l'abcès, tant avant l'intervention par les rayons X, que pendant, par des ponctions successives.

Tous les auteurs sont également d'accord pour attacher une très grande importance à plusieurs points de technique :

Protection absolue de la cavité pleurale. Opération en deux temps si la plèvre n'est pas protégée par des adhérences au cours de la première intervention.

Hémostase pulmonaire aussi soignée que possible.

Protection soigneuse de la paroi thoracique, en particulier par des corps gras, pour éviter son infection secondaire.

Les statistiques opératoires sont extrêmement variables, peut-être parce que tous les cas ne sont pas publiés, et que d'autre part on opère des malades à des périodes trop diverses de l'évolution de l'abcès. Les Américains Miller et Lambert ont eu 4 morts sur 20 cas opérés. Il semble que ce chiffre puisse être amélioré, et qu'il faille compter environ 10 p. 100 de mortalité pour la pneumotomie.

2. *Les opérations plastiques* sur le thorax nécessitent une condition préalable importante : l'existence d'une bronche de drainage. Elles sont surtout efficaces pour les lésions haut situées, en particulier apicales.

a. Les larges *thoracoplasties* en un temps semblent devoir être abandonnées à cause de leur énorme mortalité post-opératoire immédiate. Actuellement, et surtout pour les lésions chroniques, on tend à les faire en plusieurs temps, avec nombreuses résections costales successives faites sous anesthésie locale à huit ou quinze jours d'intervalle. Le schock opératoire serait donc ici à peu près nul, et les résultats meilleurs. La question est encore à l'étude.

b. Le *décollement pleuro-pariétal* paraît être beaucoup plus en faveur actuellement, si l'on en juge par les nombreux succès publiés dans ces dernières années (Verger, Papin, Piéchaud, Moiroux, Flag Buttler, Papin, Courcoux et Desplas).

Cette intervention, bien moins schockante que la précédente peut être pratiquée sous anesthésie locale.

Une fois le décollement pleuro-pariétal effectué — véritable pneumothorax extrapleural — on maintiendra l'affaissement du poumon par des mèches tassées dans la nouvelle cavité, ou mieux, comme le propose ingénieusement Flag Buttler, par un lambeau cutanéo-musculaire pédiculé.

c. La *phrénicectomie* répond au même but que les interventions précédentes, en provoquant l'élévation du diaphragme et le tassement de la poche, Pieri lui doit plusieurs succès. Il faut que l'opération soit précoce, avant que des adhérences aient immobilisé le diaphragme.

Ces opérations plastiques peuvent d'ailleurs être associées, et c'est ainsi qu'il semble bon, dans les suppurations bas situées, de combiner la phrénicectomie et la thoracoplastie.

A côté de ces modes thérapeutiques fréquemment employés, il nous faut parler de deux moyens actuellement à l'étude.

Le traitement bronchoscopique, proposé en Amérique par Chevallier Jackson et par Myerson consiste à aspirer les sécrétions et le pus par voie broncoscopique, et à desinfecter la cavité par des lavages et des injections antiseptiques. Ce serait évidemment un traitement simple et facile, mais dont les résultats sont très discutés, en particulier par Miller et Lambert qui ont fait une étude très approfondie de la question.

Notons en passant qu'en cas d'abcès par corps étranger des bronches, la bronchoscopie, en permettant l'ablation du corps étranger, amène la guérison.

La lobectomie, ou ablation chirurgicale de tout le lobe pulmonaire malade a été également proposée. Faite en un temps, elle est le plus souvent mortelle. Faite en plusieurs temps, avec extériorisation du lobe pulmonaire, puis ablation tardive, elle a donné quelques bons résultats (deux guérisons de Guibal, deux guérisons de Coquelet). On a proposé également de détruire le lobe pulmonaire isolé par thermocautérisation ou mieux par électrocoagulation (Archibald).

En résumé, il semble que le traitement chirurgical des abcès du poumon donne des résultats satisfaisants, à condition que le chirurgien soit très éclectique dans le choix de l'intervention à opposer à tel ou tel cas, et qu'il sache choisir le moment favorable à l'intervention.

Il semble également qu'une association de plusieurs thérapeuthiques : médicale, bronchoscopique,

chirurgicale, doive être plus étroitement réalisée dans l'avenir et que c'est de cette association que l'on est en droit d'attendre les meilleurs résultats.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans la thèse récente de Kourilsky la bibliographie antérieure à 1927. Nous ne lui empruntons que l'énoncé des études importantes. On trouvera, par contre, cités la plupart des faits postérieurs à cette thèse.

Généralités cliniques. — I. *Abcès simples.* — BERNARD (Et.), DREYFUS et DESBUCQUOIS. Abcès du poumon postopératoire, streptocoque dans l'expectoration, guérison spontanée, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 janv. 1928.

BERNARD (Et.) et DESBUCQUOIS. Volumineux abcès du poumon à streptocoques, septicémie, abcès métastatiques, guérison spontanée, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 janv. 1928.

CHEVALIER-JACKSON. Infections chroniques non spécifiques du poumon, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 4 sept. 1926.

CLENDENING. Abcess of the lung following tonsillectomy, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 3 avril 1920.

CLERC, RAMOND (L.) et GUILLAUME. Abcès pulmonaires chez les ypérités, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 avril 1919.

COFFIN. Contribution à l'étude des abcès du poumon, *Th. de Paris*, 1925.

COQUELET. Abcès du poumon, *Bruxelles méd.*, 1927, p. 601.

DEVINE. Abcess of the lung following tonsillectomy, *Virginia med.*, may 1927.

ESBACH. Abcès du poumon guéri par évolution spontanée, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 déc. 1927.

FLICK. Abcès du poumon, *Ann. surg.*, sept. 1926.

KOURILSKY. Abcès du poumon, *Th. de Paris*, 1927.

LEARMONTH. Certain acute pulmonary complications of the puerperium, with special reference to lung abcess and operative treatment, *Canadian med. Assoc. Journ.*, déc. 1927, p. 1474.

LUIGI RIO. Sopra un caso di abcesso pulmonare puerperale da diplococco di Fraenkel, *Clin. obstet.*, 1928, f. 1.

MOORE. Abcès du poumon. Analyse de 202 cas consécutifs à des opérations sur les voies respiratoires supérieures, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1922.

PETERS. Pulmonary abcess following abortion, *Amer. Review of tuberculosis*, Baltimore, nov. 1926.

PRUVOST. Abcès du poumon, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 27 fév. 1927.

SCHLUETER et WEIDDEIN. Abcès du poumon postopératoires, *Arch. surg.*, fév. 1927.

SCHLUETER, WEIDDEIN et CUTLER. La production expérimentale des abcès du poumon, *New-York State Journ. of med.*, sept. 1926.

SERGENT. Chapitre ABCÈS DU POUMON du livre *Syndromes respiratoires.*

II. *Abcès gangréneux.* — BERNARD (Et.) et DESBUCQUOIS. Abcès gangréneux du poumon et spirochètes, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 mai 1928.

BEZANÇON et I. DE JONG. Formes cliniques et pathogénie de la gangrène pulmonaire, *XVIII° Congrès de méd. de Nancy.*

BRONGNIART. A propos des abcès gangréneux chroniques du poumon. Sur le choix d'un traitement et sur les difficultés d'en poser les indications, *Th. de Paris*, 1926.

LÉON-KINDBERG, CATTAN et ADIDA. Recherches sur les spirochétoses putrides broncho-pulmonaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 mai 1928.

RADOVANOVITCH (Mlle). Contribution à l'étude des abcès gangréneux du poumon, *Th. de Strasbourg*, 1927.

SERGENT et BORDET. Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée, *Acad. de méd.*, 8 juin 1926; *Journ. méd. franç.*, août 1926.

III. *Abcès amibien.* — BABLET, MESNARD et STEFANI. Note sur un cas d'abcès amibien du poumon gauche, *Soc. de pathol. exotique*, 10 déc. 1926.

LAUTMAN. *Th. de Paris*, 1923.

LEMIERRE et KOURILSKY. Un cas d'abcès du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 janv. 1928.

NATTAN-LARRIER. *Revue de méd. et d'hygiène tropicales*, 1906-1907.

PETZETAKIS. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet et 2 nov. 1923.

PISSAVY et TRABAUD. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1923.

RAMOND (L.). *Soc. méd. des hôpit.*, 4 mai 1923.

RIST, AMEUILLE et DE PFEIFFEL. *Soc. méd. des hôpit.*, 12 juin 1914.

SHANKO. Un cas d'abcès amibien du poumon, *Indian med. Gaz.*, août 1926.

SIMONIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1914.

VIALARD et PAPONNET. Un cas d'amibiase pulmonaire à rechutes, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1928.

IV. *Abcès du poumon chez l'enfant.* — COMBY. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mars 1927.

DERCHEU. Etude de quelques cas d'abcès du poumon chez le nourrisson, *Th. de Paris*, 1925.

NOBÉCOURT. Les abcès du poumon chez l'enfant, *Concours méd.*, 16 mai 1926, p. 1330.

WESSLER et SCHWARTZ. Abcess of the lung in infants and childrens, *Amer. Journ. dis. ch. Chicago*, 1920, n° 31.

Diagnostic. — AIMÉ. Le radiodiagnostic des abcès du poumon, *Revue de la tuberculose*, 1924, p. 706.

BEZANÇON, CAYLA et Mlle SCHERRER. Gangrène pulmonaire aiguë. Faux aspect radiologique de pleurésie interlobaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 mai 1928.

COMBY. Pleurésie interlobaire et abcès du poumon, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mars 1927.

LÉON-KINDBERG. Abcès du poumon et pleurésie interlobaire? *Semaine des hôpit. de Paris*, 31 mars 1927.

MOSHER. Faux abcès du poumon et lipiodol, *Laryngosc.*, fév. 1927.

RENAUD (Maurice). Abcès du lobe supérieur du poumon à évolution chronique ayant simulé la tuberculose, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 déc. 1926.

SERGENT et KOURILSKY. Quelques réflexions sur l'abus du diagnostic de « pleurésie interlobaire », *Soc. méd. des hôpit.*, 1er avril 1927.

Traitement médical. — COHEN. Médication arsenicale dans le traitement de la gangrène pulmonaire, *Th. de Paris*, 1925.

JAGUOV et VIDRASCO. Le chlorhydrate d'émétine dans la thérapeutique de l'abcès pulmonaire, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 sept. 1927.

KOPTER. Le traitement de l'abcès pulmonaire par des injections intraveineuses d'urotropine, *Vratchebnaïa Gazeta*, 1927, t. XXXI, n° 10.

MANDELBAUM. Traitement postural des suppurations pulmonaires, *Arch. of intern. med.*, 15 déc. 1927, t. XL, n° 6.

ROTH. Le traitement de l'abcès du poumon par la cure de soif, *Schweiz. med. Woch.*, 3 juillet 1926.

ROCHEDIEU-IRASQUE. Abcès pulmonaire traité par le pneumothorax, ?

SIMON et MICHON. Suppurations pulmonaires non tuberculeuses traitées et guéries par le pneumothorax artificiel, *Soc. de méd. de Nancy*, déc. 1926.

TROISIER et GAYET. Cure de la pleurésie interlobaire et des suppurations pulmonaires par le pneumothorax artificiel, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 juin 1923.

WEIL (P.-E.) et ROSENTHAL. Le pneumothorax artificiel en dehors de la tuberculose, *Journ. méd. franç.*, mai 1920.

VERNEJOUL. Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, fév. 1922.

Traitement chirurgical. — BALLON. Lipiodol dans le diagnostic et le traitement des abcès du poumon, *Surg. gyn., obst.*, Chicago, janv. 1927.

COQUELET. Un cas de guérison par lobectomie partielle, *Soc. belge de chir.*, 26 nov. 1926; — Un cas de lobectomie pour abcès pulmonaire, *Le Scalpel*, 28 mai 1927, n° 22.

COURCOUX et DESPLAS (rapport de Roux-Berger). Guérison depuis six ans après pleurolyse, *Soc. de chir.*, 10 nov. 1926.

FLAG BUTTLER. Lambeau cutanéo-musculaire pédiculé dans les opérations pour abcès pulmonaires, *Arch. of surg.*, Chicago, 5 nov. 1926, vol. XIII.

KIRSCH HOFFER. Etiologie et traitement des suppurations pulmonaires chroniques, *Wiener klin. Woch.*, 31 mars 1927.

MILLER et LAMBERT. Le traitement des abcès du poumon, *Amer. Journ. of med. sciences*, janv. 1926, vol. CLXXI.

MOIROUX (Rapport de Roux-Berger). Guérison par décollement pleuro-pariétal, *Soc. de chir.*, 13 oct. 1926.

MYERSON. Traitement bronchospique des abcès du poumon, *Surg. gyn., obst.*, Chicago, nov. 1925.

PAPIN (rapport de Roux-Berger). Deux cas de décollement pleuro-pariétal, *Soc. de chir.*, 10 nov. 1926; — Traitement chirurgical des suppurations pulmonaires, en particulier par le décollement pleuro-pariétal, *Journ. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 25 déc. 1926.

PIÉRI. Blocage temporaire du phrénique dans les abcès pulmonaires, *XXXIe Congrès italien de chir.*, Milan, oct. 1924.

VERGER, PAPIN et PIÉCHAUD. Guérison par décollement pleuro-pariétal et affaissement opératoire du sommet, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 21 nov. 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1928)

Sur les vitamines hydro-solubles du groupe B. Existence probable d'un facteur thermostable et alcalinostable nécessaire à la vie. — Mme L. RAUDOIN et M. R. LECOQ.

Simplifications techniques de la mesure de la chronaxie chez l'homme avec les condensateurs. (*Présentation de l'appareillage.*) — MM. Georges BOURGUIGNON et André WALTER.

Du rôle de l'autolyse dans la pathogénie de la maladie de Charcot. — M. G. MARINESCO.

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1928)

Neurones virulents et canaux excréteurs des glandes salivaires. — MM. Y. MANOUÉLIAN et J. VIALA.

De l'étiologie de la scarlatine. — M. S. I. ZLATOGOROFF expose le résultat de ses expériences. Il en résulte que la théorie des virus filtrants considérés comme agent prédominant de la scarlatine reçoit une confirmation nouvelle; en même temps cette théorie réserve aux streptocoques une place considérable dans la pathogénie de la scarlatine sans que ceux-ci jouent un rôle dans son étiologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1928)

Eloge. — M. MEILLÈRE lit une notice nécrologique sur M. Antonin Mallat (de Vichy), membre correspondant national dans la section de pharmacie, récemment décédé.

Rapport. — M. MEILLÈRE donne lecture d'un rapport sur une demande d'autorisation d'eau minérale.

La signification des réactions tuberculigènes dans la tuberculose et dans la prémunition par le B. C. G. — M. LIGNIÈRES (de Buenos-Aires) donne lecture d'un mémoire dont voici les conclusions :

« Pour obtenir l'état de prémunition contre la tuberculose par le B. C. G., il est de toute nécessité que les bacilles biliés entrent en activité avec les cellules lymphatiques de l'organisme, c'est-à-dire que, sans faire nécessairement des lésions, les bacilles vaccins cultivent et se répandent dans le système lymphatique.

Si ces conditions se réalisent, non seulement il se produit l'état de résistance à la tuberculose, mais encore on constate toujours l'apparition de la période allergique qui précède même l'établissement de la prémunition.

L'absence totale de réactions tuberculiniques est une preuve absolue de l'inexistence de la prémunition. La constatation d'un état allergique éphémère laisse prévoir un état de prémunition insuffisant.

Tandis que l'application du B. C. G. par voie sous-cutanée à dose convenable détermine toujours l'état allergique et la prémunition; lorsque les bacilles biliés sont donnés par le tube digestif, même chez les sujets âgés seulement de quelques jours, dans la majorité des cas, on ne constate ni allergie, ni prémunition.

D'après les observations de tous les savants et au premier rang M. Calmette, les nouveau-nés vaccinés en leur faisant boire le B. C. G. montrent un pourcentage très élevé de sujets qui ne réagissent pas à la tuberculine.

Tous ces faits précis permettent aujourd'hui de schématiser l'action du B. C. G. de la façon suivante :

Les nouveau-nés vaccinés au B. C. G. par voie buccale sont, en général, peu sensibles à ce mode d'immunisation; les bacilles biliés passent par le tube digestif sans pénétrer suffisamment l'organisme, sans déclancher un état allergique, sans provoquer la moindre prémunition.

D'autres sujets subissent une légère infection suffisante pour donner naissance à quelques manifestations allergiques passagères.

Un troisième groupe, de beaucoup le moins nombreux, est constitué par les sujets très sensibles au B. C. G. chez lesquels ce vaccin pénètre profondément le système lymphatique pour déterminer une allergie durable et une prémunition certaine. C'est dans ce groupe qu'on constate les accidents plus ou moins graves de vaccination.

A la lueur des constatations qui précèdent, il paraît sage de reviser les statistiques fournies jusqu'à ce jour en faveur de la vaccination des enfants par le B. C. G. »

Discussion. — M. Léon BERNARD pense que les réactions positives sont plus nombreuses qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, qu'elles sont passagères et inconstantes.

La discussion continuera dans la prochaine séance.

A propos de la lèpre. — M. JEANSELME entretient l'Académie des modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 17 avril 1883 pour que les lépreux dont la période latente excède cinq ans puissent bénéficier d'une pension de l'Etat.

Les purgations hépato-duodénales, application d'un principe nouveau. — M. Maurice RENAUD montre qu'il est possible en utilisant les excitations hépato-duodénales produites par des prises successives de lacto-sérum associées ou non à de faibles doses de sels de soude et répétées de vingt en vingt minutes d'obtenir de grandes débâcles diarrhéiques dont on gradue très aisément l'importance.

Ces purgations hépato-duodénales basées sur un principe tout différent de celui des purgations salines ou drastiques ne sont que l'exagération d'un processus physiologique.

Leurs indications sont celles de toutes les purgations clas-

siques, des plus douces aux plus énergiques, auxquelles elles peuvent être dans la plupart des cas avantageusement substituées en raison de leur agrément, de la simplicité des moyens qu'elles mettent en œuvre et de leur efficacité.

Le laboratoire de bactériologie vétérinaire d'Athènes. — MM. Melanidi et Stylianopoulo. En 1921, le Gouvernement grec a décidé de créer un laboratoire de bactériologie vétérinaire qui a d'abord fonctionné dans les locaux de l'Institut Pasteur et qui, ensuite a été doté de laboratoires autonomes en 1926.

La direction de ce service a été confiée au docteur C. Melanidi, ancien élève de l'Institut Pasteur (Paris) et de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Avec le sous-directeur Stylianopoulo, M. Melanidi a réalisé de la façon la plus féconde le projet du Gouvernement hellénique.

Au cours des deux dernières années, le laboratoire de bactériologie vétérinaire a fait face à toutes les demandes techniques (diagnostics, sérums, vaccins) et a poursuivi des recherches originales sur la stomatite pustuleuse des chèvres, la variole caprine, la spirochétose cutanée contagieuse des porcelets, la pleuro-pneumonie contagieuse des chèvres, l'ecthyma contagieux du mouton.

Entre les mains du docteur Melanidi, le laboratoire de bactériologie vétérinaire rendra les plus utiles services à la Grèce.

Sur la tolérance vis-à-vis des rayons X des animaux soumis au préalable à un régime lipoïdo-génétique. — MM. Sartory, R. Sartory et J. Meyer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 6 juillet 1928)

Disparition de certaines crises d'asthme anaphylactique par la saignée. — MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et L. Rouquès ont constaté qu'une saignée pouvait amener la cessation de certaines crises d'asthme anaphylactique. Ils rapportent l'observation d'un boulanger âgé de trente ans qui travaille dans un fournil depuis l'âge de quinze ans. A vingt-deux ans, il eut ses premières crises d'asthme dues à l'inhalation de la farine de blé. Depuis, les crises d'asthme se sont renouvelées presque quotidiennement. A maintes reprises il fut obligé d'abandonner son métier. Des essais de désensibilisation spécifique échouèrent. Ce fut un incident qui amena la disparition des crises; le 19 septembre dernier, au cours de son travail, étant en pleine crise d'asthme, il se blesse la main; une forte hémorragie s'ensuit. Après l'hémorragie la crise d'asthme diminue, puis cesse. Pendant quatre mois les crises ne se renouvelèrent plus; il put travailler impunément dans le fournil. Le 27 janvier les auteurs lui font des cuti-réactions à la farine de froment pour savoir s'il a conservé sa sensibilisation cutanée. Ces cuti-réactions sont positives. Le lendemain même, les crises d'asthme réapparaissent et ne cessent plus. Le huitième jour des crises, les auteurs font une saignée de 300 centimètres cubes. Trois heures après, l'asthme disparaît complètement et pendant quatre mois ne se renouvelle plus, bien que le malade manipule tous les jours la farine de blé. Puis de la gêne respiratoire réapparaît. Une avulsion dentaire provoque un saignement abondant il y a cinq semaines : depuis, il n'a plus aucune dyspnée.

La disparition de ces crises d'asthme anaphylactique, sous l'influence de la saignée, engagea les auteurs à rechercher l'action de la saignée dans d'autres crises d'asthme anaphylactique. Chez un second boulanger, même action favorable de la saignée, mais elle ne dure pas, ainsi que chez une femme.

Chez d'autres malades ayant de l'asthme non anaphylactique la saignée se montra inefficace.

Il semble donc démontré, par l'étude de ces asthmatiques étudiés d'une façon quasi-expérimentale, que, dans certains cas d'asthme anaphylactique, les crises peuvent être jugulées sous l'influence de la saignée.

Purpura hémorragique chronique. Hémophilo-hémogénie. Splénectomie. — MM. Lesné, Marquézy et Stieffel rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans atteinte de purpura chronique (hémophilo-hémogénie de P.-E. Weill et Isch-Wall). Début des accidents à sept ans.

Hématologie : Prolongation considérable du temps de saignement (vingt minutes à trois heures). Diminution des hématoblastes (50.000 à 100.000). Retard de la coagulation (quinze à soixante minutes). Absence de rétraction du caillot. Signe du lacet. La note hémogénique a toujours été au premier plan.

Tous les traitements des états hémorragiques ont été essayés. Devant leur inefficacité, les auteurs ont fait pratiquer en mai 1927 la splénectomie par R. Grégoire. Les résultats n'en sont pas définitifs. Sans doute, cliniquement, l'état général de la malade s'est transformé et on n'a pas relevé une seule fois, depuis lors, d'épistaxis ni d'hémorragie interne. Par contre, à trois reprises, on a noté, à l'occasion d'un traumatisme léger, une ecchymose très étendue, et de temps à autre on voit réapparaître dans la région cervico-thoracique des taches purpuriques spontanées.

Du point de vue hématologique, les résultats ont été temporaires. La durée du temps de saignement tombée à quatre minutes le surlendemain de l'opération est à nouveau de trente minutes un mois après et actuellement de plus de vingt minutes. Le nombre des P. S. qui s'était relevé à 200.000 était, quatre semaines après, retombé à 50.000. Il est actuellement de 85.000. Seul le signe du lacet, depuis la splénectomie, est resté négatif.

Aussi, malgré l'aspect clinique de la malade, considérablement amélioré, est-on encore obligé de réserver l'avenir.

Les ombres péri-hilaires dans la tuberculose pulmonaire. Radiographie et contrôle anatomique. — MM. P. Armand-Delille et Lestocquoy discutent l'interprétation des ombres péri-hilaires fournies par l'examen radioscopique et radiographique dans la tuberculose pulmonaire. Ils présentent des coupes anatomiques macroscopiques frontales en série des poumons d'une enfant chez laquelle la radiographie montrait des ombres qui faisaient penser à une lésion péri-hilaire gauche; en réalité, on ne voit aucune lésion sur les coupes passant par les hiles; par contre, sur les coupes les plus postérieures, on voit une lésion osseuse sous-corticale qui siégeait dans le sinus costo-vertébral, à la partie supérieure du lobe inférieur gauche. Cette lésion donnait à l'écran une ombre qui se confondait avec celle du hile. Ils pensent que, dans un certain nombre de cas, les images péri-hilaires peuvent correspondre à des lésions parenchymateuses siégeant dans la partie moyenne et postérieure du poumon.

L'action curative de l'ergostérine irradiée dans le rachitisme. (*Présentation de malades et de radiographies.*) — MM. Armand-Delille et Bertrand présentent un enfant de deux ans qui fut amené dans leur service avec des manifestations de rachitisme très marqué.

Cet enfant fut soumis uniquement au traitement par l'ergostérine irradiée (stérogyl français).

Au bout de deux mois, on constatait une transformation complète avec renforcement, sur la radiographie, des ombres osseuses déjà existantes et apparition de nouveaux points osseux. Au niveau des poignets, on constate entre autres l'apparition du point épiphysaire radial de l'os pyramidal, enfin de tous les points d'ossification de la tête des métacarpes, des phalanges et des phalangines. Ils concluent que la médication présentée par la vitamine D est aussi active que celle fournie par l'héliothérapie ou les rayons ultraviolets.

Péricardite rhumatismale. Mort rapide par hémorragie intrapéricardique. — MM. GÉRAUDEL, René GIROUX et KATSILABROS rapportent le cas d'un malade atteint de rhumatisme cardiaque évolutif compliqué de péricardite sèche, chez lequel la mort est survenue rapidement à la suite d'une injection intraveineuse de salicylate de soude (injection de 20 centimètres d'une solution au 1/20 de salicylate de soude en sérum glucosé) par hémorragie intrapéricardique. Sept injections avaient été préalablement très bien supportées. Les auteurs discutent les causes de la mort et refusent d'attribuer au salicylate l'accident hémorragique.

Ils pensent que l'injection intraveineuse a été un facteur occasionnel comme l'aurait été un léger traumatisme ou un effort modéré, et la rupture des vaisseaux néoformés, très friables, suffit à expliquer la mort. Il n'existait ni rupture du cœur, ni lésions artérielles importantes, si bien que le siège de l'hémorragie n'a pu être précisé.

D'après les auteurs, il ne faudrait pas, à la suite de cet accident, porter un discrédit sur la médication salicylée par voie endoveineuse qui a fait aujourd'hui ses preuves.

Rétrécissement aortique congénital. — MM. L. BABONNEIX et J. DELARUE, à l'autopsie d'un sujet atteint de sténose aortique congénitale et présentant, en plus, un syndrome homogénique, ont trouvé une anomalie portant sur le nombre des valvules sigmoïdes réduit à deux et sur le calibre de l'aorte, dilatée en aval de la sténose. Des cas de ce genre sont connus (Blin, Gardner); ils n'en sont pas moins exceptionnels.

Disparition radiologique d'une caverne tuberculeuse pulmonaire après quatre ans de traitement par la méthode de Forlanini. — MM. G. CAUSSADE, André TARDIEU et LE PENNETIER montrent trois radiographies des poumons d'une femme de vingt-quatre ans, atteinte d'une tuberculose ulcérofibreuse et qu'ils ont traitée avec succès par la méthode de Forlanini. Sur le premier cliché est une caverne volumineuse et rigide du lobe supérieur droit, sous-claviculaire (image claire à pourtour arrondi, à bords épais et sombres, ne se modifiant pas quelle que soit l'incidence et ne se plissant pas à l'occasion de la toux). Sur le second cliché, tiré dix-sept jours après la première insufflation, l'image cavitaire se retrouve à la portion supérieure du poumon collabé réduit à l'état de moignon. Quoique de dimension restreinte et devenue ovalaire du fait de la compression, cette caverne conserve les mêmes caractères classiques. La troisième radiographie, tirée à la fin du traitement, c'est-à-dire au bout de quatre ans et demi, la malade étant restée sans insufflation pendant les quatre derniers mois, fait voir que le poumon droit a repris son expansion normale et qu'il s'est organisé une pachypleurite intense. Aucune trace de caverne ne subsiste.

L'amélioration fonctionnelle (toux, dyspnée) et générale (récupération du poids physiologique) s'est produite parallèlement à celle du poumon, appréciable sur les clichés successifs. L'expectoration antérieurement abondante, muco-purulente et richement bacillifère (20 bacilles par champ microscopique) a complètement disparu. Et cette femme, depuis deux ans, a pu reprendre sans dommage et sans ressentir le moindre mouvement fébrile une activité considérable. Du point de vue physique ne persistent plus, à l'heure actuelle, que la submatité du sommet droit et quelques gros frottements.

Les vastes cavernes apicales avec bronche de drainage perméable doivent être comprimées avec modération afin d'éviter la formation d'une cavité close dont les conséquences toxi-infectieuses, l'hyperthermie notamment, risquent d'assombrir le pronostic.

Un cas de distomatose humaine à fasciola gigantica (cholécystite aiguë distomienne). — MM. CODVELLE, GRANDCLAUDE et VANLANDE rapportent l'observation d'un fonctionnaire résidant en Indochine qui présenta un syndrome vésiculaire douloureux qui nécessita la cholécystectomie. L'examen histologique démontra dans la paroi de la vésicule des foyers nécrotiques centrés par des œufs de douve. Ceux-ci furent retrouvés dans les selles et identifiés à ceux de fasciola gigantica. C'est le troisième cas connu d'infestation par ce distome dont le domaine est surtout africain mais s'étend actuellement aux bovidés de l'Indo-Chine. Outre les lésions si particulières de la vésicule, qui n'ont pas été décrites avant ce cas, les auteurs insistent sur quelques particularités cliniques et hématologiques, en particulier le taux élevé d'éosinophiles (jusqu'à 39 p. 100). Ils pensent à une infestation de siège hépatique, probablement pauvre en parasites, en raison de la difficulté de retrouver des œufs dans les selles. Un essai thérapeutique par l'émétine a été mal supporté et le traitement de cette affection paraît jusqu'ici assez décevant.

Les laits allégés. — M. Maurice RENAUD vante les avantages de la prescription de laits qu'il appelle des « laits allégés », dont la teneur en albumines et en graisses est considérablement réduite, et grâce auxquels il est aisé d'instituer un régime pauvre, intermédiaire à la diète hydrique et au régime lacté strict.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1928)

Sur la présence des anticorps tuberculeux dans les filtrats des organes des enfants issus de mères tuberculeuses. — MM. J. VALTIS et M. LACOMME ont recherché la présence des anticorps tuberculeux dans les filtrats des organes des enfants issus de mères tuberculeuses.

Les auteurs ont constaté la présence constante de la sensibilisatrice antituberculeuse dans ces filtrats, mais le chiffre des anticorps est plus élevé dans les filtrats des organes des enfants porteurs de bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux. Ce qui fait penser que, en dehors du passage direct transplacentaire des anticorps, il y a production supplémentaire chez les fœtus infectés par l'ultravirus tuberculeux.

L'action de l'hormone ovarienne sur la glycémie du chien normal. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle S. GIBERT ont expérimenté chez quatorze chiens l'action de la folliculine sur la glycémie à jeun et sur l'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de glucose.

La folliculine a une action sur la glycémie. L'hyperglycémie provoquée a été atténuée par la folliculine chez le chien, et exagérée chez les chiennes, soit surtout dans son amplitude, soit dans sa durée. La tendance hyperglycémiante de la folliculine se retrouve dans son effet sur la glycémie à jeun et peut aboutir à des hyperglycémies importantes et prolongées, mais les effets sont sujets à des variations individuelles incontestables.

Valeur de la chronaxie du nerf facial chez les sujets présentant le signe de Chvostek. — M. et Mme B. CHAUCHARD et M. A. COURNAND montrent qu'il n'existe aucune modification de la chronaxie des branches du nerf facial et des muscles qui interviennent dans la production du phénomène du facial, lorsque celui-ci survient chez des sujets ne présentant pas par ailleurs aucun signe clinique de tétanie et dont la calcémie est normale.

Nouvelles recherches sur l'action physiologique du chloralose. — Des recherches systématiques de MM. R. BARGY et J. GAUTRELET, il résulte que le chloralose constitue l'anesthésique expérimental de choix par excellence. Il ne modifie pratiquement pas, en effet, chez le chien normal l'excitabilité du système vago-sympathique; il ne provoque pas de modifi-

cation du pH sanguin ni de la réserve alcaline, pas davantage de la pression artérielle ni du réflexe oculo-cardiaque.

Une injection antérieure d'adrénaline peut modifier les réactions de l'animal au chloralose.

Action du sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine (quinosol ou sunoxol) sur le bacille tuberculeux. — Il résulte des expériences de MM. C. Bidault et A. Urbain que l'action inhibitrice du sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine sur le bacille tuberculeux est très élevée; il n'apparaît aucune culture dans le bouillon glycériné renfermant 1 p. 200.000 de cette substance.

La virulence des bacilles de Koch laissés au contact des solutions quinosolées pendant six semaines, disparaît complètement dans les solutions de 1 p. 500 à 1 p. 1.000; elle est notablement diminuée dans celles à 1 p. 5.000 et au-dessus.

Les cobayes qui reçoivent pendant plusieurs semaines, par la voie sous-cutanée, des doses élevées de quinosol, ne résistent pas à l'infection tuberculeuse expérimentale, ils présentent cependant une survie très nette sur les cobayes témoins inoculés dans les mêmes conditions.

Le quinosol reste sans action sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. Les animaux qui reçoivent, dès l'inoculation du virus, des doses élevées et répétées de ce dérivé de la quinoléine meurent, comme les témoins, de tuberculose généralisée.

Recherches sur les propriétés antigéniques des virus invisibles. Production de sensibilisatrices pour les virus herpétique et vaccinal. — MM. Wollmann et Urbain, partant du fait que le sarcome infectieux de Rouss, injecté à des cobayes par la voie péritonéale, donne un taux très élevé de sensibilisatrice, ont utilisé cette méthode avec le virus herpétique et le virus vaccinal. Ils ont employé le cerveau de lapin mort d'infection expérimentale, en injections intrapéritonéales. Les animaux sont saignés au bout de cinq semaines et on recherche la sensibilisatrice. Les cobayes, préparés avec le virus herpétique, donnent un taux très élevé d'anticorps. Les mêmes recherches pratiquées avec le virus vaccinal, dans les mêmes conditions, donnent un taux d'anticorps assez élevé mais moins qu'avec le virus herpétique.

Les auteurs concluent donc que les sérums des cobayes préparés par injections de cerveau de lapin à virus herpétique ou vaccinal contiennent des anticorps spécifiques. La valeur antigène de la vaccine paraît être moins forte que celle de l'herpès ou du sarcome de Rouss.

La vaccination régionale. Applications diverses. — Dans cette quatrième note M. P. Poincloux rapporte les résultats de l'emploi de sa méthode de vaccination régionale pour deux urétrites chroniques avec gonocoques présents dans l'écoulement, et pour un cas de rhumatisme blennorragique aigu.

Il conclut que le principe de la vaccination régionale par la porte d'entrée, vérifié pour les métrites, les salpingites, les bartholinites, l'est aussi pour l'urétrite chronique et le rhumatisme blennorragique.

Sur l'action hyperglycémiante du sang de chien diabétique. Les effets de la transfusion du sang diabétique et du sang normal chez les animaux porteurs d'une greffe pancréatique. — MM. L. Képinov et S. Petit-Dutaillis. Par la transfusion de sang diabétique au chien dépancréaté, porteur d'une simple greffe pancréatique, chien dont la glycémie se maintient normale depuis plusieurs semaines, voient se développer une hyperglycémie durable, hyperglycémie qui est sensible à l'injection d'insuline et semble rappeler le diabète véritable.



Les Tumeurs villeuses du rectum, par André Lambling, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. de 120 p. avec 15 fig. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Tréponème et néoplasmes, par les docteurs L. Jacquemart et Ch. Pfeiffer. Prix : 15 fr. — Paris, N. Maloine.

Essai d'extraction des substances hyperglycémiantes du sang diabétique. — MM. L. Képinov et S. Petit-Dutaillis ont isolé du sang chez des chiens diabétiques une substance qui, injectée dans la veine d'un chien porteur de greffe pancréatique, détermine une hyperglycémie.

Pouvoir neutralisant des savons sur le venin de cobra (cryptotoxine venimeuse). — M. Maurice Renaud a recherché si les savons qui ont la propriété de former avec les toxines microbiennes des complexes à toxicité dissimulée (cryptotoxine de H. Vincent) peuvent en former également avec des substances de structure chimique différente, tels que les venins de serpent.

Les expériences faites avec le venin de cobra ont montré que les mélanges venins-savons perdent en quelques jours, dans l'étuve à 38 degrés, toute toxicité.

M. Netter demande quels ont été les savons employés.

M. Renaud. Il s'agit du simple savon médicinal du Codex.

M. Netter suggère qu'il serait intéressant d'employer les oléo-ricinates dont l'étude sur les venins des serpents et les champignons a montré qu'ils étaient très actifs.

Sur un bacille saprophyte du rhino-pharynx de l'homme. — M. J. Fricker, au cours d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, a isolé du rhino-pharynx un germe qui semble pouvoir être distingué nettement des espèces et variétés décrites jusqu'ici.

C'est un cocobacille gram négatif, immobile à optimum cultural de 37 degrés. Il donne sur gélose peptonée ordinaire une coloration brun foncé à tout le milieu par suite d'une abondante sécrétion de tyrosinase agissant sur la tyrosine du milieu.

Il ne dégage pas d'odeur appréciable, ne coagule pas le lait, liquéfie à peine la gélatine, mais doué d'un pouvoir protéolytique intense vis-à-vis du sérum coagulé il le liquéfie rapidement.

En raison de son pouvoir très faiblement agglutinogène, il est difficile de le classer au voisinage d'un groupe déjà connu.

Son action pathogène paraît jusqu'ici faible ou nulle.

Nouveau milieu de culture pour le gonocoque. — Mme Aïloff préconise un milieu composé de filtrat de staphylocoques, d'extrait globulaire ou d'extrait de foie et de blanc d'œuf. La vitalité du gonocoque est prolongée durant six semaines.

La composition de la pseudo-tuberculose des rongeurs et sa parenté avec le bacille de la peste. — MM. S. Zlatogaroff et Moghileuskaja.

Etude sur le curare. — M. Lapicque pour Mme Lapicque et Mlle Weill.

Sur la rufine, pigment de l'adrion rufus. — M. Verne pour MM. Dhéré et Baumeler.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX (4-8 novembre 1928). — A l'occasion du cinquantenaire de la Faculté de médecine de Bordeaux auront lieu des Journées médicales dont ci-joint le programme provisoire.

L'idée principale qui a présidé à l'organisation de ces Journées est de grouper autour de l'Ecole de Bordeaux, dans un large effort de décentralisation, tous ses anciens élèves, civils, militaires et coloniaux, et plus spécialement les médecins de la Gironde et des départements voisins.

Le Comité de permanence est le suivant : professeur H. Verger, président; professeur R. Cruchet, commissaire général; professeur agrégé Creyx, secrétaire-trésorier; professeur agrégé Jeanneney, secrétaire adjoint.

P. S. — La cotisation a été fixée à 25 fr. pour les médecins, à 15 fr. pour les membres associés et les étudiants (docteur Creyx, trésorier, 10, rue Boudet).

Dimanche 4 novembre. — A 16 h., célébration du cinquantenaire de la Faculté de médecine. — Inauguration des Journées médicales.

Lundi 5, mardi 6, mercredi 7 novembre. — A 8 h., exercices pratiques dans les différents services et laboratoires, ainsi qu'au Centre du cancer.

Lundi 5 novembre. — A 9 h. 30, traitement de l'appendicite, professeur Bégouin. — A 10 h. 30, lutte contre la syphilis (traitements actuels de la syphilis), professeur Petges. — A 15 h. 30, contribution à la chirurgie des vaisseaux, professeur Goyanez. — A 17 h., l'oscillométrie, sa spécificité et son champ d'information, professeur Pachon. — A 21 h., soirée au grand théâtre.

Mardi 6 novembre. — A 9 h. 30, lutte contre la mortalité infantile (traitement préventif et curatif de la diphtérie), professeur Cruchet. — A 10 h. 30, les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie, professeur Guyot. — A 14 h. 30, diabète et insuline, professeur Mauriac. — A 15 h. 30, l'encéphalomyélite épidémique, état actuel de la question, professeur Verger. — A 17 h., médecine sociale, les répercussions des assurances sociales sur la vie professionnelle en Alsace, docteur Specklin (Mulhouse).

Mercredi 7 novembre. — A 9 h. 30, les traitements modernes de l'infection puerpérale, professeur Andérodias. — A 10 h. 30, lutte contre la tuberculose (traitements actuels de la tuberculose), professeur Leuret. — Lutte contre le cancer (traitements actuels du cancer), professeur Réchou. — A 15 h., conférence de médecine navale. — A 17 h. 30, à propos de l'encéphalographie artérielle, professeur Egas Moniz. — Réception du Comité et revue.

Jeudi 8 novembre. — Hôpital militaire de Talence, exercices pratiques de chirurgie de guerre, professeurs Rocher et Guillermin. — Démonstration d'aviation sanitaire. — De 14 h. à 15 h 30, démonstration du fonctionnement d'une formation sanitaire au Magasin général. — A 16 h., conférence de médecine militaire. — A 17 h. 30, conférence de médecine coloniale. — A 19 h. 45, banquet.

CROISIÈRE DE L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — *Passez vos vacances en mer* (*croisière de soleil, Méditerranée, Océan*). — Le paquebot *Brazza* partira de Marseille le 20 août 1928 pour Barcelone, Palma de Majorque, Alger, Tanger, Lisbonne et Bordeaux. Excursions accompagnées dans tous les ports d'escale.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Compagnie des Chargeurs Réunis, 3, boulevard Malesherbes, Paris.

Prix spéciaux pour les médecins : 1re classe, 3.650 fr. au lieu de 6.150 fr.; 2e classe, 3.150 fr. au lieu de 4.200 fr.; 3e classe, 2.550 fr., toutes excursions comprises.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Services d'autocars P.-L.-M. du Vivarais et du Velay. — Afin de faciliter aux voyageurs l'accès de Vals-les-Bains, des services quotidiens d'autocars P.-L.-M., en correspondance, à la gare de Montélimar, avec les principaux trains en provenance ou à destination de Paris et de Marseille, assurent la liaison entre Montélimar et Vals.

Départs de Montélimar à 11 h. 15 et 16 h. 10; arrivée à Vals à 12 h. 45 et 17 h. 40. Départs de Vals à 7 h. 40 et 13 h. 30; arrivée à Montélimar a 9 h. 10 et 15 h. Prix : 25 francs. Des billets combinés chemin de fer et autocars avec enregistrement direct des bagages pour Vals sont délivrés par les principales gares du réseau P.-L.-M.

Les touristes ont encore à leur disposition deux circuits; l'un au départ de Vals, l'autre au départ du Puy. Ces deux circuits sont en correspondance au lac d'Issarlès.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts,	FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.	sont ouverts tous les jours,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE	POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS	DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
PARIS, 6e	Prix du Numéro : 50 c.	TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nomination des professeurs sans chaire :

« L'article 1er du décret du 4 janvier 1921 est complété de la manière suivante :

Peuvent également, dans les formes prévues audit décret du 4 janvier 1921, recevoir le titre de professeur titulaire sans l'attribution d'une chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des facultés de médecine pourvus, sans limite de temps, d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement équivalent à celui d'un agrégé chargé d'enseignement et remplissant depuis quinze ans au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique. » (*J. O.*, 20 juillet 1928.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Sempé (de Carcassonne).

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux, Ain), Touillon (de Bourg, Ain), Sabatier (de Varenne-sur-Allier).

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Dopter, chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin, est nommé directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris (emploi vacant).

M. le médecin général Savornin, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin.

M. le médecin général Baron, membre du Comité consultatif de santé, est nommé directeur du Service de santé de la 18e région, à Bordeaux (emploi vacant).

M. le médecin colonel Langlois, président de la Commission de réforme de Paris, est nommé directeur du Service de santé de la 2e région à Amiens (emploi vacant).

M. le médecin général Lévy est nommé directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Peretti (de Fécamp).

Médaille de vermeil. — MM. les docteurs Guibal (de Nancy), Beuffeuil, Bonjean, Decourt (Ph.-J.-G.), Gélibert et Renaud (Maroc).

Médaille d'argent. — M. Marcel Ombrédanne, interne à Paris; MM. les docteurs Campaux, Chapuis, Chaurand, Dulucq, Flye, Le Hir, Mansouri Abdallah, Monloup (Maroc).

Médaille de bronze. — MM. Marcel Mayer, externe à Marseille; Donnadieu, interne à Bordeaux; le docteur Legros (de Combourg), Palluel, interne à Grenoble; Mlle Fumey, externe à Lyon; M. Auclair, externe à Paris; Mlle Corbillon et M. Cottet, internes à Paris; MM. Dassencourt, externe à Paris; Lacapère, interne à Paris; La Mouche, Lemaître, Marie, Mlle Moutet et M. Picard, externes à Paris; MM. Poumeau-Debille, interne à Paris; Rossano, externe à Paris; Mlles Valentin, interne à Paris; Baudry, médecin à Fontainebleau; Grankina, interne à la Seyne-sur-Mer; MM. les docteurs Hutin (Epinal), Pons (Maroc).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER bail maison de santé installée, 24 chambres de malades grand luxe, admir. sit. — S'adr. pour tous renseign. Dr Guillemonat, 47, boul. St-Michel, Paris, tél. Gob. 24-81.

CHRONIQUE

COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Dans sa session extraordinaire de mai 1928, le Comité permanent après avoir réglé la mise au point de la Convention sanitaire internationale a étudié plus particulièrement un certain nombre de questions à l'ordre du jour.

Les épidémies de *fièvre jaune* qui ont sévi depuis deux ans en Afrique Occidentale sont terminées.

Elles ont été l'occasion d'études épidémiologiques, cliniques et bactériologiques très importantes. Dans ce dernier domaine notamment, grâce aux travaux des membres de la mission Rockefeller et de l'Institut Rockefeller, à Lagos et à Accra, la sensibilité du singe asiatique *Macacus rhesus* au virus de la fièvre jaune a été établie; le rôle du *Leptospira icteroides* dans la pathogénie de la fièvre jaune a été définitivement écarté; la conservation du virus de la fièvre jaune, dans du sang ou des fragments de foie infectés, a été réalisée en tubes réfrigérés; la pénétration du virus à travers la peau saine a été démontrée. Au point de vue clinique, on a mis en évidence l'importance de l'albuminurie pour le dépistage des cas frustes. Au point de vue épidémiologique, des foyers endémiques de fièvre jaune, dans la population indigène, ont été découverts, notamment à la Côte de l'or et en Nigérie, et cela parfois à plus de 100 kilomètres des côtes. Le danger de la persistance de formes frustes dans la population indigène a conduit les administrations sanitaires à envisager, comme une mesure de protection de la plus grande importance, la séparation complète des agglomérations européennes d'une part et indigènes de l'autre. L'existence de foyers endémiques indigènes serait un fait d'autant plus redoutable que l'*Ædes Ægypti* est très répandu; il existe dans nombre de régions intérieures du Congo belge, régions où le moustique pullule toute l'année et par lesquelles la maladie pourrait gagner la côte orientale de l'Afrique et les territoires asiatiques. La menace est d'autant plus sérieuse que, bien que la fièvre jaune soit inconnue en Extrême-Orient, les échantillons d'*Ædes Ægypti* provenant des Indes Néerlandaises ne peuvent en rien être distingués de ceux de Cuba.

Deux épidémies de *choléra* ayant affecté l'Inde britannique en 1927, ont permis à d'Hérelle, Malone et Lahire de faire d'intéressantes constatations sur le rôle et l'emploi des bactériophages dans le traitement du choléra. Une épidémie avortée à Batavia a montré une fois de plus l'efficacité de la vaccination dans cette ville ou les 5/7 de la population avait été vaccinée.

L'objet principal des discussions sur la *peste* a été la fumigation des navires en vue de la dératisation.

La *variole* continue à sévir en Angleterre, avec 3 à 400 cas par semaine. Elle a été généralement bénigne.

Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'après une période de maladie anodine, type alastrinique, la léthalité peut brusquement s'élever (10 p. 100 à la Jamaïque). La fréquence relative de l'encéphalite post-vaccinale en Hollande (140 cas de 1924 à 1927, 2 cas sur 60 000 vaccinations en 1928) a conduit le gouvernement hollandais à proposer d'enlever son caractère obligatoire à la vaccination à l'âge scolaire. Les recherches des savants hollandais, anglais et allemands, ont abouti à différencier définitivement les lésions anatomiques de l'encéphalite post-vaccinale de celles de l'encéphalite léthargique. On tend à rapprocher au contraire l'encéphalite post-vaccinale de celle qui s'observe parfois dans la rougeole, la variole, et aussi dans les paralysies antirabiques. Des exemples frappants de la suppression presque complète de la variole par la vaccination en masse de la population ont été donnés par l'Egypte, par l'Uruguay. L'emploi de lymphe desséchée, pour la vaccination sous les climats chauds, semble avoir eu des résultats satisfaisants dans certains pays, médiocres dans d'autres.

La vaccination contre la *tuberculose* par le B. C. G. ayant fait l'objet d'une communication à la session précédente, le Comité permanent avait invité le professeur Calmette à venir en exposer les principes et les résultats généraux. Elle a été appliquée à l'heure actuelle à environ 150.000 enfants, dont 80.000 en France; actuellement, les quantités de vaccin demandées à l'Institut Pasteur permettraient de vacciner 17 p. 100 des enfants naissant en France; certaines villes ont organisé la vaccination de tous les enfants à la naissance (La Rochelle, Béziers). La mortalité par tuberculose au cours de la première année, chez les enfants nés de parents tuberculeux et élevés en milieu contaminé, qui est en France en moyenne de 24 p. 100, est tombée à 0,9 p. 100 chez les vaccinés. Parmi les objections qui ont été faites à la méthode de vaccination préconisée par le professeur Calmette, il en est deux dont la réfutation était particulièrement intéressante : 1° le B. C. G. n'est-il pas susceptible de recouvrer la virulence? Or, il n'a jamais été possible, à aucun expérimentateur, de transformer le B. C. G. en souche virulente. Les lésions locales observées au point d'inoculation et dans le territoire lymphatique correspondant guérissent toujours spontanément, et ne contiennent pas de bacilles réinoculables en série; 2° la vaccination ne produit pas toujours l'allergie que révèle la cutiréaction. Or, la sensibilité à la tuberculine est très longue à s'établir à la suite d'absorption de bacilles par voie intestinale, et même après inoculation de quelques bacilles sous la peau. Aux renseignements donnés par le professeur Calmette sur les expériences de vaccination dans un grand nombre de pays se sont ajoutées des communications concernant la Suède, le Danemark, la Grèce, le Brésil et surtout la Roumanie, où la vaccination par le B. C. G. a été systématiquement pratiquée en 1927 dans trois arrondissements de Bucarest, et où elle sera étendue en 1928 à toute la capitale et à dix villes de province. On a très nettement observé à Bucarest un fait curieux, signalé aussi pour la France : la diminution considérable de la mortalité générale pour les enfants vaccinés, comparés aux non-vaccinés (4 p. 100, au lieu de 20,4 à 22,1 p. 100).

La discussion a mis en lumière les divergences considérables qui existent selon les pays entre les taux de mortalité chez les enfants nés de parents tuberculeux et élevés en milieu tuberculeux : 7 p. 100 au Danemark et dans la ville de New-York, 24 à 30 p. 100 dans d'autres pays. La proposition a été faite de donner suite au vœu exprimé par le professeur Calmette : que l'Office International d'Hygiène publique cherche à réunir des statistiques, faites pour les divers pays dans des conditions aussi identiques que possible, sur le taux de mortalité des enfants vivant en milieu tuberculeux.

Aux Etats-Unis, l'étude systématique de l'immunisation contre la tuberculose a été entreprise suivant une voie nouvelle : on cherche à isoler les substances chimiques auxquelles doivent être rapportées les diverses propriétés caractéristiques du bacille tuberculeux : un phosphatide, qui serait le facteur décisif de la résistance de l'organisme liée à la formation de la cellule épithélioïde; un polysaccharide, responsable de l'action toxique de la tuberculine à dose élevée.

Le Comité s'est encore entretenu de la fièvre ondulante, de la poliomyélite, à propos de l'épidémie de Roumanie, de la paralysie générale, de la malariathérapie, etc.

Quatre questions nouvelles ont enfin été abordées :

1° Les mesures à prendre contre le rhumatisme articulaire aigu;

2° L'intoxication par l'alcool méthylique;

3° La construction et la conception des hôpitaux;

4° L'assainissement technique des campagnes.

L. G.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

ET

TRAITEMENT DE CERTAINS ŒDÈMES CHIRURGICAUX DES MEMBRES

Par R. LERICHE et A. JUNG.

(Clinique chirurgicale A de la Faculté de Strasbourg.)

On trouve peu de documents chirurgicaux sur le traitement des œdèmes qui ne reconnaissent pas une cause médicale. La question est cependant très intéressante et mérite d'être analysée.

Mais quand on veut l'étudier, en partant de documents humains, il y a une précaution essentielle à prendre : il faut avant tout faire la preuve qu'il ne s'agit pas d'une *simulation* et ce n'est pas toujours chose facile. Pour y parvenir, il n'y a, à vrai dire, qu'un seul moyen, il faut varier les conditions et le moment des examens et ne pas craindre de faire ceux-ci à des heures insolites.

En voici un exemple :

OBSERVATION I. — Le 11 janvier 1928, un homme de vingt-cinq ans se présente à la clinique en se plaignant de douleurs dans le genou droit, et de gêne. Ces troubles seraient apparus à la suite d'une entorse du cou-de-pied remontant au 2 décembre 1927. Peu à peu l'œdème serait apparu, remontant jusqu'à mi-jambe. Jusqu'ici rien n'a amélioré le malade.

A l'examen, les articulations jouent normalement. Les téguments sont normaux, mais un peu plus rouges à droite. La circonférence du mollet montre 1 centimètre de plus de ce côté que de l'autre. La thermométrie locale ne montre aucune différence. L'oscillométrie donne un indice un peu plus faible de ce côté (4) que de l'autre (5). La radiographie ne montre rien d'anormal, et notamment pas de décalcification. Le malade est laissé au lit. Malgré cela, ni les douleurs, ni l'œdème ne diminuent. Malgré de nombreux examens à des moments variés, la cause de cet œdème nous demeure inconnu. Nous décidons de n'y rien faire. Le 24, après l'avoir examiné à 5 heures du soir, nous revenons brusquement sur lui à 7 heures et sans lui laisser le temps de se reconnaître nous le découvrons : un mouchoir était serré au-dessus du genou. Il y avait alors 1 centimètre de différence dans la circonférence des mollets et une légère hyperthermie.

Ces *œdèmes de striction* mériteraient d'ailleurs d'être étudiés dans leur mécanisme intime, car certainement ce ne sont pas seulement des œdèmes de stase. Il est probable que la vaso-constriction artérielle y joue un rôle et il est possible qu'à la longue celle-ci devienne une contracture permanente, car il y a de ces œdèmes qui durent et amènent des troubles marqués de la peau.

La nature réalise parfois des œdèmes de striction assez singuliers dont voici un exemple curieux :

OBS. II. — Un enfant de deux jours nous est adressé parce qu'aussitôt après sa naissance est apparu un œdème énorme du pied droit et de la partie inférieure de la jambe, au-dessous d'un petit sillon circulaire. Le pied est rouge, violacé, livide par endroits. La peau est prête à éclater. Elle est froide, luisante. On a l'impression d'une gangrène imminente, et la famille a été prévenue par le médecin de la probabilité d'une amputation.

Immédiatement, les deux bords du sillon sont excisés au bistouri, qui va dégager au fond même un petit lien scléreux, ressemblant à un catgut mal calibré qui fait trois fois le tour de la jambe et qui est libre à son bout terminal. Il s'agit évidemment d'une bride amniotique. Au fond du sillon, une fois l'excision faite, on aperçoit une rainure profondément creusée sur le tibia qui est rouge et très vascularisé. L'os était en train d'être coupé par cette bride qui a tranché déjà l'artère tibiale antérieure dont les deux bouts sont visibles. En arrière, les muscles sont entamés, mais vaisseaux et nerfs sont intacts. Pansement à plat; dès le soir, l'œdème a diminué, la coloration du pied tend à redevenir normale. Le pied s'est réchauffé et, dès le lendemain, il est évident que le pied est sauvé. De petits mouvements des orteils et du cou-de-pied sont possibles. Guérison rapide. Deux mois plus tard, l'enfant est revu en très bon état, mais gardant un pied un peu plus gros que l'autre, légèrement œdémateux. Le développement de l'enfant est normal. L'enfant est revu quatre mois plus tard, tout est normal sauf la région du tendon d'Achille. Il est manifeste que celui-ci a été coupé et le pied a une tendance à se mettre en talus, on y remédiera bientôt par une ténorraphie.

Cette observation, qui a un intérêt primordial au point de vue du mécanisme des lésions diaphysaires congénitales, est également curieux du fait de son œdème.

Expérimentalement, par striction, on n'obtient qu'un œdème peu intense par exemple sur l'oreille du lapin, mais si on excise préalablement le ganglion cervical supérieur, l'œdème est bien plus rapide et bien plus intense que du côté sain.

*
* *

Quand toute idée de simulation a été écartée, quand on s'est assuré qu'il ne s'agit ni d'une compression par tumeur distante, ni d'un œdème inflammatoire, ni d'une éléphantiasis, la plupart des œdèmes que l'on rencontre relèvent d'une *cause traumatique* ou d'une *cause veineuse*. Mais, avant de conclure, il faut, avant toutes choses, *penser à la syphilis* et toujours, même quand la réaction de Wassermann est négative, faire un traitement énergique (arsénobenzol et cyanure de Hg alternés). On sera parfois surpris de voir rapidement tout disparaître. Il s'agit vraisemblablement dans ces cas de thrombose veineuse incomplète.

En voici deux exemples :

OBS. III. — Un homme de vingt-huit ans nous est envoyé le 16 mai, parce que trois semaines auparavant brusquement son membre supérieur droit s'est mis à enfler, en même temps qu'apparaissait une sensation de fatigue et de pesanteur. Il avait eu l'impression que tout le sang s'accumulait dans son avant-bras et dans sa main, sans pouvoir en revenir. Quand il élevait le bras verticalement il se sentait mieux. Mais durant trois semaines les choses restèrent en état sans changement. Il s'agissait d'un pur œdème dur avec légère cyanose remontant jusque sous l'aisselle. La circonférence du bras était de 4 centimètree de plus que de l'autre côté. Il y avait un réseau veineux superficiel très apparent, surtout au bras devant le biceps, sur la poitrine et sur le grand pectoral. Oscillométriquement, circulation normale. Nous faisons le diagnostic de thrombose de la veine sous-clavière et on commence le traitement spécifique, malgré un Wassermann négatif, bien que le malade n'eût aucun antécédent personnel et appartienne à une famille de onze enfants. En huit jours l'amélioration est telle que toute gêne disparaît, et qu'il ne reste pour ainsi dire plus d'œdème.

Obs. IV. — Dans un autre cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-quatre ans, n'ayant jamais été malade, qui avait vu apparaître trois ans auparavant une ulcération à la face interne de la jambe, en même temps qu'apparaissait un œdème de plus en plus considérable. Quand nous vîmes le malade, on aurait dit une véritable éléphantiasis du pied avec une hypertrophie des éléments cutanés faisant d'énormes boursouflures. L'œdème atteignait le tiers supérieur de la jambe et s'étendait au-dessus de l'ulcération. C'était pour cet œdème qu'il nous était adressé.

En huit jours de traitement arsénobenzole on obtint la cicatrisation de l'ulcération et la disparition de l'œdème.

*
* *

Les *œdèmes d'origine traumatique* sont des œdèmes de mécanisme vaso-moteur qui apparaissent très vite après l'accident et qui sont souvent, sinon méconnus, du moins mal traités. Ce sont les anciens œdèmes durs, traumatiques de Secrétan que beaucoup d'auteurs rattachent à tort à la supercherie, ce qui empêche de les traiter comme il faut. Toujours est-il que ces œdèmes finissent par créer des infirmités définitives très grandes. On trouve dans des statistiques de Compagnies d'assurances des infirmités de 75 p. 100 données au bout de quatre à cinq ans par des experts qualifiés.

Cependant, l'horaire exact d'apparition de ces œdèmes permet en général de les rattacher très exactement à leur cause. Il est constant qu'ils apparaissent en effet brusquement quelque temps après le traumatisme à un moment où l'idée de simulation n'a pas encore germé.

Obs. V. — Dans un de nos cas, le malade travaillait à charger un wagon de marchandises, quand il reçut brusquement sur le dos de la main la porte de fer du wagon repoussée par un camarade. Cela lui fit très mal, et cependant il n'y avait rien de cassé et il pouvait remuer les doigts. Cinq heures après, en quelques instants, le dos de la main et les doigts devinrent le siège d'un œdème énorme qui persista quoi qu'on fit, jusqu'au jour où je pratiquai une sympathectomie humérale, soit cinquante-trois jours plus tard.

Cinq heures après l'opération, brusquement, la main devint brûlante et, en quelques instants, sans douleur, l'œdème disparut presque complètement. Le malade fut présenté alors à la Société de chirurgie de Lyon (1) en excellent état; deux mois plus tard le médecin du chemin de fer disait que le résultat fonctionnel excellent s'était intégralement maintenu.

Obs. VI. — Dans un autre cas récemment observé, un forgeron s'était donné un coup de marteau sur le médius droit. Il n'y eut pas de fracture, mais vive douleur, et quatre à cinq heures plus tard l'œdème apparut avec une sensation de chaleur diffuse et impotence progressive des doigts. Sept mois et demi plus tard il persistait identique. On avait parlé de tuberculose et mise en plâtre. Une sympathectomie faite le 9 juin a amené en quelques jours la complète disparition de l'œdème; douze jours plus tard, le malade est rentré chez lui guéri.

Ces œdèmes durs post-traumatiques ont des caractères assez particuliers; ils s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle très rapide et durable; les malades ne peuvent plus fermer le poignet et fléchir les doigts. La main est douloureuse à la pression; les mouvements le sont. La peau est souvent plus chaude que sur le dos de la main opposée, et cette hyperthermie s'étend parfois très loin. Dans un de nos cas, il y avait 34°1 de celle malade, et 32°1 de l'autre, à la main, et 34°1 contre 32°5 à l'épaule. Généralement il y a une atrophie globale du membre dépassant sa racine; les valeurs oscillométriques sont peu modifiées.

Il n'y a pas de modifications du squelette et notamment pas de raréfaction osseuse.

Ces cas guérissent rapidement et définitivement par les sympathectomies péri-artérielles, faites suivant le cas à l'humérale ou à la sous-clavière ou par les ramisections.

Nous avons plusieurs observations de ce genre. Le résultat est obtenu même s'il y a fracture. Ainsi dans un de nos cas le malade avait eu une fracture du radius qui fut mise de suite en plâtre. Quarante jours plus tard, la consolidation était obtenue en d'excellentes conditions, mais il y avait un œdème énorme de la main et de l'avant-bras, une impotence complète des doigts, et des douleurs extrêmement vives. Une sympathectomie humérale fut faite; l'œdème disparut rapidement, ainsi que les douleurs Sept mois plus tard il ne restait que la gêne due à la fracture qui était intra-articulaire. Il n'y avait plus d'œdème et les mouvements des doigts étaient normaux.

Volontiers nous dirions en terminant que ces œdèmes, liés aux troubles vaso-moteurs post-traumatiques, sont le triomphe des opérations sympathiques et cette efficacité des sympathectomies fait bien la preuve de leur mécanisme.

*
* *

Les œdèmes d'origine veineuse sont d'apparence plus complexe. On les attribue généralement à de la stase, et cependant nous savons bien :

1. Que la simple ligature veineuse, même celle des gros troncs, n'amène pas d'œdème ou ne cause qu'un léger œdème passager.

2. Que la suppression de longs segments veineux comme la totalité de la saphène interne ne produit pas d'œdème.

Il faut donc chercher ailleurs le mécanisme des œdèmes d'origine veineuse. Dans diverses communications (1), l'un de nous a montré que l'apparition de l'œdème était liée à l'existence d'une périveinite, et que la suppression des veines oblitérées faisait disparaître l'œdème.

Certaines de nos observations nous permettent de saisir ce fait sur le vif dans des conditions vraiment expérimentales. Ainsi la suivante :

Obs. VII. — Un homme de trente-sept ans entre à la clinique le 24 mai 1926 pour d'énormes varices congénitales du

(1) Leriche. Œdème dur aigu posttraumatique de la main avec impotence fonctionnelle complète. Transformation soudaine cinq heures après sympathectomie humérale, *Lyon chir.*, 1923, t. XX, n° 6, p. 814.

(1) Leriche. Traitement chirurgical des suites éloignées des phlébites et des grands œdèmes non médicaux des membres inférieurs, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 9 fév. 1927. — Sur l'importance de la périphlébite dans la genèse des accidents tardifs consécutifs aux oblitérations veineuses, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 6 avril 1927.

membre inférieur gauche. Les dilatations veineuses sont devenues gênantes à partir de 1914 en captivité. Elles sont très développées, et il y a tous les signes d'une insuffisance valvulaire nette. Le 30 mai, anastomose saphéno-fémorale sous rachi-anesthésie. Opération très correcte. Un mois plus tard on se rend compte que la saphène interne est thrombosée dans toute son étendue. On laisse le malade au lit pendant deux mois; quand il se lève, un fort œdème apparaît à la jambe, il y a 4 centimètres de différence avec le côté opposé. Le repos ne fait pas disparaître l'œdème complètement. On fait alors l'extirpation de toute la saphène depuis son implantation fémorale jusqu'à la cheville. L'œdème diminue beaucoup dès le soir même. Trois jours plus tard, il n'y en a plus trace. Puis le huitième jour il fait un retour offensif et disparaît pour ne plus reparaître même après une journée de marche.

Il ressort de ce fait avec évidence que l'œdème n'était pas dû à un trouble de la circulation veineuse au niveau de la saphène, à une stase. Après la saphénectomie, du point de vue purement hydraulique, la circulation n'était pas en soi différente de ce qu'elle était quand la veine était thrombosée; dans les deux circonstances la veine n'existait pas. La disparition de l'œdème après saphénectomie montre qu'il était dû à un trouble de la vasomotricité né au niveau de la paroi veineuse. De même que dans les oblitérations artérielles, la suppression de la zone oblitérée paraît faire cesser des réflexes nés dans la paroi qui troublent la circulation de retour.

Dans un autre cas d'œdème, nous avons observé exactement la même évolution après saphénectomie chez un homme de cinquante-trois ans. L'œdème était apparu après une thrombose d'une saphène variqueuse avec ulcère. Toute la jambe et le pied étaient rouges, très augmentés de volume. La saphène présentait une série de dilatations sacciforme thrombosées. L'ablation de toute la saphène fit disparaître complètement l'œdème.

L'œdème dit de stase n'est donc pas dû dans ces cas à de la stase. C'est là aussi un œdème vasomoteur, et c'est en tant que sympathectomie qu'agit la résection du tronc oblitéré.

Expérimentalement ce rôle de la vaso-motricité est du reste indéniable; nous avons repris à ce sujet les vieilles expériences de Roger et Josué, et celles de Le Calvé. Sur dix lapins, nous avons lié les trois veines principales des deux oreilles. Nous n'avons pas obtenu d'œdème; mais de suite après les ligatures, ou quelques jours plus tard nous enlevions le ganglion cervical supérieur, un œdème abondant apparaissait du côté sympathectomisé.

D'autre part, nous avons thrombosé des veines avec des solutions de salicylate de soude après large isolement sans observer d'œdème sauf une fois. Quand, au contraire, les connexions du segment thrombosé étaient respectées, quand il y avait de la péri-phlébite, l'œdème apparaissait.

Il faut donc désormais considérer que *l'élément vaso-moteur joue un rôle considérable dans la pathogénie des œdèmes consécutifs aux phlébites, et qu'après une phlébite c'est l'élément adventiciel qui joue le plus grand rôle dans la genèse des séquelles plus ou moins tardives,*

On peut d'ailleurs observer des œdèmes importants sans qu'il y ait oblitération veineuse. Nous avons à ce sujet recueilli une observation très intéressante :

OBS. VIII. — Un homme jeune fait le 9 septembre 1922 une chute de cheval et est relevé avec une fracture du fémur à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Les fragments sont multiples. On met divers appareils d'extension et finalement, à la fin de septembre, un appareil de marche de Delbet. Quelques jours plus tard, un brusque infarctus pulmonaire avec ascension thermique à 39 degrés fait cesser toute tentative de mobilisation. On remplace l'appareil de marche par un grand plâtre dans lequel, sans autre incident, la consolidation se fait dans de bonnes conditions. Le 18 décembre le plâtre est enlevé. Le 12 janvier la marche est reprise. Presque aussitôt apparaît de l'œdème qui remonte jusqu'à mi-cuisse. Cet œdème persista mais très atténué, si bien qu'en 1923, le malade put faire du service militaire au Maroc. A ce moment, il n'y avait que de l'œdème péri-malléolaire et postérieur. Vie active.

Au milieu de 1926 phénomène nouveau : apparition de varices volumineuses de la jambe, d'abord sur le trajet de la saphène interne de la cuisse, puis dans le domaine de la saphène externe. En même temps se montrent des douleurs, des fourmillements, et l'œdème augmente considérablement.

Ces trois symptômes vont croissant. L'œdème donne 3 centimètres de circonférence de plus à la cuisse et 5 au mollet. Les varices deviennent énormes : enchâssées dans la peau, amincie, elles semblent prêtes à éclater. Les douleurs rendent la vie professionnelle très difficile.

C'est dans ces conditions que nous voyons le malade en novembre 1927. Il nous semble après examen que les accidents doivent être rattachés à une thrombose de la veine fémorale au voisinage du foyer de fracture, et contemporaine de l'infarctus plus haut signalé. Le 11 janvier sous rachianesthésie, les vaisseaux fémoraux sont découverts du triangle de scarpa au milieu du canal de Hunter. Dans la partie supérieure de la découverte, il sont normaux. Dans le tiers inférieur, au voisinage du canal de Hunter, ils sont englobés dans un tissu fibreux dense qui s'enfonce dans la profondeur jusqu'au voisinage de l'ancien foyer de fracture. Celle-ci est d'ailleurs bien réduite, presque bout à bout, et le cal est tout à fait régulier.

L'artère est dégagée au bistouri; enserrée dans le tissu cicatriciel, elle ne bat pas, et sa libération est difficile. Elle est sympathectomisée. Deux canaux veineux l'accompagnent, tous deux très développés, gros comme une artère terminale. Sous l'artère la veine fémorale est enserrée, à demi vide, aplatie; si on la vide par expression et compression, elle ne se remplit que très lentement, de bas en haut, sans avoir le brusque gonflement que l'on observe sur une veine fémorale normale. Pour la libérer complètement, il faudrait mettre le malade sur le ventre et inciser dans le creux poplité. Etant donné la durée de l'intervention, on s'en tient là en remettant le deuxième temps à une séance ultérieure si besoin est.

Les suites furent des plus simples. Les douleurs disparurent vite ainsi que l'œdème. Le lever eut lieu au bout de quatorze jours. Afin d'éviter la production d'une cicatrice trop exubérante, nous fîmes faire de la radiothérapie.

Le 1er février, soit dix-huit jours après l'opération, le malade vient nous voir, ayant marché pendant plus d'une heure sans fatigue et sans douleur, ayant le mollet souple. Les varices sont toujours présentes, mais beaucoup moins saillantes et moins tendues. Le résultat est excellent. Un mois plus tard nous apprenons que le malade a dansé et en mai qu'il va bien.

Sans doute le résultat n'est pas complet, et nous pensons que pour qu'il le soit, il faudrait compléter l'intervention en libérant et peut-être en réséquant le segment huntérien et poplité supérieur de la veine. Ce sera peut-être fait un jour.

Mais tel quel, le résultat obtenu est déjà très appréciable thérapeutiquement parlant.

Pathologiquement parlant, il montre que l'orientation de ces recherches est bonne, et qu'il y a lieu de persister dans les essais que nous poursuivons sur la thérapeutique de l'œdème.

* * *

En dehors de ces faits, il y a des cas d'œdème dont, pour l'instant, nous n'arrivons pas à reconnaître la cause, et pour lesquels tous les traitements échouent. En voici un exemple :

Obs. IX. — A. W... se présente le 20 avril 1927 à la clinique pour un œdème douloureux de la main droite.

Dans ses antécédents, un seul fait mérite d'être signalé : elle a fait en mai 1925 une fièvre typhoïde qui a guéri sans complications.

Le début de son œdème remonte au mois de février 1926. Durant une nuit, la malade fut subitement prise d'une douleur violente localisée d'abord aux doigts, puis rapidement étendue à l'avant-bras droit. Très vite les doigts, la main, l'avant-bras devinrent le siège d'un gros œdème mou et violacé, froid et douloureux au toucher. Une fièvre de 39 à 40 degrés accompagnait cet état qui se prolongea pendant quatre semaines.

Elle se fit admettre à la Clinique chirurgicale de Fribourg-en-Brisgau où l'on semble avoir cru à une tumeur blanche du poignet; on lui parla de ce diagnostic et pour le vérifier on fit deux incisions à la face dorsale du poignet qui n'eurent évidemment aucun résultat. On lui fit alors du soleil artificiel, de la diathermie. On lui suspendit son bras pendant quinze jours dans la verticale. Rien ne réussit à améliorer son état.

Un séjour à la Clinique de Heidelberg, durant lequel on lui fit faire également de la physiothérapie ne lui procura aucun soulagement.

Le 20 avril 1927, la malade nous est adressée à la Clinique chirurgicale A. L'œdème des doigts, de la main, de la moitié inférieure de l'avant-bras droit est énorme ; les doigts sont boudinés, en demi-flexion; tout mouvement de flexion ou d'extension est très pénible et presque impossible. Toutes ces parties sont le siège d'une douleur constante et intense. La malade laisse pendre son bras malade le long du corps; c'est l'attitude la moins douloureuse. Là où siège l'œdème les téguments sont livides et de glace au toucher.

L'examen du squelette et des articulations ne montre rien d'anormal. L'examen neurologique est absolument négatif. Il n'y a aucune trace de striction. Toute idée de simulation peut être écartée après quelques jours d'observation hospitalière au lit.

Les mensurations donnent les résultats suivants :

	A DROITE cent.	A GAUCHE cent.
Pourtour du poignet au niveau de l'apophyse styloïde du radius...	19,3	16,3
Pourtour du milieu de l'avant-bras.	24,3	21,7
Pli du coude....................	27	24,5
Bras, à 10 centimètres au-dessus du pli du coude..............	29	26

L'oscillométrie est faite au poignet, à l'avant-bras, au bras du côté malade et du côté sain.

Au poignet droit et à l'avant-bras près du pli du coude, les oscillations sont un peu plus fortes à droite qu'à gauche. L'indice le plus élevé est de 3 1/2 à droite et de 2 3/4 à gauche.

Au bras, nous notons l'inverse : les oscillations sont plus ortes à gauche, donc du côté sain. L'indice atteint 6 à gauche et 4 à droite.

Après bain chaud :

Au poignet droit, malade, la variation est considérable : l'indice passe de 1/2 avant le bain chaud à 2 1/2 après le bain chaud.

Au poignet gauche il y a peu de variation : les oscillations restent sensiblement les mêmes, c'est-à-dire autour de 1.

Aux bras, même constatation, l'indice ne passe que de 3 à 3 1/4.

L'oscillométrie après bain froid ne peut être faite, le contact de l'eau froide étant extrêmement douloureux.

En somme, ce qui frappe dans cette épreuve c'est que le poignet droit, siège du maximum de troubles, est également le siège des oscillations les plus élevées (toutes proportions gardées). C'est encore lui qui réagit au bain chaud par l'augmentation la plus élevée de l'indice oscillométrique.

La tonométrie au Gaertner donne un indice de 9 des deux côtés.

La thermométrie locale indique :

Au poignet droit : 28 degrés. Au poignet gauche : 30°8.

Au bras droit : 27°9. Au bras gauche : 31 degrés.

Il y a, par conséquent, une température superficielle bien plus basse du côté malade que du côté sain.

Le 29 avril 1927, sous anesthésie locale, nous pratiquons la section des rameaux communicants issus du ganglion étoilé droit, en présence du professeur Finnochietto. On prélève un fragment du ganglion pour l'examen histologique; celui-ci montre une sclérose discrète, mais indiscutable, suivant essentiellement les trajets vasculaires (docteur Oberling).

Au cours même de l'opération, dès la section des vaisseaux, la malade déclare ne plus souffrir de sa main. Encore sur la table, avant la suture de la plaie, elle remue librement les doigts, le poignet, l'avant-bras. De même la main a changé de couleur; elle est rouge lorsqu'on la découvre sous les champs et non plus violacée. Elle est chaude. Toute douleur à l'effleurement et au toucher a disparu. Il y a un léger Claude Bernard-Horner et la voix est un peu voilée.

La température cutanée est :

Au poignet droit : 35°4. Au poignet gauche : 32°6.

Au bras droit : 34°4. Au bras gauche : 33°5.

Il y a par conséquent une élévation considérable du côté opéré, comme après toute ramisection.

L'oscillomètre montre que :

Au poignet, l'indice monte à 3 des deux côtés; les oscillations commencent très haut.

Au bras, l'indice s'élève à 4 1/2 à droite, il reste à 2 1/2 à gauche.

Cinq heures après l'intervention la main est dégonflée; les sillons et les plis s'y dessinent et la peau se laisse facilement plisser. La peau est rose. Toute trace d'œdème a disparu.

Le 30 avril 1927, la malade a une légère et courte crise douloureuse dans la main droite, la main devient froide et douloureuse; les mouvements des doigts sont pénibles. Puis, trois quarts d'heure après, tout rentre dans l'ordre.

Dans les jours qui suivent les crises se répètent plusieurs fois, et le 2 avril les douleurs, quoique très légères, redeviennent continues; l'œdème s'ébauche de nouveau; il reste d'abord peu apparent, mais persiste, et bientôt il est tel qu'avant.

L'oscillométrie donne les renseignements suivants : au poignet droit, l'aiguille marque un indice de 1 3/4, tandis qu'à gauche il n'atteint que 1 1/3. Les oscillations sont donc bien plus basses qu'immédiatement après l'intervention.

Au bras, les oscillations sont, à peu de choses près, ce qu'elles étaient immédiatement après l'opération; ainsi l'indice monte à 6 du côté droit et à 3 1/2 du côté gauche.

La température est basse, inférieure à 28 degrés à la main et à l'avant-bras droits; elle est de 28°3 et de 28°7 à gauche. (L'hyperthermie n'a donc pas persisté comme habituellement.)

En présence du retour à l'état antérieur, nous pratiquons le 7 mai 1927 une sympathectomie périhumérale droite.

Comme lors de l'intervention précédente, l'œdème et les

douleurs disparaissent sur la table d'opération. En quelques secondes, la température monte à 34°1 à la main droite, alors qu'elle n'est que de 31°6 du côté gauche.

Mais les oscillations restent basses; et, à droite comme à gauche, l'indice ne dépasse pas 1 1/2 aux poignets. Le soir, guérison complète.

Cinq jours plus tard, le 12 mai 1927, les douleurs et l'œdème reparaissent. La main droite est de nouveau froide, les oscillations sont basses des deux côtés et ne s'élèvent pas, même après le bain chaud, au-dessus de 1 1/2 aux poignets.

Pendant le mois de juin, la malade est traitée par des injections de novarsénobenzol. Une amélioration passagère semble se manifester après la deuxième injection (0g30), mais elle ne tient pas et rapidement tout revient à l'état antérieur.

Ces traitements ayant échoué, nous essayons d'étudier la réaction chimique de son œdème; on retire une petite quantité de liquide; il présente une très forte réaction alcaline : pH = 8,2 (professeur Vlès). On injecte alors sous les téguments des régions œdématiées plusieurs centimètres cubes d'une solution tampon aux phosphates; l'œdème et les douleurs disparaissent pendant un jour, puis reviennent identiques à ce qu'elles étaient avant.

En somme, échec thérapeutique complet et la nature de l'œdème reste inconnue.

La malade est revue en 1927 à différentes reprises, toujours dans le même état, puis est perdue de vue.

***

De pareils faits sont rares. Ils doivent être connus, car ils montrent que, là où aucune idée pathologique ne peut servir de guide, il vaut mieux s'abstenir d'intervention. Toute cette chirurgie doit reposer sur une analyse pathogénique serrée, car les thérapeutiques purement empiriques ont toujours les plus grandes chances d'échouer.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PROTECTION DE L'ENFANCE

(Paris, 8-12 juillet 1928.)

Le Congrès international de protection de l'Enfance qui vient de se tenir à Paris au cours de la Quinzaine sociale internationale s'est ouvert le dimanche 8 juillet, à la salle Pleyel, sous la présidence de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale.

Les travaux du Congrès ont commencé dès le lendemain. Les congressistes étaient dirigés en cinq sections coordonnées avec autant d'activité que d'amabilité par le secrétaire général M. Lesage.

La première section étudiait les *Maisons maternelles*, sous la haute direction du professeur Couvelaire, assisté du docteur Lacomme.

La deuxième section, dirigée par M. le professeur Marfan, assisté de M. J. Florand, s'occupait de la *Première enfance*, et étudiait les moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel.

La troisième section, dirigée par le professeur Nobécourt, assisté du docteur Jean Hutinel était consacrée à la *Seconde enfance* et à l'étude des établissements de plein air au double point de vue médical et pédagogique.

La quatrième section : *Service social* était placée sous la direction de M. le docteur Jules Renault.

La cinquième section enfin, *Enfance malheureuse* ou moralement abandonnée était dirigée par M. Henri Rollet, juge au tribunal de la Seine assisté du docteur Georges Paul-Boncourt.

Les travaux du Congrès ont été accompagnés de nombreuses visites ou excursions ainsi que de plusieurs réceptions dont celle de M. le sénateur Strauss, à Louveciennes, a été plus particulièrement somptueuse et a laissé un souvenir profond aux congressistes.

PREMIÈRE SECTION

Les maisons maternelles

M. Trillat, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon était chargé du rapport général sur les maisons maternelles. On sait qu'une maison maternelle est une institution où, sous la garantie du secret, sont hébergées des femmes saines en état de gestation, où elles peuvent accoucher, où elles demeurent enfin après l'accouchement pendant tout le temps que dure l'allaitement maternel.

Le rapporteur fait l'historique de la question, étudie les diverses catégories de maisons maternelles, refuge prénatal, refuge d'accouchement et refuge d'allaitement. Il étudie ensuite l'organisation de ces maisons.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Diminution du nombre des avortements, diminution du nombre des prématurés et des débiles, diminution de la morti-natalité, de la mortalité puerpérale, du nombre des abandons d'enfants et de la mortalité infantile.

Les résultats d'ordre moral sont aussi considérables, le seul fait de trouver un refuge immédiat suffit souvent à donner à la malheureuse en détresse un réconfort qui lui permet d'envisager l'avenir avec moins de frayeur. Un grand nombre obtiendront de leur famille de rentrer au foyer paternel.

Le rapporteur conclut ainsi :

« La protection de la mère et de l'enfant ne peut être réalisée de façon complète que par la création de Maisons maternelles.

« Les Maisons maternelles doivent être considérées comme faisant partie des établissements d'assistance de première nécessité au même titre que les hôpitaux et les hospices.

« Le devoir de l'Etat est de leur donner un statut légal qui assurera leur existence et leur fonctionnement. »

Des rapports spéciaux ont été lus sur la même question par Miss J. Halford, O. B. E. (Angleterre) et Mlle Marthe Erlich, professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de Varsovie.

DEUXIÈME SECTION

Des meilleurs moyens d'encourager et de développer l'allaitement maternel

M. le professeur P. Lereboullet, rapporteur général, expose dans son rapport la question sous son double aspect médical et social.

Il rappelle la supériorité et l'efficacité de l'allaitement maternel et énumère les causes de l'abandon trop fréquent de cet allaitement : causes d'ordre physiologique ou médical, exceptionnelles mais réelles, causes d'ordre moral fréquentes, la mère se laissant trop facilement persuader qu'elle peut se dispenser du devoir d'allaiter, causes d'ordre social, les plus importantes actuellement, le travail de la mère hors du foyer familial rendant souvent impossible l'allaitement au sein. C'est sur ces causes d'ordre social qu'il faut surtout agir.

Le rapporteur passe en revue les moyens visant les trois ordres de causes, et, dans chaque chapitre, met en relief l'importance primordiale de bonnes infirmières visiteuses, formées de bonne heure à la puériculture et convaincues elles-mêmes de la supériorité de l'allaitement au sein. Ce sont elles qui peuvent convaincre la mère qu'elle peut et doit nourrir et qui peuvent agir pour qu'elle ait les moyens matériels de le faire. Après avoir énuméré les divers moyens de persuader les mères de cette nécessité de l'allaitement au sein et notam-

ment l'influence de l'enseignement dès l'école même de cette notion, M. LEREBOULLET développe surtout la question des moyens d'ordre social et matériel. Il montre successivement l'influence des lois d'assistance, influence certaine mais limitée, celles des œuvres d'assistance publique et privée, au premier rang desquelles les maisons maternelles et les asiles d'allaitement, celle surtout de l'assistance patronale. L'auteur énumère tous les efforts faits ces dernières années soit pour créer des crèches d'usine ou des chambres d'allaitement (dont les avantages sont certains, mais les frais souvent élevés), soit surtout pour développer, grâce aux allocations familiales les primes d'allaitement permettant à la mère d'être, à son foyer, la nourrice payée de son enfant pendant les premiers mois. Il montre les résultats des initiatives prises de diverses côtés et conclut à la nécessité de développer et les chambres d'allaitement et surtout les allocations afin que les femmes qui le peuvent dirigent leur foyer sous le contrôle et avec l'aide de bonnes infirmières visiteuses. Secourir la mère et protéger l'enfant est bien, consolider et restaurer la famille ouvrière en lui assurant des conditions de vie suffisantes est mieux encore et c'est ce qui rend si intéressant l'effort actuellement poursuivi dans le sens des allocations familiales.

M. LEREBOULLET conclut en souhaitant qve les efforts faits en faveur de l'allaitement maternel soient coordonnés et que l'action parallèle des législateurs, des philanthropes et des employeurs permette aux mères qui, le plus souvent, peuvent physiologiquement allaiter, d'avoir la volonté de le faire et d'en obtenir les moyens matériels.

Des rapports spéciaux ont été encore lus par MM. le docteur Solon-Veras (Athènes), le professeur Brandt (Oslo), le docteur Gromski (Varsovie), le professeur de Groer (Lwow), le professeur Ernesto Cacace (Naples), le professeur Matija Ambrosic (Belgrade), Mme le docteur Helen Mc. Murchy (Ottawa).

TROISIÈME SECTION

L'éducation dans des écoles de plein air au point de vue pédagogique.

M. Ad. FERRIÈRE, docteur en sociologie, directeur adjoint du bureau international d'éducation de Genève, rapporteur général.

Le côté pédagogique est le seul envisagé ici. Le rapport se divise en quatre parties :

1. Ecoles de plein air, externats pour enfants délicats.
2. Internats pour enfants délicats ou préventoriums.
3. Ecoles de plein air pour enfants bien portants.
4. Internats ou écoles nouvelles à la campagne.

Organisation des établissements de plein air pour enfants au point de vue médical.

M. le docteur DUFESTEL (de Paris), rapporteur général, indique les catégories d'enfants qui doivent bénéficier des écoles de plein air. Avec Génévrier, il pense qu'elles doivent être réservées aux tuberculeux latents, aux enfants en contact avec un tuberculeux contagieux, aux anémiques, aux convalescents, aux rachitiques.

Tous les malades présentant des symptômes d'activité morbide, les fiévreux, les cardiaques, les porteurs d'affections ganglionnaires en voie de suppuration ou d'affection ostéo-articulaire, les paralytiques, les indisciplinés, les anormaux et les incontinents urinaires seront exclus.

Après avoir donné différents détails sur l'organisation et le fonctionnement de ces écoles, le rapporteur propose les vœux suivants :

1. Toute école devra avoir dans son voisinage un terrain de jeux sur lequel les enfants seront conduits chaque jour.

2. Les heures de classe ne dépasseront pas trois heures pour les enfants de six à neuf ans et quatre jusqu'à treize ans.

L'organisation scolaire permettra de faire conduire les enfants sur les terrains de jeux pendant au moins deux heures par jour et au moment où ils pourront le mieux profiter de l'influence bienfaisante du soleil.

3. En attendant la réalisation de ces desiderata les établissements de plein air de toute nature adaptés aux habitudes des différentes contrées seront multipliés dans tous les pays.

Des *rapports spéciaux* sur les écoles de plein air dans les différents pays ont été lus par MM. Ferrière (de Genève), Demaseure (de Bruxelles), le professeur Ragazzi (de Gênes), M. Gaston Lemonier, Miss Margaret Mc Millian (Angleterre), Miss Mary E. Murphy (Chicago), don Eduardo Masip (Madrid), les docteurs Em. Lampadarios (Athènes) et Kita (Tokio).

Colonies de vacances.

Cette importante question est étudiée dans le rapport très documenté de M. le docteur Dequidt, inspecteur général au ministère de l'Intérieur. Il termine par les vœux suivants :

Considérant :

1° Que les colonies de vacances et œuvres de plein air favorisent heureusement le développement physique et l'éducation morale de l'enfance et de l'adolescence, et contribuent efficacement à la protection de la santé publique, notamment dans la lutte contre la tuberculose;

2° Que ces institutions, sous leurs formes multiples, poursuivent un but commun, par des moyens identiques, que leur rendement pratique est sous la dépendance de leur organisation technique et administrative, de leurs méthodes de fonctionnement, du contrôle critique de leurs résultats, et que l'expérience de chacune d'elles peut favoriser le progrès de toutes;

3° Qu'une coopération entre les peuples qui s'est déjà manifestée par des échanges internationaux de vacances peut être des plus fécondes dans ce domaine;

Vu le rapport de M. le docteur Dequidt, président du Comité national français des colonies de vacances et œuvres de plein air.

Le Congrès émet le vœu :

Que soit créé un organisme international de documentation, d'échanges de vues et de collaboration, chargé, sous l'égide du Bureau international du travail et de la section d'hygiène de la Société des Nations, d'assurer une liaison utile entre toutes les organisations nationales de colonies de vacances et œuvres de plein air.

L'Hygiène de l'écolier est enfin étudiée par Mme Mascart, secrétaire général de « l'hygiène par l'exemple ».

Avec les deux dernières sections consacrées, l'une au *Service social* et aux idées directrices de ce service social dans la protection de l'enfance, l'autre à l'*Enfance malheureuse ou moralement abandonnée*, nous sortons un peu du domaine médical. Dans l'une et l'autre de ces sections on entendit des rapports très documentés qui montrent tout ce que l'initiative privée, autant que celle des différents Etats, a pu réaliser jusqu'ici pour la protection de l'enfance. L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1928)

Parkinsonisme post-commotionnel. — MM. FAURE-BEAULIEU et DESBUQUOIS présentent un homme de cinquante-deux ans, qui, il y a douze ans, trois mois après une violente commotion par éclatement d'obus, s'est mis à trembler, puis à devenir roide et figé : par une progression lente et ininter-

rompue, s'est constitué un syndrome parkinsonien typique et accentué. Les deux particularités cliniques aberrantes de ce cas consistent en une manœuvre bizarre, rappelant la démarche de kanguroo, par laquelle le malade fait demi-tour, et une kinésie paradoxale de la phonation, qui fait que le malade parle spontanément à voix chuchotée, ne peut atteindre le registre normal, mais peut aisément crier en articulant correctement.

Les auteurs insistent tout particulièrement sur les circonstances étiologiques qui ont présidé à l'éclosion de ce syndrome parkinsonien. En confrontant leur cas avec plusieurs autres publiés depuis que les notions se sont précisées sur la nature du parkinsonisme, en particulier avec un cas récent de MM. Crouzon, Lévy et Justin Besançon, présenté à la Société, ils estiment qu'il plaide éloquemment en faveur du rôle du traumatisme dans la genèse du syndrome parkinsonien. Après avoir discuté les objections soulevées, ils s'arrêtent à l'hypothèse de foyers hémorragiques dans les noyaux gris centraux, suivis d'un lent processus d'organisation conjonctive péri-focale, qui se manifeste par un syndrome parkinsonien à évolution également lente et progressive.

Contribution à l'étude des voies nerveuses du nystagmus. — M. Van Gehuchten.

Troubles de l'écriture au cours d'états somnolents encéphalitiques. — M. J. Froment (de Lyon) étudie les modifications de l'écriture que provoquent certains états somnolents encéphalitiques. Elles diffèrent, sur plus d'un point, de celles qui sont liées aux équivalents comitiaux et qui ont été récemment caractérisées par Souques.

L'écriture est grosse, irrégulière; les lignes montent, descendent, se croisent parfois : la discipline graphique habituelle est en défaut. Mais l'orthographe et la ponctuation peuvent être assez bien respectés, avec peu d'agrammatisme. Le style, différent du style normal, peut y rester imagé, coloré et régi par un certain sens esthétique. Le malade, au moment même où il les subit, paraît souvent avoir une vague conscience des perturbations de son écriture.

L'isothermognosie par lésion médullaire antéro-latérale (cordotomie chirurgicale et spontanée). — MM. Sicard, Haguenau et Bise ont décrit une perversion de la sensibilité caractérisée par la transformation en sensation de chaleur des impressions diverses recueillies au niveau des régions du corps tributaires du segment de moelle cordotomisé.

Ils étudient les isothermognosies par cordotomie opératoire (Robineau) ; par cordotomie à la suite de l'alcoolisation locale médullaire, ou par envahissement en coin dans la moelle d'un bourgeon cancéreux ou par une hématomyélie. Ils montrent tout l'intérêt localisateur de ce syndrome de dysesthésie spéciale qui peut se retrouver également dans certaines lésions cérébrales.

Syndrome cérébelleux progressif avec syndrome de Parinaud (syndrome de la région quadrigéminale). — MM. Georges Guillain et Noël Péron présentent une malade de quarante-neuf ans, chez laquelle s'est installé en quelques années un syndrome cérébelleux progressif et bilatéral associé à des troubles oculaires; les signes cérébelleux se caractérisent par l'existence d'un tremblement oscillatoire au repos et de mouvements anormaux de la face et des doigts. L'asynergie, la dysmétrie, le tremblement sont typiques. En même temps s'est constituée une paralysie des mouvements verticaux du regard et une atteinte partielle de la convergence sans signes pupillaires.

Il s'agit d'une atteinte vraisemblable de la région de la calotte pédonculaire au niveau des tubercules quadrijumeaux. On ne peut incriminer avec certitude ni un néoplasme, ni l'encéphalite, ni la syphilis. L'évolution rappelle celle de certaines atrophies cérébelleuses tardives.

Le traitement des tics par la médication antisyphilitique. — M. L. Cornil (de Nancy), sans vouloir rien généraliser au sujet de la pathogénie des tics, a été frappé par leur fréquence chez les syphilitiques. Il rapporte 14 observations d'enfants, plus ou moins nettement entachés d'hérédo-syphilis, chez lesquels les tics ont disparu ou se sont atténués à la suite d'un traitement spécifique.

Le traitement de la sclérose en plaques par le choc électif que détermine l'injection intraveineuse de sérum antipoliomyélitique. — M. L. Cornil (de Nancy) a traité 11 malades atteints de sclérose en plaques par l'injection intraveineuse de sérum antipoliomyélitique. Cette injection détermine un choc protéique plus ou moins intense, qui se distingue des autres chocs protéiques par la réaction méningée qui l'accompagne. Or, sur 11 malades atteints de sclérose en plaques et traités de cette manière, 7 ont été améliorés, quelques-uns même dans des conditions inespérées. Les 4 autres, qui n'ont pas été améliorés, n'avaient pas présenté de phénomènes de choc à la suite du traitement.

M. Sicard fait des réserves sur l'efficacité des diverses thérapeutiques de choc aux étapes tardives de la sclérose en plaques. MM. Guillain et Sicard notent que, dans certains cas, la sclérose en plaques paraît influencée d'une manière plutôt fâcheuse par le traitement de choc. M. Ayala (de Rome) a vu, dans un cas, une injection intraarachnoïdienne de sérum de cheval être suivie, pendant un an, d'une rémission complète des symptômes de la sclérose multiloculaire.

MM. Guillain et Péron ont essayé le sérum antipoliomyélitique dans deux cas de sclérose latérale amyotrophique. Le résultat a paru, jusqu'à présent, assez encourageant.

Mal perforant plantaire familial. Syringomyélie lombaire probable. — MM. Georges Guillain et A. Thévenard présentent un jeune homme de vingt-deux ans qui, depuis l'âge de seize ans, souffre d'un mal perforant plantaire sujet à de fréquentes récidives. L'existence des troubles sensitifs discrets aux deux membres inférieurs, avec le type de la dissociation syringomyélite dans le domaine de L_4 et L_5, l'exagération des réflexes tendineux et quelques troubles vaso-moteurs au membre inférieur droit, autorisent le diagnostic de syringomyélie lombaire. Fait important, le frère aîné du malade a souffert, de treize ans à vingt-cinq, d'un mal perforant d'aspect et de localisation analogues, auquel s'ajoutaient de gros troubles trophiques des deux mains.

Crises vaso-motrices et crises ménièriformes par venin d'abeilles. — M. Catola (de Florence).

Traitement des algies rebelles de la face d'origine néoplasique par la neurotomie rétrogassérienne. — M. Roussy présente un homme atteint d'épithélioma spino-cellulaire de la muqueuse buccale, accompagné d'algies intenses qui persistaient après le traitement rœntgenthérapique et curiethérapique. La neurotomie rétrogassérienne, pratiquée par M. de Martel, a fait disparaître immédiatement les douleurs.

La narcolepsie et la cataplexie postencéphalitiques. — M. Jean Lhermitte et Mlle Alice Roque. A plusieurs reprises, M. Lhermitte a insisté, avec exemples à l'appui, sur la fréquence relative de la narcolepsie en apparence idiopathique, qui survient chez les sujets atteints de troubles légers, mais indiscutables, de parkinsonisme. La première malade présentée est un nouvel exemple de narcolepsie qui paraît essentielle, et qui est apparue consécutivement à une attaque typique d'encéphalite oculo-léthargique. Les deux particularités intéressantes consistent, d'une part, dans l'absence complète de tout symptôme organique, et, d'autre part, dans la durée prolongée de la période silencieuse pré-narcoleptique.

La seconde malade présentée est atteinte de parkinsonisme évident, mais, chez elle, aux crises de narcolepsie s'associent des attaques cataplectiques. Ce fait nouveau est un témoin

de la parenté qui unit la narcolepsie et la cataplexie; cela montre aussi que la cataplexie s'avère réellement une perturbation de la fonction générale du sommeil.

Polynévrite érysipélateuse. — M. J. Dereux (de Lille) relate l'observation d'une jeune malade, indemne de toute tare antérieure, qui fut atteinte de polynévrite après un érysipèle de la face. C'est une complication exceptionnelle. Des recherches que l'auteur a entreprises, il ressort que seules six observations antérieures à la sienne peuvent être retenues. Le streptocoque agirait, soit par lui-même, soit par ses toxines.

Tumeur de la calotte pédonculaire. — MM. G. Guillain et J. Bertrand présentent les observations de deux tumeurs de la région interpédonculaire, dans lesquelles la paralysie verticale du regard, avec signe d'Argyll-Robertson, vrai et bilatéral, constituait le principal signe de localisation. Dans l'un et l'autre cas, il s'agissait de tumeur, malgré l'absence de stase papillaire, et la syphilis faisait défaut. Ces faits confirment l'opinion de S. K. Wilson de la localisation du signe d'Argyll-Robertson dans la calotte pédonculaire, au voisinage des tubercules quadrijumeaux.

Traitement des tumeurs de la moelle. — M. Pussep (de Tartu).

Le procédé du « doublage automatique » pour la mesure de la chronaxie. — M. Bourguignon.

L'Ionisation dans les otites moyennes non suppurées (méthode et résultats), par M. Landry, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, et R. Franquet. In-16 de 112 pages avec 8 fig. — Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DES PROFESSIONS SANITAIRES EN ITALIE

Le *Journal officiel* italien du 30 mai 1928 publie une loi du 6 mai 1928, n° 1074, destinée à la répression de l'exercice illégal et ainsi conçue :

« Art. 1. — Quiconque, ne possédant pas les titres professionnels exigés par la loi, exerce une profession sanitaire, est puni d'une amende de 500 à 2.000 lires.

En cas de récidive sont appliquées une peine de un à trois mois de prison et une amende de 2.000 à 5.000 lires.

Le matériel employé pour commettre le délit visé par cet article est confisqué.

En attendant la décision de l'autorité judiciaire, le Préfet de la province peut ordonner la fermeture du local où a été abusivement exercée la profession sanitaire et mettre sous séquestre le matériel.

Art. 2. — Est puni des mêmes peines celui qui, étant régulièrement autorisé à exercer une profession sanitaire, prête son nom ou son activité professionnelle pour permettre ou faciliter les délits visés à l'art. 1.

L'exercice de la profession est suspendu pour une période égale à celle de la peine prononcée.

Art. 3. — Quiconque muni d'un diplôme professionnel restreint (1) exerce une profession sanitaire sans posséder les autres titres exigés par les dispositions en vigueur pour l'exercice régulier est puni d'une amende de 500 à 1.000 lires. En cas de récidive l'amende est de 1.000 à 2.000 lires.

Sont toujours en vigueur les dispositions générales fixées

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 9 juin 1928, n° 47. Par exemple un masseur faisant de la prothèse dentaire.



par l'article 11 de la loi du 22 mai 1913, n° 468, et celles du dernier paragraphe de l'article 18 de la même loi.

Art. 4. — Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées.

Il serait à souhaiter qu'en France le législateur voulût bien s'inspirer de dispositions qui paraissent si sages et promettent d'être si efficaces.

A. HERPIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

MASTOÏDITES AIGUES

SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC [1]

FORMES CLINIQUES

Elles sont variées et fonction de divers facteurs. Il faut surtout citer les :

a. **Formes suivant le siège.** — 1. Antrite. — Elle est de règle chez le nourrisson, et bénigne, car s'extériorisant vite. Chez l'*adulte*, elle est rare et grave, car s'extériorisant difficilement.

2. **Cellules limitrophes du conduit.** — Elle évolue *en avant*, vers le conduit auditif externe, provoquant une chute précoce de la paroi et se fistulisant dans le conduit.

3. **Temporale.** — Ici, le gonflement prédomine à la région temporale. Le pavillon est éversé, surtout en bas. Il y a de l'œdème de la paupière supérieure, du trismus, de la douleur à la mastication.

4. **Pointe du rocher : syndrome de Gradenigo.** — C'est une forme *névralgique* de la Ve paire avec accès paroxystiques violents à irradiations péri-orbitaires, dentaires. La paralysie de la VIe paire est fréquente (*strabisme*), souvent des signes atténués de méningite.

5. **Pointe de la mastoïde.** — a. *Tantôt*, l'abcès est *localisé*, et les signes sont concentrés à la pointe dont les grandes cellules sont remplies de pus à l'intervention.

b. *Tantôt*, il y a abcès sous le sterno-cléido-mastoïdien. C'est la *mastoïdite de* Bezold sur laquelle il faut insister, à cause de ses particularités. Le début se fait de façon *insidieuse* et *tardive*, un à deux mois après les douleurs initiales, alors que le tympan est déjà cicatrisé.

A la période d'état, on ne trouve *presque rien à la mastoïde*, simplement une douleur provoquée à la pointe. Mais, ce qui domine le tableau clinique, c'est l'*aspect* du malade : il y a torticolis, *gonflement* de la région rétro-maxillaire, et, si la communication est large par la rainure digastrique, entre l'abcès cervical et l'abcès mastoïdien, on peut, en pressant sur le cou, provoquer le *reflux du pus* par la mastoïde, l'antre et le *conduit* auditif.

c. De cette forme, il faut rapprocher le « *pseudo-Bezold* » dû à l'existence d'un abcès fusant dans la gaine du sterno-mastoïdien et provenant de la suppuration des cellules de la pointe. Dans ce cas, le *torticolis vrai* est *constant*.

6. **Mastoïdite jugo-digastrique.** — Le pus fuse le long du ventre postérieur du digastrique et donne un *abcès du cou, très profond*, pouvant simuler le Bezold, pouvant s'ouvrir dans le *pharynx*, mais d'un pronostic plus grave. Le voisinage du golfe jugulaire fait craindre la *thrombose*, et l'intervention est délicate.

7. **Masto-postéro-supérieure** (occipitale).

b. **Formes suivant l'évolution.** — 1. Aiguë : décrite.

2. Suraiguë : elle débute brutalement, en même temps que l'otite, et son pronostic est *grave* (complications fréquentes, large nécrose osseuse, *récidives* fréquentes).

3. *Subaiguë* : la douleur est le signe principal.

4. Latente. — Les auteurs récents ont *insisté* sur cette forme qui se voit dans des otites *bien drainées, bien soignées*. Chez un tel malade, la persistance de *petits signes d'infection* générale et d'un écoulement rebelle doit y faire penser, alors que la *mastoïde est cliniquement muette*.

La *radiographie* peut aider au diagnostic. L'*intervention* doit être *précoce* et sera curatrice. Noter que cette forme latente relève en général du « *pneumococcus mucosus* ».

c. **Formes suivant l'âge.** — 1. Nourrisson. — L'otite est souvent passée inaperçue. L'enfant présente souvent des signes d'infection générale, de la diarrhée. On trouve une simple antrite, rapidement extériorisée par la tache criblée.

2. Enfant. — Le début est bruyant, par des signes méningés, de l'agitation, des douleurs nocturnes. L'extériorisation se fait précocement par la suture pétrosquameuse.

3. Vieillard. — Forme fruste, rarement extériorisée, à cause de la densité de la corticale.

d. **Formes suivant la date de l'otite.** — 1. Primitive : otite méconnue (l'infection « *lèche la caisse, mord la mastoïde* »).

2. Secondaire : soit précoce (type choisi), soit tardive (forme latente décrite).

3. Réchauffée : c'est une réaction mastoïdienne compliquant une otorrhée chronique.

e. **Formes suivant le germe.** — Le staphylocoque, le pneumocoque sont fréquemment en cause.

Le *streptocoque* donne des formes plus graves, telle l'oto-*mastoïdite hémorragique* observée au cours de la grippe, ou l'oto-*mastoïdite nécrotique* de Luc au cours de la scarlatine, de la diphtérie.

f. **Formes suivant le terrain.** — 1. Chez les tuberculeux, la guérison est difficile, la fistulisation de règle.

2. Chez les diabétiques, il s'agit de formes *frustes* évoluant vers la chronicité.

COMPLICATIONS

Elles sont nombreuses et très graves, et cela s'explique aisément par les rapports anatomiques de la mastoïde. Ce sont elles qui dictent la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une surveillance stricte du malade. Elles justifient souvent des interventions successives.

L'extension de l'ostéite, la contamination par voie vasculaire, surtout veineuse, l'envahissement de la barrière dure-mérienne, l'infection des méninges, des centres nerveux expliquent ces diverses complications.

I. **Extracraniennes.** — Ce sont :

1. **L'abcès extradural.** — C'est le plus souvent une *découverte d'intervention*, et, dans ce cas, il est de règle de mettre à nu la dure-mère cérébrale. Si le pus n'a pas franchi la dure-mère, les symptômes s'amendent en vingt-quatre heures.

2. **La paralysie faciale.** — Beaucoup plus rare ici que dans l'otorrhée chronique, son existence impose une *mastoïdectomie d'urgence*.

3. **Les labyrinthites.** — L'importance de cette complication est due à ce fait que le labyrinthe est souvent l'intermédiaire entre la mastoïde et les méninges.

a. Du côté *cochléaire* : surdité totale à type labyrinthique.

b. Du côté *vestibulaire* : vertiges violents et inexcitabilité plus ou moins complète du labyrinthe.

Dans ces cas, si la ponction lombaire montre une *lymphocytose rachidienne*, il faut d'*urgence* ouvrir le labyrinthe.

(A suivre.)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 58, p. 1039.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — FONTAINEBLEAU. — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie sera ouvert à l'hôpital mixte de Fontainebleau, le 25 septembre 1928, à 9 h.

La durée de l'internat est fixée à deux ans au moins et à trois ans au plus.

Les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés. Les internes reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 fr. la première année, 4.500 fr. la deuxième année et 5.000 fr. la troisième année.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires à l'économat de l'hôpital tous les jours non fériés, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

— LILLE. — Le concours de l'externat s'ouvrira le 22 octobre 1928. — S'inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, avant le 11 octobre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté vient de présenter :

Pour la chaire de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques : en première ligne et à l'unanimité, M. le professeur agrégé H. Bonnin; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé Creyx.

Pour la chaire de toxicologie et hygiène appliquée : en première ligne et à l'unanimité, M. le professeur Labat; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé Golse.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille en bronze est décernée à M. le docteur Th. Seidel (de Mulhouse).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — RÉCOMPENSE POUR PROPAGANDE EN FAVEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES RETRAITES POUR LA VIEILLESSE. — *Mention honorable.* — M. Durand (de Tunis).

ORDRE DU SAUVEUR DE GRÈCE. — *Commandeur.* — M. Lucien Graux (de Paris).

VIe CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Du 24 au 28 septembre 1928 aura lieu à Rome la VIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. Les questions suivantes y seront discutées : « Eléments filtrables du virus tuberculeux » (rapporteur : professeur Albert Calmette); « Le diagnostic de la tuberculose infantile » (rapporteur : professeur Rocco Jemma); « Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux » (rapporteur : docteur William Brand).

Quelques conférences seront aussi faites par le professeur Eugenio Morelli sur « Forlanini et le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire »; par le professeur Ludolf Brauer sur « Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire » et sur « L'assurance obligatoire contre la tuberculose en Italie ».

Un voyage d'instruction dans les sanatoriums antituberculeux italiens de la Valteline et du Haut Adige suivra le Congrès.

Le droit d'inscription à la Conférence est de 100 lires; la taxe d'inscription pour le voyage est de 350 lires (tout compris). Les chemins de fer italiens ont accordé aux membres de la Conférence un rabais de 50 p. 100 sur les tarifs de la frontière jusqu'à Rome.

Les adhésions à la Conférence doivent être envoyées au secrétariat de la propre Association antituberculeuse nationale. Le secrétariat général de la VIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose a son siège à Rome, via

Toscana 12. Il enverra le programme détaillé de la Conférence à quiconque en fera la demande.

Les dames auront les mêmes facilités que les membres de la Conférence. Le droit d'inscription est de 50 lires.

LA DOUBLE CROIX ROUGE. — A la Conférence internationale de Berlin contre la tuberculose, l'insigne de la double Croix Rouge fut proposé en 1902 par le docteur Sersiron (de La Bourboule) comme emblème officiel des œuvres et des ligues contre la tuberculose.

Il y fut adopté à l'unanimité. Depuis, trente-cinq nations en ont fait l'insigne international de la croisade antituberculeuse.

Mais comme cet insigne varie de teinte et de forme avec chacun de ces peuples, le docteur Sersiron vient de soumettre un projet de standardisation mondiale au Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, afin que les proportions et la teinte de la double Croix Rouge soient les mêmes partout. Adoptée en janvier par le Comité exécutif sa proposition doit être soumise prochainement au Grand Conseil à Rome.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres sera ouvert à Alençon fin août pour la nomination d'un médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Orne (dispensaires d'Alençon, de Domfront, Flers et Mortagne).

Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. avec indemnités pour charges de famille et participation à une retraite.

Les candidats doivent être âgés de moins de cinquante ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose.

(Consulter le règlement intérieur type du Comité national.)

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

MEDICINA UMORISTICA. — Notre excellent confrère *Rinascenza medica* que dirige le professeur Carlo Martelli vient de publier un beau volume de 130 pages consacré à la Medicina umoristica, et illustré de très nombreuses caricatures relatives à la profession médicale.

Ceux de nos confrères qui ne lisent pas couramment l'italien auront du moins un grand plaisir à regarder les nombreuses illustrations parmi lesquelles celles de notre grand Daumier figurent en bonne place.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Albier (de Pau); le professeur Mangiagelli, l'éminent chirurgien de Milan — On signale le docteur Dirsksen, médecin sanitaire maritime, comme manquant dans la catastrophe du *Cap-Lay*, coulé à Haïphong par le typhon du 17 juillet.

— On nous annonce le décès, survenu à l'âge de 6 ans, de M. Michel Leveuf, fils du docteur Jacques Leveuf, chirurgien des hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. [Annexe Grancher. Service de M. le docteur A. MOUCHET (chirurgie infantile)]. — Cours de M. le docteur André Richard, chirurgien des hôpitaux, du 1er août au 15 septembre.

Le lundi : Consultation externe et visite dans les salles.

Le mercredi : Opérations de chirurgie infantile et exposé critique des opérations pratiquées.

Le vendredi : Leçon sur un sujet de pathologie chirurgicale infantile avec présentation de malades.

Le nombre des auditeurs est limité à 30. — Le cours est gratuit.

CHRONIQUE

LE MÉDECIN D'ELVIRE : LE DOCTEUR ALIN

Notre ami Babonneix, poursuivant ses recherches sur l'Elvire de Lamartine, vient de lui consacrer trois nouvelles publications qui charmeront tous les Lamartiniens (1). Les amateurs d'histoire de la médecine y trouveront, en particulier, d'intéressants documents sur le médecin d'Elvire, le docteur Alin.

On sait bien peu de choses sur ce confrère qui fut le médecin de Lamartine et d'Elvire et le familier de Talleyrand. C'est dans « Raphaël, pages de la vingtième année » que Lamartine parle pour la première fois du médecin qu'Elvire lui avait envoyé « pour ajouter l'autorité de l'art aux supplications de l'amour ».

Alin a été le premier de la première promotion de l'internat des hôpitaux de Paris nommé le 13 septembre 1802, an X.

Le livre d'or du centenaire de l'internat nous apprend ses initiales : L. J. B.; il nous apprend qu'il était originaire de Saône-et-Loire, et c'est tout pour le major de la première promotion...

Babonneix a poussé plus loin l'étude de ce médecin qui était « un de ces hommes de bénédiction dont la physionomie semble apporter un reflet du ciel dans la mansarde des pauvres qu'ils viennent visiter » [Raphaël].

Alin (Louis-Jean-Baptiste) naquit à Chalon-sur-Saône le 3 janvier 1774. L'an III, il fut désigné par le département de Saône-et-Loire comme *élève de la Patrie à l'Ecole de santé de Paris*. Le 26 fructidor, an X (13 septembre 1802), il fut nommé interne des hôpitaux, le premier d'une promotion de vingt-quatre parmi lesquels figuraient, entre autres, les citoyens Bayle, Baffos et Devergie. Alin passa sa thèse le 21 nivôse de l'an XI. Il avait pris comme sujet la *Hernie intestinale incomplète avec gangrène*. Babonneix a lu cette thèse, il ne la trouve pas ennuyeuse, et déclare que certains passages sentent le candidat brillant, qui devait « bien faire l'oral ».... déjà! Cette thèse est à peu près le seul travail qui soit resté du premier major de l'internat. Après l'avoir longuement analysé, Babonneix insiste sur le rôle qu'Alin joua comme médecin de Mme Charles, comme confident et ami de Lamartine.

Le fait est que rarement médecin sentit mieux la grandeur de sa tâche. Ce fut un ami d'un dévouement sans bornes qui, suivant l'expression de l'auteur, « faisait partout figure d'homme de cœur ».

Nous savons par sa correspondance qu'il était de santé délicate, qu'il avait des crises douloureuses; « il est possible que Lamartine, en le faisant mourir d'une cardiopathie, ait, sans y prendre garde, dit la vérité ».

Alin mourut en janvier 1831 à l'âge de cinquante-cinq ans; il fut enterré le 18 au cimetière du Père-Lachaise. « Mais, comme on n'avait acheté pour lui qu'une « *concession conditionnelle* » et que, pour continuer à employer les expressions administratives, elle n'a pas été « *complétée* », la sépulture n'existe plus.

« Singulière destinée que celle de ce médecin qui, jusque dans la mort, a voulu suivre l'exemple de sa cliente, et dont les restes reposent, eux aussi, dans quelque *tombe sans nom.* »

F. L. S.

(1) En marge de « Raphaël », Elvire et sa famille, *Revue des Deux-Mondes*, 1er mai 1928. — Une lettre inédite du docteur Alin, *Revue de l'UMFIA*, mai 1928. — Le docteur Alin, *Revue Apollo*, juin 1928.

REVUE GÉNÉRALE

LA CERVICO-BRACHIALITE RHUMATISMALE

NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE RHUMATISMALE SCIATIQUE DU BRAS (1)

Par Henri ROGER,

Professeur de Clinique neurologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

Nous conserverons à cette névralgie le qualificatif de *cervico-brachiale*, donné par Valleix, Lasègue, de préférence à celui de « brachiale », employé par les auteurs plus modernes. Il y a lieu en effet de montrer dès son titre la part importante prise par l'arthrite cervicale des trous de conjugaison dans les symptômes et dans la physiologie pathologique de cette algie, et de la rapprocher de la sciatique que beaucoup désignent actuellement sous le nom de lombo ou de sacrosciatique. N'est-elle pas, suivant l'expression imagée de certains auteurs, la sciatique du bras? En l'appelant *rhumatismale*, nous n'avons d'autre but que d'indiquer le terrain arthritique qui la conditionne le plus souvent; cette désignation nous paraît plus explicite et plus logique que celle d'essentielle. On peut encore par abréviation employer le terme de *cervico-brachialite*, ou celui de *cervico-radialite*, en raison de la prédominance des symptômes dans le territoire du radial.

ÉTUDE D'ENSEMBLE

Dans sa forme la plus habituelle, la maladie évolue en deux étapes, cervicale et brachiale.

La première est plus souvent discrète. C'est une sensation d'engourdissement douloureux, de raideur des muscles de la nuque et du cou, prédominant nettement d'un côté. Suivant l'expression imagée de Foix et Chavany, « le malade sent son cou comme emprisonné dans une gangue qui descend lentement sur les épaules ». C'est dans d'autres cas un véritable torticolis de quelques jours de durée. La douleur s'accentue par les temps humides; elle s'accroît par les mouvements du cou et s'accompagne alors, dès cette période, de fourmillements dans les extrémités, d'algies vagues à l'épaule et à la face externe du bras.

Cette *phase cervicale* dure quelques jours, parfois quelques semaines. Elle peut manquer dans les formes à début aigu. Cependant si l'on cherche bien dans l'anamnèse, on la retrouve souvent, plus ou moins estompée. Elle est parfois séparée de la période d'algie brachiale par un intervalle de bonne santé apparente, de quelques semaines et même de quelques mois; mais durant celui-ci le malade est rappelé à la réalité par une douleur plus ou moins vive du cou, à l'occasion de quelques mouvements particulièrement brusques.

L'*étape brachiale* serait encore mieux appelée *cervico-brachiale*, en raison de la persistance des signes cervicaux qui, quoique occupant le second plan, n'en sont pas moins importants. Elle se caractérise par des douleurs vives, qui occupent l'ensemble du membre supérieur, et sont particulièrement pénibles, plus accentués en général que dans la majorité des sciatiques.

Elles sont comparées par le patient à des lancées, des morsures, des strictions, des broiements, qui arrachent parfois des cris. Elles sont plus profondes que superficielles. De type continu, elles subissent des poussées paroxystiques, sans cause apparente ou sous l'influence des variations hygrométriques, de l'effort, de la toux, de l'éternuement, ou même de facteurs insignifiants, tels que la parole, la mastication. Elles sont souvent plus accusées la nuit que le jour. Au début, dans les cas légers, elles peuvent n'apparaître qu'à l'occasion des mouvements du bras : elles sont toujours réveillées par eux. Aussi le malade immobilise-t-il son membre en soutenant l'avant-bras et le coude, soit avec la main opposée soit avec une écharpe. Quand elles sont bien vives, pour éviter tout mouvement, en particulier du cou, le patient reste alité, à demi-assis, tête, tronc et membres calés par des coussins.

Leur *siège* est en apparence diffus. Elles occupent tout le membre, de sa racine à son extrémité. Au premier abord, elles semblent n'avoir pas de localisation précise : mais les malades qui s'observent et qui veulent bien montrer du bout du doigt et non de l'ensemble de la main le trajet le plus douloureux, nous ont presque tous désigné la face postéro-externe du membre, de la nuque et du moignon de l'épaule jusqu'à la face dorsale du poignet (partie externe), en suivant en écharpe la face externe du bras et la face postérieure de l'avant-bras. La douleur s'irradie souvent à la face dorsale des premier et deuxième métacarpiens; elle s'arrête à la racine de l'index, ou parfois se prolonge jusqu'à l'extrémité de ce doigt, plus rarement du médius.

Notons en outre assez fréquemment un endolorissement, souvent vif, de la région scapulaire (partie moyenne ou même pointe de l'omoplate), plus rarement de la gouttière interscapulaire.

L'examen d'une cervico-brachialite à cette période comporte l'étude des troubles sensitifs, moteurs, réflexes du membre supérieur et du cou.

Troubles sensitifs. — Les *points douloureux* décrits au bras par Valleix, ou précisés depuis lui, sont nombreux. Ils correspondent aux contacts du plexus brachial ou de ses branches avec les os, à leurs traversées aponévrotiques, aux émergences des rameaux cutanés ou musculaires : à *l'épaule*, point sus-claviculaire ou point d'Erb (à 2 centimètres au-dessus de la clavicule, un peu en dehors du sterno-cléidomastoïdien, à la hauteur du tubercule de Chassaignac), point axillaire, point acromio-claviculaire (en arrière de cette articulation, correspondant à la réflexion du sus-épineux sur l'extrémité externe de

(1) Nous remercions la *Gazette des hôpitaux* qui a bien voulu accepter dans ses colonnes, il y a trois ans, une note préliminaire sur ce sujet (en collaboration avec J. Reboul-Lachaux et Rathelot) de publier aujourd'hui cette étude détaillée, extraite de notre rapport au *XXXIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française* (Anvers, 23-28 juillet 1928), sur les algies du membre supérieur. — H. R.

l'épine de l'omoplate), points deltoïdiens, l'un situé à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen correspondant au circonflexe, l'autre au bord postérieur du muscle, — au *bras*, points médian et cubital sur le bord interne du biceps, point radial de la gouttière de torsion, point musculocutané correspondant à la perforation de l'aponévrose superficielle sur le bord externe du tendon du biceps, — au *coude*, point humérocubital à la partie interne du pli du coude, point épitrochléen à la gouttière du cubital, plus bas point cubital diaphysaire lorsque le cubital contourne l'extrémité supérieure de la diaphyse pour devenir cutané, — à l'*avant-bras*, au quart inférieur, en avant, point cubito-carpien correspondant à l'émergence du rameau cutané palmaire du médian, — au *poignet*, point radiocarpien, quand la branche antérieure du nerf contourne l'épiphyse inférieure du radius pour devenir postérieure, et point antéro-interne quand le cubital s'engage entre le pisiforme et l'os crochu, — à la *main*, point médiopalmaire à l'émission par le médian des collatéraux des trois premiers doigts.

Valleix a surtout noté les points axillaire, épitrochléen et cubitocarpien.

Nous avons recherché systématiquement dans un certain nombre de nos cas la plupart de ces points. A notre avis, les plus constants jalonnent le trajet du radial. Le plus intense, que dans les cas aigus on ne doit rechercher qu'avec précaution, siège dans la gouttière de torsion : sa pression réveille souvent une violente lancée dans la face postérieure de l'avant-bras jusqu'à la racine dorsale de l'index. Viennent ensuite : le point du premier espace interosseux par pression dorsale de cet espace, ou mieux par pincement antéro-postérieur des masses musculaires entre le pouce et l'index et le point épicondylien correspondant au radial au pli du coude. Signalons également une douleur à la pression de la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras.

Ce n'est que dans les névralgies violentes ou dans quelques localisations particulières que les douleurs s'étendent ou prédominent sur le trajet du médian ou du cubital au bras, au coude, au poignet. Mentionnons en outre la douleur, plus musculaire que nerveuse, au pincement du trapèze et du grand pectoral à la face antérieure de l'aisselle.

Ramond et Durand insistent sur un point scapulohuméral, situé à deux travers de doigt au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule et à un travers de doigt en dedans de la pointe de la coracoïde; chez les sujets gras, dont l'apophyse coracoïde est difficile à sentir, ce point se trouve sur une ligne réunissant la partie la plus élevée du bord antérieur du creux de l'aisselle à l'extrémité externe de la clavicule, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Nous avons retrouvé ce point dans à peu près tous nos cas de cervico-brachialite : mais il nous a paru correspondre à la partie antérieure de l'interligne de l'articulation scapulohumérale et être un signe non douteux d'arthrite concomitante. Ce point douloureux est en effet exquis dans les arthrites rhumatismales subaiguës et chroniques de l'épaule, ne s'accompagnant nullement de cervico-brachialite.

A côté des points brachiaux, les points cervicaux ne sont pas à négliger : points apophysaires de Trousseau à la pression des régions paravertébrales au niveau de C^{V}, C^{VI}, C^{VII}, D^{I}. Le point qui nous a paru le plus sensible se révèle en comprimant profondément avec le pouce l'interstice paravertébral D^1-D^2.

L'exploration de la sensibilité douloureuse sera complétée par l'étude des *réactions algiques lors des mouvements actifs ou passifs* imprimés au membre supérieur et au cou. La mobilisation du poignet ou du coude, si l'on immobilise les autres articulations, est indolore. Les mouvements de l'épaule, du moins à une période un peu avancée de l'évolution, sont à peu près toujours douloureux et souvent accompagnés de craquements, en raison du processus articulaire associé. Ceux du cou doivent toujours être explorés : même dans les cas où le tableau se résume à une algie purement brachiale et où il n'existe aucune raideur spontanée du cou, la flexion forcée, ou mieux l'extension brusque de la tête, réveillent une douleur vive avec sensation de craquements perçus par le malade à la nuque. Parfois ce signe de la douleur au renversement de la nuque paraît en défaut; mais le même geste, passif au lieu d'actif, exécuté d'une façon subite par le médecin, réveille une douleur exquise.

Nous avons recherché les manœuvres susceptibles par l'élongation du plexus de s'accentuer ou de réveiller une douleur cervico-brachiale déjà atténuée. L'inclinaison latérale du cou, du côté sain, associée ou non à une légère rotation de la tête, détermine presque à coup sûr une lancée vive allant de la racine à l'extrémité du membre. Du côté du membre supérieur, on peut obtenir le même résultat par l'élévation brusque du bras en abduction (Turbert), par la pronation forcée de l'avant-bras (Bériel, Chartier). Nous avons préféré, après les recherches de notre élève Rathelot sur le cadavre, adopter une manœuvre mixte qu'on pourrait appeler le Lasègue du bras : abduction du bras jusqu'à l'horizontale, puis rétropulsion du bras combinée à une supination forcée.

La *sensibilité superficielle* est dans les cas aigus aussi exacerbée que la sensibilité profonde; Foix et Chavany ont signalé une hyperesthésie, localisée surtout à la face externe de l'avant-bras, que le simple frôlement du doigt, ou même du drap, de la chemise, suffit à provoquer.

Nous avons exploré la *sensibilité à la piqûre* chez nos divers malades. Ceux-ci offraient fréquemment une hypoesthésie, légère mais nette, à la face dorsale du poignet et de la main, au niveau du Ier espace interosseux et de la tabatière anatomique, dans le territoire des terminaisons du nerf radial. Foix et Chavany ont remarqué des paresthésies durables de l'extrémité de l'index et du pouce : le frôlement de la face externe de l'index contre la face interne du pouce donne une sensation de corps étranger, d'une fine membrane interposée entre les deux contacts. Le sens stéréognosique, le sens des attitudes sont indemnes.

Des signes douloureux rapprochons, pour servir de transition avec l'examen de la motricité, l'*attitude antalgique* du malade : coude fléchi, bras collé contre

le tronc, cou légèrement incliné du côté malade, réalisant une scoliose à convexité opposée au bras douloureux (ce qui est l'inverse de ce qu'on constate habituellement dans la sciatique). Une de nos malades préférait, au lit, tenir son bras relevé et calé par des coussins, la main derrière la nuque.

Troubles moteurs. — Signalons la raideur souvent très accusée de l'épaule, qui en limite les mouvements et celle du cou, qui n'est jamais assez intense ni assez persistante pour simuler un mal de Pott.

Divers malades en période aiguë se déclarent incapables de faire aucun mouvement actif et se croient complètement paralysés. En réalité, c'est la douleur qui les rend impotents. Si on arrive à calmer celle-ci, tous les mouvements sont possibles et se font avec à peu près autant de force que du côté opposé.

C'est beaucoup plus en raison de la douleur réveillée par la mobilisation que par suite d'un déficit moteur, que les actes délicats, tels que la couture le tricotage, l'écriture sont gênés. Une de nos malades était prise de crampes douloureuses très vives chaque fois qu'elle avait écrit une lettre.

A la fin de la période aiguë ou dans les cas atténués, nous avons recherché, au dynamomètre ou par d'autres méthodes, la force de flexion des doigts, de la main, du poignet. Il y avait peu de différence entre les deux côtés. En raison de la prédominance des douleurs sur le trajet du radial, nous avons exploré systématiquement les petites épreuves permettant de déceler une légère parésie radiale; dans de très rares cas, l'extension à résistance du poignet sur l'avant-bras était un peu moins énergique que du côté sain.

Les réflexes tendineux, bicipital, styloradial, sont normaux. Le tricipital est souvent diminué, exceptionnellement aboli. Cette abolition ne peut être affirmée que dans de très rares cas : dans la cervico-brachialite ou radialite, l'exploration de ce réflexe est rendue difficile par la douleur réveillée par la percussion du tendon et par l'ankylose partielle de l'épaule, qui empêche l'abduction du bras nécessaire à la recherche de ce symptôme.

Dans les formes prolongées, on constate parfois un léger degré d'atrophie musculaire diffuse, due surtout au défaut d'usage du membre, sans localisation à un territoire particulier. Dans les cas d'ankylose persistante de l'épaule, le deltoïde peut être plus touché.

Les réactions électriques sont parfois affaiblies quantitativement, mais sans systématisation précise, sans réaction de dégénérescence. Il peut même y avoir hyperexcitabilité.

Il n'y a pas habituellement de troubles vaso-moteurs des extrémités. L'exploration oscillométrique a montré au bras dans quelques cas une légère diminution de l'indice par rapport au côté opposé.

Les radiographies du cou montrent de face, outre une légère scoliose, parfois une opacification discrète des disques intervétébraux dus à la sclérose des grands surtouts ligamenteux. Plus fréquemment se voit une opacité anormale des masses latérales, formant un bloc compact aux contours indécis; de la partie inférieure, de ce bloc, de C^6-C^{12} partent des stalactites osseuses, plus ou moins longues, se dirigeant en haut et en dehors vers la partie supérieure du cou. On peut voir encore des traînées osseuses extravertébrales, correspondant à l'ossification partielle de fibres musculaires ou tendineuses des scalènes ou autres muscles du cou. Ces figures de rhumatisme chronique sont bilatérales, habituellement plus accentuées, mais pas toujours, du côté de la cervico-brachialite. Sur la radio de profil, on remarque : la rectitude de la colonne cervicale remplaçant la molle ondulation habituelle de la nuque à concavité postérieure, un aspect plus creux de la face antérieure des corps vertébraux, avec ou sans crochets ostéophytiques, l'absence de tassement des corps et des disques.

Le liquide céphalo-rachidien est habituellement normal. Nous avons parfois noté une hyperalbuminose très discrète, 0g35, sans hypercytose; la dissociation albuminocytologique n'a jamais été suffisante pour simuler, même de loin, une compression médullaire.

La durée habituelle de la cervico-brachialite, de la cervico-radialite, est de plusieurs semaines. Après la phase aiguë qui atteint souvent deux à trois semaines, les symptômes s'atténuent. Les douleurs sont moins continues et moins violentes : aux élancements vifs du début font suite des sensations moins pénibles, à type surtout d'engourdissement douloureux, de la face externe du bras, de fourmillement au poignet et de la main. Quelques mouvements intempestifs réveillent une douleur vive. Peu à peu tous les troubles disparaissent, mais il pourra persister, pendant longtemps encore, de la raideur de l'épaule, qui, chez les gens âgés, sera particulièrement tenace.

ÉTIOLOGIE

La névralgie cervico-brachiale rhumatismale est, quoiqu'en disent les auteurs, assez fréquente. Depuis trois à quatre ans que notre attention est plus particulièrement attirée sur elle et que nous explorons soigneusement toute algie du membre supérieur, nous en avons bien observé une centaine de cas. Il est des mois où à notre consultation hospitalière leur chiffre dépasse de beaucoup celui des sciatiques, sans doute parce que ces dernières, mieux connues du public et des médecins, nécessitent moins l'intervention du neurologue. Pendant la seule saison de 1927 à Aix-les-Bains, F. François a recueilli 22 cas. Bernhardt, sur 711 patients venus le consulter pour des névralgies diverses, compte 108 localisations au membre supérieur.

La cervico-brachialite est plutôt une *maladie de la cinquantaine*. Les deux tiers de nos malades avaient dépassé quarante-cinq ans. Elle est exceptionnelle avant trente ans. Comme la sciatique, une névralgie cervico-brachiale, évoluant avant vingt-cinq ans, a peu de chances d'être essentielle, et est plus sou-

vent secondaire à une infection, à une lésion vertébrale, à une compression radiculaire.

Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (Hasse, Ramond et Durand). Chez nos malades de ville, nous observons une proportion plus grande dans le *sexe féminin* au voisinage de la ménopause, proportion qui est cependant moins accusée que dans la statistique de Françon : 17 femmes et 5 hommes. Chez ceux de la consultation hospitalière les chiffres tendent à s'égaliser.

Les *professions* exposant au froid, à l'humidité sont incriminées par les auteurs anglais.

Assez souvent, les malades invoquent comme *cause occasionnelle* un refroidissement subit, un effort ou un mouvement brusque du cou. Mais l'interrogatoire minutieux décèle un peu de douleur ou de raideur du cou les jours précédents.

Les *antécédents arthritiques* (lithiases, migraines), plus particulièrement les manifestations articulaires (goutte, douleurs ou déformations d'un petit nombre de jointures), et surtout les localisations vertébrales font rarement défaut. Un grand nombre de nos algiques avaient été antérieurement atteints de crises récidivantes de lombago ou de sciatique, ou mieux, quelques mois ou quelques années auparavant, d'une ou de plusieurs poussées de torticolis. Une de nos malades, dont l'hérédite arthritique était particulièrement chargée, avait eu dans son enfance des torticolis récidivants et en conservait une douleur fugitive du cou, de loin en loin, au cours d'un mouvement de torsion un peu brusque.

Nous croyons qu'il faut expliquer les cervico-brachialites rhumatismales par la même PATHOGÉNIE FUNICULAIRE que Sicard a établie pour la lombo-sciatique : arthrite des trous de conjugaison, congestion des plexus veineux qui s'y trouvent, irritation des racines nerveuses qui les traversent.

VARIÉTÉS CLINIQUES

A côté des cas classiques se groupent une série de faits cliniques un peu différents. Pour la commodité de la description, nous les grouperons suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, suivant l'évolution, suivant les particularités anatomiques ou étiologiques.

1. VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES. — Alors qu'habituellement les troubles parétiques sont absents, Léri a décrit une *forme sensitivo-motrice*. Aux douleurs cervico-brachiales avec hypoesthésie en bande externe, succède une parésie, souvent de longue durée, avec atrophie prédominant au niveau de la racine du membre, parfois avec réaction de dégénérescence partielle et abolition du réflexe tricipital.

Aux signes classiques peut s'associer un *syndrome fruste de Claude Bernard-Horner*; nous ne l'avons trouvé que dans un seul cas, quoique nous l'ayons cherché systématiquement et quoique nous nous attendions à le rencontrer plus fréquemment. Nous ne sommes pas étonnés d'avoir rencontré quelques *symptômes auriculaires* : début par des sifflements de l'oreille du même côté avec vertiges et impression de chute dans un de nos cas, par des vertiges et des nausées accompagnant des douleurs de la nuque chez un autre de nos cervico-brachialgiques. Car Barré rattache au rhumatisme cervical certains troubles cochléaires et labyrinthiques par l'intermédiaire des modifications circulatoires de l'artère vertébrale; celle-ci, par son trajet même, plonge au milieu de ces lésions rachidiennes arthritiques et en subit le contrecoup. Léopold Lévi fait également jouer un rôle à la radiculocellulite cervicale, dans la production des bruits d'oreille.

On pourrait décrire une forme de cervico-brachialite *compliquée d'arthrite* de l'épaule; mais l'immobilisation du membre supérieur par la douleur, quelle qu'en soit la cause, entraîne très souvent à un certain âge une arthrite scapulo-humérale rhumatismale. Celle-ci constitue un symptôme, plutôt qu'une complication, de la cervico-brachialite. Cette arthrite peut rester comme seul reliquat de la névralgie. Nous avons observé un cas de cervico-brachialite unilatérale avec arthrite de l'épaule bilatérale.

2. VARIÉTÉS ÉVOLUTIVES. — Une place à part doit être réservée à la forme *à début aigu*, ou même *apoplectiforme*, suivant l'expression de Foix et Chavany. Un automobiliste sent au cours d'une randonnée par temps froid et humide son cou s'enraidir légèrement; au retour chez lui, il s'assoupit dans un fauteuil. Au réveil une terrible douleur s'installe dans son bras qui ne le quitte plus. Cette forme, qui est particulièrement intense et durable, doit être attribuée, moins à une petite hémorragie d'une racine qu'à un brusque coincement étranglant au niveau du trou de conjugaison une racine déjà enflammée. En scrutant les antécédents d'un de nos cas, à début brutal en apparence, nous apprenons que, déjà deux jours auparavant, notre malade avait ressenti une douleur passagère de l'épaule et, quelques semaines plus tôt, une brusque gêne du cou pour les mouvements forcés.

A côté des formes *hyper-douloureuses*, qui immobilisent au lit deux à trois semaines et empêchent toutes occupations durant deux à plusieurs mois, il est des formes *atténuées*, qui ne gênent que quelques mouvements. Celles-ci sont parfois passagères (une à deux semaines), mais peuvent s'éterniser des mois.

A l'opposé des formes *courtes* (une à deux semaines), il en est de *traînantes*, que nous avons vu persister six à huit mois, de *récidivantes*, dont les poussées sont séparées par quelques mois ou quelques années d'intervalle (trois, cinq, huit ans dans nos cas), et peuvent alterner avec d'autres funiculites vertébrales, lumbago et sciatique. Dans quelques cas, les poussées d'arthrite vertébrale deviennent subcontinues et passent à la *chronicité*. Quand le rachis cervical s'est complètement enraidi, comme dans certaines spondyloses rhizomyéliques, les douleurs cervico-brachiales s'atténuent ou ne réapparaissent que par intermittence.

3. VARIÉTÉS ANATOMIQUES. — On peut décrire : des cervico-brachialites *hautes*, correspondant à C^5-C^6-C^7, qui se distribuent à la face externe de l'épaule, du bras et de l'avant-bras (c'est notre cervico-radialite que nous considérons comme la plus fréquente),

des cervico-brachialites *basses*, dépendant de C^8-D^1, qui innervent plutôt la zone cubitale (le trajet cubital a été signalé par Valleix comme le plus souvent atteint, mais cet auteur englobe dans sa description des cas qui relèvent nettement de l'angor), des cervico-brachialites *totales*.

Une mention pourrait être réservée aux formes *localisées*, radiale, cubitale, médiane, circonflexe, brachiale cutanée interne. C'est le mérite de Valleix d'avoir montré que dans la plupart de ces névralgies, la douleur, quoique prédominant dans un territoire nerveux, se retrouve, quand on la recherche bien, dans les autres branches du plexus.

La cervico-brachialite peut être bilatérale (deux cas sur vingt-deux de Françon), que les deux atteintes soient simultanées ou le plus souvent successives. Gommès rattache à une *plexite brachiale bilatérale* atténuée la sensation de fatigue, d'impuissance des membres supérieurs, avec fourmillements ou onglées, spontanée ou provoquée par les mouvements et les courants d'air, qu'il observe chez certaines ménagères : il l'attribue aux travaux pénibles et prolongés des membres supérieurs, exposés au froid humide à cause de leur contact fréquent avec l'eau. L'exploration montre des points douloureux axillaire, radial, circonflexe et paravertébraux au niveau de D^2-D^3; des injections locales au voisinage de ces nerfs améliorent ces troubles.

Le processus rhumatismal dépasse assez souvent, en haut et en bas, les funicules du plexus brachial; d'où l'association assez fréquente de douleurs de la nuque, avec point spécial à l'émergence du grand nerf sous-occipital (*forme occipito-brachiale*), ou de douleurs dorsales (*dorso-brachialgie*).

L'association de douleurs névralgiques intercostales précordiales à une cervico-brachialite gauche constitue l'*angine de poitrine à rebours* de Lasègue et Potain, qui peut en imposer pour une douleur d'origine cardio-aortique.

Nous avons déjà indiqué l'existence fréquente, dans les antécédents des brachialgiques, de lumbago et de sciatique, qui, dans d'autres cas, succèdent au contraire à la cervico-brachialite. Parfois les deux localisations cervicale et lombaire peuvent évoluer en même temps. En explorant systématiquement la colonne lombaire de 13 de ses brachialgiques, Françon la trouve normale 4 fois, souple mais douloureuse 2 fois, limitée dans ses mouvements 7 fois.

Nobécourt, durant la guerre, a décrit, sous le nom de *rhumatisme cervico-sciatique*, des cas d'infection rhumatismale, il est vrai du type aigu, localisée aux premières vertèbres cervicales. Il existait une raideur de la nuque simulant une méningite cérébrospinale et s'accompagnant de douleurs des membres inférieurs. La ponction lombaire ne montrait qu'une réaction méningée légère; des complications cardiaques ultérieures permettaient de rapporter ces cas à la maladie de Bouillaud. Nobécourt a retrouvé ultérieurement ce même syndrome au cours de rhumatismes infectieux, scarlatin, typhoïdique. Tous ces cas ne s'accompagnaient, il est vrai, que de douleurs de la nuque sans irradiations brachiales.

A l'occasion des formes anatomiques, signalons deux cas de cervico-brachialite du type rhumatismal que nous avons récemment observés chez des malades porteurs d'*anomalie vertébrale insoupçonnée*. L'une se caractérisait par une fusion presque complète de C^3-C^4, l'autre par un cou à huit vertèbres (le dédoublement paraissant se faire au niveau de C^3-C^4). Pareilles anomalies sont trop haut situées pour expliquer à elles seules l'algie brachiale. Tout au moins pour le dernier cas concernant une jeune fille de vingt ans (âge où la névralgie cervico-brachiale est exceptionnelle), il faut faire jouer un rôle à des malformations sous-jacentes du système nerveux pour expliquer la localisation rhumatismale.

Nous avons observé un cas d'occipitalisation de l'atlas et d'axialisation de la IIIe cervicale s'accompagnant d'atrophie et de paresthésie cubitale. Le syndrome de Klippel-Feil, habituellement indolore, était compliqué dans un de nos cas de poussées douloureuses vives de la nuque et de l'épaule, que nous avons attribuées à une complication rhumatismale. Dans quelques cas de cervico-brachialite d'allure rhumatismale typique, la radiographie nous a révélé une augmentation de longueur des apophyses transverses de C^7, insuffisante à elle seule pour provoquer une compression des racines, mais susceptible de localiser à leur niveau le rhumatisme vertébral.

4. Variétés étiologiques. — La cervico-brachialite rhumatismale peut dans quelques cas être consécutive à un *traumatisme*. Nous avons observé cinq cas curieux, dont 3 chez des femmes de confrères, où elle était apparue peu après une chute sur l'épaule ou sur le cou. Une douleur est ressentie au point contus pendant un ou plusieurs jours, puis surviennent des algies s'irradiant dans le cou, l'avant-bras, la face dorsale du poignet, avec les points douloureux classiques (para-vertébraux, gouttière de torsion et Ier espace interosseux) et le réveil de la douleur pour l'inclinaison du cou du côté sain. Il coexiste un certain degré de raideur de l'épaule, mais celui-ci n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des douleurs.

On pourrait se demander en pareil cas si une arthrite traumatique ne s'est pas compliquée de péri-arthrite et d'irritation de voisinage du plexus. Le plus souvent la radiographie ne montre pas de lésion appréciable de l'interligne articulaire, et l'arthrite n'est pas intense. En réalité, chez ces arthritiques, l'immobilisation du membre supérieur et du cou, imposée par la contusion du bras, favorise la congestion veineuse des trous de conjugaison et des nerfs, et déclanche une funiculite latente.

Quelques algies cervico-brachiales, à début brusque, sont nettement apparues à la suite d'un *effort*, associé ou non à une mauvaise position du membre susceptible de tirailler le plexus. Ici c'est un manœuvre qui pousse une lourde brouette et dont le membre supérieur subit une torsion relative entraîné par la bascule de son véhicule, là c'est un ouvrier accroupi qui soulève au-dessus de sa tête un poids de 40 kilogrammes, ou encore un docker chargeant sur son épaule un sac de 50 kilogrammes. Des antécédents de rhumatisme cervical nous ont permis de

rattacher ces divers cas à une cervico-brachialite révélée par un mouvement intempestif.

DIAGNOSTIC

Nous n'envisagerons ici (1) que le diagnostic d'avec les douleurs d'origine rhumatismale, localisées ailleurs que dans le plexus nerveux ou ses branches.

Dans l'*arthrite de l'épaule*, la douleur spontanée, à type descendant, occupe la face externe de l'épaule et du bras, mais ne dépasse pas le coude. L'exploration montre un point préglénoïdien généralement très sensible, un point deltoïdien et une douleur au pincement du trapèze; mais il n'y a ni douleur de la nuque ni douleur à l'inclinaison du cou du côté opposé. Les mouvements qui réveillent le mieux l'algie sont : l'acte de porter la main derrière le dos (impossibilité de boutonner les bretelles du pantalon) et la rotation, qui produit en outre des craquements articulaires. L'atrophie deltoïdienne, d'ordre réflexe, peut être précoce. La raideur est souvent très accusée et peut aboutir à une ankylose fibreuse, longue et douloureuse à guérir malgré massages et mobilisation. Rappelons l'association si fréquente de l'arthrite scapulohumérale et de la cervico-brachialite.

La *périarthrite scapulohumérale* de Duplay est une inflammation chronique des bourses séreuses sous-deltoïdiennes, à peu près toujours consécutive à un traumatisme. En dehors d'une raideur, peut-être moins accusée, elle ressemble beaucoup à l'arthrite de l'épaule.

Le *rhumatisme musculaire* serait d'après certains auteurs anglo-saxons et scandinaves la cause de bien des algies du bras. Il surviendrait à la suite de fatigues et de surmenage du membre, plus particulièrement dans certaines professions féminines : tricoteuse, pianiste, dactylo, etc... D'après Demiéville (de Lausanne), il se localiserait surtout aux grands muscles scapulo-huméraux, trapèze, grand dorsal et grand pectoral, aux deux tubérosités de l'humérus affectant de chaque côté de la gouttière tricipitale les insertions du sous-scapulaire et du sus-épineux, aux muscles épicondyliens, en particulier long supinateur et radiaux. Pour Jones et Llewelyn il prédominerait par contre au poignet et à la main.

Pour Verger et Delmas-Marsalet, les myalgies rhumatismales, qui dans leur ensemble seraient plus fréquentes que les névralgies rhumatismales, se localisent aux membres supérieurs au niveau du deltoïde et du coraco-brachial. L'endolorissement de la région deltoïdienne, d'abord vague et uniquement ressenti dans les mouvements d'élévation et d'abduction, devient ensuite permanent : la main repose alors sur les genoux ou est maintenue dans la poche du pantalon. La myalgie des extenseurs des doigts, plus rare, détermine une douleur de la face postérieure de l'avant-bras, surtout des coulisses synoviales. Pour ces auteurs, le rhumatisme se localise surtout aux muscles posturaux, aux muscles destinés à conserver l'attitude normale de l'individu. Au bras c'est le deltoïde parce qu'il assure la suspension du membre supérieur.

Le diagnostic des myalgies rhumatismales repose sur la topographie algique strictement musculaire, sur la douleur à l'élongation, au pincement et à la pression des muscles, sur la perception de nodosités fibreuses dans les masses musculaires. Verger et Delmas-Marsalet ajoutent à ce tableau un signe différentiel qu'ils considèrent presque comme capital, les relations de la douleur avec l'attitude : apparition quand le muscle travaille à conserver l'attitude du membre, sédation quand le sujet est mis dans une position où la fonction d'attitude n'a plus à s'exercer, absence de douleur quand le muscle concourt à un mouvement actif ou passif qui n'intéresse pas cette fonction d'attitude.

Il n'est pas douteux que certains des points de Valleix se confondent avec des points musculaires; d'autre part rhumatisme musculaire et névralgie rhumatismale peuvent être associés. Mais pour les algies du bras comme pour la sciatique il ne faut pas exagérer démesurément l'élément musculaire aux dépens de l'élément névralgique. Les douleurs s'irradiant du cou le long de la continuité du membre jusqu'au poignet, l'évolution en deux étapes cervicale puis cervico-brachiale, la douleur par les manœuvres passives d'élongation, la diminution ou l'abolition du réflexe tricipital, sont bien le fait de l'irritation des funicules nerveux et non des muscles.

La *cellulite* vertébrale du cou est liée pour les uns à une fibrose du tissu cellulaire sous-cutané (fibrosite cellulaire des Anglais), pour les autres à l'engorgement lymphatique (Alquier). Cette cellulite se caractériserait (Forestier père) par deux localisations principales. D'une part des nodosités coiffent l'apophyse transverse de l'atlas et provoquent des névralgies occipitales, — d'autre part un empâtement profond des gouttières cervicales, sous forme d'un cordon arrondi ou d'une bandelette saillante suivant la ligne des apophyses transverses de C^5C^6, s'accompagne soit d'algie précordiale à type pseudo-angineux, soit de névralgie cervico-brachiale avec paresthésie et engourdissement descendant jusqu'à la main. Ici aussi, ne méconnaissons pas l'importance de la cellulite, que nous ne recherchons peut-être pas assez : attribuons-lui certaines algies du bras assez vagues. Mais ne lui faisons pas la part trop belle. D'ailleurs pour Forestier le processus inflammatoire se propagerait secondairement aux articulations apophysaires et aux trous de conjugaison (d'où la raideur et la contracture de la nuque) et la cellulite irait ainsi rejoindre la funiculite. Comme l'a dit depuis longtemps Valleix « le rhumatisme musculaire, les névralgies proprement dites, les dermalgies constituent de simples variétés d'une même affection ».

TRAITEMENT

Quoiqu'il s'agisse de la diathèse arthritique et nullement de l'infection aiguë de la maladie de Bouillaud, nous conseillons, *au début d'une cervico-brachialite*, une cure de salicylate de soude, aux doses de 4 à 6 grammes, associée durant une huitaine

(1) Pour le diagnostic d'avec les autres algies du membre supérieur, nous renvoyons à notre rapport.

de jours à un régime exclusivement végétarien et fruitarien. Ultérieurement, nous mettrons en œuvre la médication uricolytique sous forme de sels de lithine, d'atophan, de pipérazine.

Localement, nous prescrivons, tant sur la région cervicale que sur la région brachiale, les bains de soleil, à condition que les expositions soient de courte durée, du moins au début, ou les bains thermolumineux (de quinze à trente minutes) une à deux fois par jour.

Dans les cas particulièrement aigus, nous conseillons les analgésiques comme l'aspirine à hautes doses (2 à 3 grammes), le pyréthane (trois fois cinquante gouttes par jour), l'allonal (2 à 3 comprimés) exceptionnellement les opiacés. Pour ces derniers, en particulier pour la morphine, il ne faudra y avoir recours qu'après insuccès de tous les autres sédatifs; car l'affection risque de devenir traînante et le patient de verser dans la toxicomanie. Les hypnotiques à doses fortes, somnifène, dial, chloral, permettent parfois de donner quelques heures de répit au patient.

Dans les formes de *longue durée*, il sera utile d'avoir à sa disposition de nombreuses ressources thérapeutiques.

Comme *médication interne* nous prescrivons *per os* trois sortes d'agents médicamenteux.

I. Parmi les antinévralgiques et les sédatifs de la douleur en dehors de ceux déjà cités, le bleu de méthylène.

2. Parmi les antirhumatismaux chroniques nous réservons la préférence à la médication iodoiodurée intensive à doses progressivement ascendantes, que nous prescrivons de la façon suivante : VI gouttes, I goutte avant et après les trois principaux repas dans un peu d'eau de la solution : iode 1 gramme, iodure de sodium 0,30 alcool à 70 degrés q. s. pour 15 grammes, augmenter tous les jours de 1 goutte par prise soit de VI gouttes par jour jusqu'au trentième jour, suivre ultérieurement la progression descendante inverse.

3. A ces deux indications s'adjoint le plus souvent, en particulier chez la femme au voisinage de la ménopause, une indication déplétive, destinée à lutter contre la congestion des plexus veineux du trou de conjugaison, hamamélis, marron d'inde, etc.

Parmi les *injections locales*, nous conseillons surtout le lipiodol (2 à 4 centimètres cubes), que nous injectons dans les régions paravertébrales cervicales, dans la masse du trapèze, et dans la région de la gouttière de torsion. Demiévile préconise l'injection d'une solution de salicylate de soude à 2 p. 100 (2 à 10 centimètres cubes) dans les trapèze, pectoral, grand dorsal; Gommès, le sérum novocaïné au niveau du creux sus-claviculaire au voisinage des plexus; Ramond et Durand, les injections juxtanerveuses de solution physiologique de sulfate de magnésie à 25 p. 100 et les injections sous-cutanées d'air stérilisé suivant la méthode de Cordier, à condition de ne pas faire celles-ci dans le creux sus-claviculaire, où elles provoqueraient un emphysème médiastinal souvent dangereux.

Ces mêmes auteurs recommandent, dans les cas compliqués d'arthrite de l'épaule, l'injection d'air stérilisé dans la cavité articulaire. La douleur articulaire cède brusquement et la névralgie cervico-brachiale est, elle-même, très améliorée. Le bras étant en abduction, on enfonce l'aiguille directement d'avant en arrière à un 1/2 centimètre de l'apophyse coracoïde (ou bien, chez les obèses à coracoïde peu saillante, à 2 à 3 centimètres au-dessous du bord antérieur de la clavicule sur une ligne verticale passant à 1 centimètre et demi en dedans de l'interligne acromioclaviculaire). On sent une légère résistance au niveau de la capsule. En tâtonnant, on évite la face antérieure de la tête humérale et le rebord antérieur de la cavité glénoïde et on pénètre assez facilement dans l'interligne articulaire.

La *chaleur*, sous toutes ses formes, sera appliquée au cou et à la face postérieure du bras : bouillotte d'eau chaude, chaufferette japonaise, antiphlogistine, douche d'air chaud, repassage au fer chaud sur la partie atteinte recouverte d'une serviette, suivi ou non de l'application d'une pommade salicylée ou d'un liniment chloroformé et laudanisé.

Comme *méthodes physiothérapiques* nous avons surtout recours aux rayons infrarouges, à l'ionisation à l'azotate d'aconitine (qui a remarquablement réussi à Laquerrière dans son propre cas), à la radiothérapie des racines et funicules du plexus brachial (Gauducheau).

D'autres auteurs ont employé ultraviolets et diathermie (Paulian).

Il est absolument indispensable de rappeler l'urgente nécessité de mobiliser le plus tôt et le plus énergiquement possible, l'articulation scapulo-humérale. La cervico-brachialite guérira après un temps plus ou moins long; mais, si l'on n'a pas eu soin de masser et de mobiliser l'épaule, la raideur articulaire persistera, chez les gens âgés, comme séquelle très gênante.

Les *cures thermales* les plus indiquées, une fois passée la période aiguë, sont les eaux sulfureuses, du type Aix-les-Bains, où la douche-massage associée aux bains de vapeur Berthollet du cou et du bras est très efficace (F. Françon), les chlorurées sodiques du type Bourbonne, les sédatives et radioactives du type Lamalou, les bains de boue, du type Dax, Balaruc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1928)

Sur le mécanisme de l'action préventive du bismuth contre la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. R. Sazerac et H. Nakamura. Les recherches des auteurs relativement à la spirochétose ictéro-hémorragique les conduisent à penser qu'il serait peut-être possible, grâce aux propriétés du bismuth, d'obtenir des phénomènes de vaccination vis-à-vis des autres microorganismes sensibles à l'action de cet élément. Ils ont entrepris, à ce point de vue, des expériences concernant la prévention de la syphilis, dont ils rendront compte ultérieurement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1928)

Le vaccin B. C. G., bien que très atténué et sans action tuberculigène, reste encore trop pathogène pour l'espèce humaine. — M. LIGNIÈRES apporte un nouveau et très important mémoire contenant plusieurs observations d'où il résulte que « dans des conditions spéciales de sensibilité au B. C. G., celui-ci manifeste vis-à-vis des enfants un pouvoir pathogène qu'on pouvait difficilement imaginer ».

Si le cobaye supporte le B. C. G. sans faire de lésions progressives, sans en être gêné le plus souvent, l'espèce humaine y est plus sensible.

« En résumé, dit M. Lignières, de ma communication du 17 juillet sur la signification des réactions tuberculiniques, après l'application du B. C. G., on doit retenir que ce vaccin, dans une grande quantité de cas (vraisemblablement la majorité), passe par le tube digestif des très jeunes sujets, sans produire la prémunition désirée, mais sans déterminer le moindre accident. »

De l'exposé de M. Lignières il ressort encore « qu'il existe des organismes peut-être exceptionnellement sensibles au B. C. G. chez lesquels ce vaccin est capable de déterminer des accidents plus ou moins graves.

« Actuellement, ces organismes sensibles, nous ne pouvons les reconnaître ni même les soupçonner à l'avance. »

La mortalité générale des cobayes traités par le B. C. G. n'est pas supérieure à celle des animaux témoins. — MM. REMLINGER et BAILLY. Une expérience de trois années portant sur près de 500 animaux permet aux auteurs d'établir qu'à Tanger la mortalité pour causes étrangères à la tuberculose n'est pas chez les animaux vaccinés avec le B. C. G. supérieure à ce qu'elle est chez les témoins. Elle est même inférieure (27,4 p. 100 au lieu de 28,6 p. 100). C'est exactement ce qui, en Roumanie, se passe chez les enfants vaccinés puisque, d'après MM. Cantacuzène et Jonescu Mihaiesti, c'est chez eux non seulement la mortalité pour tuberculose mais encore la mortalité générale qui se trouve abaissée.

M. LIGNIÈRES pense et répète que lorsqu'on inocule des cobayes on s'aperçoit que certains sont plus sensibles que d'autres. Il est logique de penser que dans l'espèce humaine on peut trouver les mêmes variations de sensibilité.

Sur le mécanisme de la bradycardie ictérique. Bradycardie sans cholémie saline mais avec cholinémie. — MM. DUMITRESCO, MANTE, HAGIESCO, Mme MAXIM et M. PETRESCO.

Le mal perforant auriculaire. — M. JACQUES. Sous le nom de cholestéatome de l'oreille externe les auteurs allemands décrivent une inflammation proliférative des téguments du conduit avec desquamation qui, d'après les recherches de M. Jacques, serait tout autre chose qu'une simple desquamation. Il s'agirait d'une véritable perte de substance due le plus souvent à l'infection syphilitique agissant sur un terrain névropathique. Ainsi serait justifié le nom de mal perforant auriculaire que donne l'auteur à cette lésion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1928)

Asthme et saignée. — M. Étienne BERNARD rapporte l'observation d'une femme de quarante-sept ans entrée à l'hôpital en crise de dyspnée paroxystique. La polypnée, l'expectoration mousseuse, une tension relativement élevée, de l'albuminurie firent supposer une crise d'œdème pulmonaire. Une saignée fut faite et la dyspnée cessa. Il s'était agi en réalité d'une crise d'asthme essentiel : l'examen ne devait révéler, en effet, ni défaillance ventriculaire gauche, ni insuffisance rénale, des crises ultérieures devaient céder aux injections d'adrénaline et surtout il y avait une éosinophilie considérable dans le sang et dans les crachats. C'est surtout ce dernier symptôme qui a permis d'affirmer le caractère essentiel de cet asthme.

Le succès obtenu par la saignée fit renouveler cette thérapeutique à l'occasion de nouvelles crises dyspnéiques et le résultat fut satisfaisant.

Ce cas est à rapprocher de ceux publiés récemment par M. Pasteur Vallery-Radot et concernant des crises d'asthme anaphylactique guéries par la saignée. Mais ici la cause sensibilisante n'existait pas ou tout au moins ne pouvait être décelée.

L'auteur estime que ces succès concernent peut-être des sujets très particuliers. Sa malade présentait, d'une part, une instabilité évidente de la tension artérielle, et, d'autre part, une élévation exceptionnelle (106 grammes) du taux des albumines du sérum sanguin. La saignée a fait baisser brutalement la tension et, par le phénomène de la dilution sanguine postsaignée, a ramené les albumines du sérum à un taux normal. Ces phénomènes ont accompagné la disparition de la crise d'asthme. Ils ont peut-être contribué à cette disparition.

Isothermognosie d'origine mésencéphalique au cours d'une névraxite épidémique. — M. HAGUENAU et Mlle ABRICOSOFF ont observé un malade atteint de névraxite épidémique aiguë qui présente des troubles de la sensibilité objective très particuliers : du côté atteint toutes les excitations sensitives chaudes ou froides sont ressenties sous forme de chaleur. C'est l'isothermognosie. L'apparition de ce symptôme, au cours d'une lésion mésocéphalique, méritait d'être signalée. Témoin de l'atteinte des fibres très spécialisées (faisceau antéro-latérale), ce pourra être un symptôme localisateur au cours des affections du névraxe.

Trois cas de tuberculose pulmonaire chronique avec images radiologiques nodulaires disséminées. — MM. JACOB et COURNAND insistent, à propos de ces observations, sur le caractère non exceptionnel de pareilles images, leur effacement possible, l'apyrexie et la conservation d'un bon état général au cours de leur évolution.

Un cas de chirurgie thoracique appliqué au traitement d'une tuberculose rapidement évolutive. — MM. GIRODE, JACOB et COURNAND présentent la malade qui, après phréninectomie et thoracoplastie, a présenté un fléchissement important de la température qui se stabilisa aux environs de la normale. L'état général s'améliora, la reprise du poids fut importante.

Anévrisme de l'aorte abdominale rompu dans le duodénum. — MM. DE MASSARY et FLANDIN présentent la pièce concernant un champion cycliste. A ce propos, les auteurs se demandent si les violents efforts abdominaux que le malade a fourni dans sa carrière de coureur n'ont pas jouer un rôle localisateur.

Rein unique. Mort à vingt-deux ans par néphrite azotémique. — MM. DE MASSARY et P. FLANDIN expliquent l'évolution rapidement mortelle par la réduction congénitale du parenchyme rénal qui a favorisé l'apparition et hâté l'évolution d'une infection minime facilement inaperçue.

Un cas mortel d'anémie aplastique hémorragique par intoxication benzénique professionnelle. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, LÉVY et DESOILLE, à propos de ce cas concernant une jeune fille de quinze ans employée dans un atelier de confections d'imperméables, insistent sur l'intérêt médico-légal de ces anémies aplastiques symptomatiques.

Un cas de gros foie polykystique. — MM. Noël Fiessinger et R. Cattun présentent une malade atteinte d'un gros foie polykystique. Ils insistent sur l'importance de la multiplicité des kystes pour le diagnostic avec le kyste hydatique malgré la possibilité d'éosinophilie et d'une réaction de Casani positive. Faisant une étude fonctionnelle du foie de cette malade les auteurs font la preuve de l'intégrité de la fonction chromagogue et biliaire et de l'atteinte de la fonction azotée et sucrée. Cette asynergie fonctionnelle prouve une insuffisance hépatique minime qui explique la longue durée de cette maladie qui, chez cette malade, dura plus de vingt ans. Il n'existe chez elle aucun signe d'atteinte rénale. Une exploration chirurgicale a permis de faire une biopsie du foie. Les auteurs étudient les lésions du parenchyme recueilli qui prouvent nettement la nature adénomateuse de la maladie.

Septinévrite brachiale aiguë avec importants symptômes sympathiques suivis d'une paralysie transitoire du droit externe. — MM. Laignel-Lavastine et R. Bonnard rapportent un cas dont la monoplégie à prédominance distale était à la fois motrice, sensitive et sympathique et la paralysie oculaire s'accompagnait de nystagmus provoqué. Les auteurs discutent l'origine encéphalitique de ces troubles.

Un cas de panlithiase biliaire. — MM. Loeper, Tonnet et Ravier présentent les pièces d'un cas de lithiase biliaire à évolution latente dans lequel le foie était farci de calculs. L'examen chimique des calculs a montré la différence de composition entre les calculs vésiculaires et les calculs intrahépatiques. Les premiers sont plus riches en cholestérine. Les autres renferment une proportion plus élevée de chaux et de magnésie. Le foie présente des abcès multiples avec dissociation des trabécules; les lésions sont essentiellement inflammatoires et accessoirement scléreuses.

L'insuline chez les rénaux. — MM. Loeper, Lemaire et Harvier ont constaté, contrairement à ce qu'on observe chez l'individu normal, que l'insuline ne passait pas ou très peu dans les urines des néphritiques. Les auteurs expliquent par ce fait l'action plus grande, plus durable, plus prolongée de l'insuline chez les rénaux imperméables et pensent qu'il y a lieu de tenir compte de ces données dans l'administration de l'insuline chez les malades atteints de néphrite.

Considérations cliniques sur la splénomégalie égyptienne. Premier cas de mycétome de la rate observé en Egypte. — M. Petzetakis (d'Alexandrie).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(séance du 20 avril 1928)

L'insufflation tubaire dans la stérilité tubaire. — M. Papillon rappelle que la question de la stérilité tubaire qui était à l'ordre du jour au dernier Congrès de gynécologie de Lyon (rapport de M. Douay) est une de celles qui occupent le plus les gynécologistes à l'heure actuelle. M. Papillon décrit la méthode qui permet, par l'insufflation d'air ou mieux d'oxygène, de s'assurer de la perméabilité de la trompe. Cette méthode permet aussi de vérifier la valeur fonctionnelle d'une trompe la veille d'une opération conservatrice. Elle permet enfin d'instituer un traitement tendant à rendre une trompe perméable.

La méthode doit rester un procédé d'exception. L'auteur présente plusieurs appareils d'insufflation. Il expose la technique des injections tubaires de lipiodol et fait passer des radiographies tubaires provenant de l'hôpital Broca et dues à l'obligeance de MM. Douay et Lehmann.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(séance du 4 mai 1928)

Un cas de prolapsus urétral chez une femme âgée. — MM. A. Bonnet et E. Truc rapportent l'observation d'un prolapsus urétral chez une femme de soixante-cinq ans atteinte de constipation chronique. Ils signalent la rareté de ces prolapsus que l'on voit exceptionnellement chez l'adulte, plus souvent chez l'enfant, et assez rarement chez la femme âgée. Ils insistent sur la nécessité d'un traitement précoce qui évitera le sphacèle.

Hématome scrotal consécutif à une hémorragie veineuse du cordon. — MM. A. Bonnet et E. Truc.

Accidents hypoglycémiques au cours d'un diabète maigre traité par l'insuline, avec amélioration du trouble basal. — MM. Vedel, J. Vidal et J. Chaptal.

Un cas de microsplénie. (*Présentation de pièces.*) — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau, H.-L. Guibert et W. Arnal.

(séance du 11 mai 1928)

La grippe chez le vieillard pendant l'hiver 1927-1928. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau, H.-L. Guibert et W. Arnal apportent les observations d'une épidémie de grippe qui a sévi dans le service des vieillards durant l'hiver. Les malades présentaient un même tableau clinique : début brutal, peu de signes locaux pulmonaires, cyanose des extrémités, évolution très rapide vers la mort. Contrastant avec la pauvreté des signes cliniques, les lésions observées à l'autopsie étaient caractérisées par une congestion intense de tous les viscères. Les poumons en particulier présentaient tous uniformément un même aspect de congestion massive totale. A l'examen histologique, il s'agissait de noyaux de bronchopneumonie avec participation importante du parenchyme pulmonaire; au niveau de ce dernier on trouvait des foyers leucocytaires avec aspect d'œdème inflammatoire et nécrotique frappant le tissu pulmonaire de mort brutale.

Méningite cérébro-spinale à diplococcus pharingis flavus. Etude bactériologique. (*Présentation de préparations.*) — M. Sollier.

Volumineux polype fibreux utérin sphacélé. Extraction. Fibromatose utérine, hystérectomie subtotale. Guérison. — MM. H. Estor et G. Fayot.

(séance du 18 mai 1928)

Le 440 B (neptal) diurétique mercuriel dans les œdèmes des cardiaques. — MM. Rimbaud, J. Chardonneau et W. Arnal ont utilisé le 440 B chez cinq malades âgés, insuffisants cardiaques graves, avec œdèmes étendus. Les tonicardiaques, qui agissaient très favorablement sur leur état circulatoire, n'avaient pas d'influence sur leurs œdèmes. Le neptal, toujours parfaitement supporté, en particulier par un vieillard dont l'état présentait la plus grande gravité, a eu une action passagère mais très énergique sur la diurèse. Il a fait fondre en quelques jours des œdèmes considérés jusqu'alors comme irréductibles. L'élimination urinaire est passée en vingt-quatre heures dans deux cas de 1.000 à 6.000, de 2.000 à 6.500. De véritables décharges chlorurées ont été observées, les chlorures de vingt-quatre heures passant de 5 à 54 grammes dans un cas à 57 grammes dans un autre cas. Ils ont observé, d'autre part, comme l'ont décrit plusieurs auteurs, une reprise secondaire, moins accentuée,

mais plus prolongée, de la diurèse et la « réactivation » de certains diurétiques, la théobromine en particulier.

Ils estiment, qu'à condition d'observer les contre-indications, de ne point le prescrire aux brightiques à rétention azotée; le 440 B, appliqué chez les insuffisants cardiaques avec œdèmes, facilite l'action des toni-cardiaques et peut rendre de très grands services.

Tuberculome cérébral à évolution rapide. — MM. Massabuau, L. Marchand et P. Rimbaud.

(Séance du 25 mai 1928)

Cancer de la vésicule biliaire. (*Présentation de pièces.*) — MM. E. Forgue, M. Lapeyrie, G. Laux et H.-L. Guibert.

Le repérage microscopique des préparations histologiques. — M. E. Grynfeltt.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Le Tribunal départemental de l'Eure a rendu, le 12 juillet 1927, un jugement dans des conditions particulières qui ont amené la Cour de Rouen à surseoir à statuer dans une question de responsabilité médicale. C'est Me Louis Mercier, avocat à la Cour d'appel de Paris, qui a plaidé et obtenu ce sursis.

Une dame tombe, le 23 février 1926, d'une fenêtre du premier étage de son habitation et est relevée souffrant du pied gauche; un médecin est appelé et diagnostique une fracture du péroné gauche, sans qu'il y ait eu radiographie préalable Elle déclara que le lendemain le médecin plaça la jambe dans une gouttière, sans faire la moindre réduction de fracture et la laissa ainsi pendant plusieurs jours. Le 5 mars, la gouttière est enlevée, et le médecin aurait dit, suivant la malade, qu'elle était guérie et pouvait marcher normalement. Mais, loin de marcher, la malade ne put appuyer le pied par terre; elle s'adressa alors à deux spécialistes qui déclarèrent que de leur examen il résultait : 1° que jamais il n'y avait eu lésion du tibia ou du péroné ni de leurs extrémités; 2° que l'os brisé avait été l'astragale; que l'avenir était des plus sombres pour la malade et que l'ablation de l'astragale était la seule ressource pour permettre l'usage du membre lésé, sans toutefois assurer à la malade une marche normale. Munie de ces constatations, la malade déclara qu'elle avait été victime d'une erreur capitale de diagnostic de la part du médecin qui devait savoir que la prudence recommande à tout médecin, en cas de fracture, la radiographie avant et après la réduction de la fracture; et ce pour s'assurer de la parfaite mise en état de cette dernière qu'il n'avait même pas tentée, et que, si la radiographie avait été faite, le médecin se serait certainement aperçu de son erreur de diagnostic et aurait probablement appliqué le traitement approprié.

Invoquant les articles 1382 et 1384 du Code civil, elle demanda au Tribunal de condamner le médecin à 150.000 fr. de dommages-intérêts. Ce dernier demanda la nomination de trois experts pour démontrer qu'il n'avait commis aucune faute, expliquant qu'il était de jurisprudence constante que, pour les fautes consistant dans une erreur professionnelle c'est-à-dire dans une mauvaise direction du traitement, il était reconnu que les tribunaux ne pouvaient apprécier la valeur des doctrines médicales, et qu'en dehors de cela il

fallait démontrer une faute évidente, une négligence ou imprudence caractérisée.

Le Tribunal déclare dans son jugement : « Attendu que l'erreur reprochée au docteur X... ne comporte l'appréciation d'aucune doctrine médicale ; que si, d'après les documents de la cause, et notamment de la note technique jointe au dossier de la demanderesse, les rayons X ont fait découvrir que la fracture de l'astragale, difficile à diagnostiquer auparavant, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le supposait ; il est certain, d'une part, qu'il n'y avait pas de fracture du péroné, ainsi que le docteur X... l'a vu et déclaré dans son certificat en date du 26 mars 1926, et que, d'autre part, il sautait aux yeux que le pied avait été le siège d'une grave blessure. » Le Tribunal ajoute que, dans l'espèce, il n'était pas nécessaire d'avoir une connaissance médicale pour juger qu'en faisant preuve d'une pareille légèreté et en négligeant de se livrer à un examen sérieux du pied, le docteur X... avait commis une faute lourde.

Le Tribunal a reconnu de prime abord la responsabilité du médecin et, comme il ne pouvait déterminer les conséquences pécuniaires de cette faute, il a commis trois experts ayant pour mission « de dire quel était l'état actuel de la malade, quelles seront les conséquences de la lésion constatée ; si le pied est ankylosé et s'il était possible de remédier à cette infirmité par une opération dont ils indiqueraient la nature ou d'en limiter les effets au moyen de soins appropriés ».

Le docteur X... fit appel de cette décision. Il avait raison.

La Cour de Rouen, dans son arrêt du 2 mai 1928, déclara :

« Attendu qu'il est constant que le docteur X..., appelé auprès de la dame Z... à la suite d'un grave accident, a diagnostiqué et soigné une fracture du péroné, alors que la blessée avait l'astragale brisée et qu'il a omis de contrôler son diagnostic par la radiographie ;

Mais que, dans l'état actuel de la procédure, il n'est établi ni que l'erreur de diagnostic eu égard à l'état de la blessée, ne fût pas excusable, ni que l'examen radiographique ait été possible à un moment où il eût pu influer utilement sur le traitement à instaurer ;

Attendu que, dans tous les cas, il n'est pas actuellement démontré que l'impotence fonctionnelle dont paraît atteinte la dame Z... soit reliée avec l'erreur et la négligence sus-visées pour la totalité ou partiellement, par un rapport de cause à effet, condition indispensable pour que, à supposer la faute du médecin certaine, la responsabilité de celui-ci puisse être retenue. »

La Cour a critiqué la décision des premiers juges et rappelé le devoir des magistrats dans une affaire aussi délicate que celles concernant l'application des méthodes médicales et le diagnostic. Elle a nommé trois experts, non pas avec une mission qui suppose la faute du médecin établie mais avec celle-ci :

1° Quel était l'état de la blessée quand le docteur X... fut appelé près d'elle ;

2° Quels soins lui donna-t-il aussitôt et continua-t-il par la suite ;

3° Si l'erreur du diagnostic visée aux motifs peut s'expliquer par les difficultés que pouvait présenter un examen local à l'origine ;

4° Si elle n'eût pas pu ou dû être rectifiée par un examen subséquent et au bout de combien de temps ;

5° A quel moment, eu égard à l'état de la blessée et au lieu de l'accident, le contrôle par la radiographie eût pu s'exercer, s'il eût permis d'instituer un traitement plus efficace ;

6° Quel est l'état actuel de la dame Z....

Ainsi la mission donnée permettra de dire si le médecin a commis ou non une faute professionnelle ; ce que seuls des hommes de l'art peuvent dire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

LIVRES NOUVEAUX

Contribution à l'étude des spirochétidés (1), par le docteur A. PETTIT, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

Né d'un ouvrage publié en 1919 avec le professeur L. Martin le présent ouvrage n'est pas une réédition après mise au point. C'est un épanouissement qui témoigne de l'importance que depuis neuf ans les spirochétidés ont prise dans la science. Et encore ne représente-t-il que le premier tome d'un ouvrage plus important.

Après avoir défini ce qu'on doit dénommer spirochétidés, l'auteur, qui pour certains chapitres a fait appel à la compétence de MM. Comandon, Delamare et Fourneau, étudie la morphologie des divers groupes de spirochètes et les apparences diverses qu'ils peuvent revêtir à l'examen, leur biologie, leurs caractères différentiels, leur reproduction, leur comportement envers les diverses cellules, les divers hôtes et leurs organes. Leur chapitre particulièrement important pour le médecin est réservé à la chimiothérapie des spirochétoses.

A cette étude d'ensemble fait suite une étude de détail précieux répertoire des espèces actuellement connues libres ou non et dont le commensalisme ou le parasitisme, au moins pour le règne animal, ne semble ignorer aucun groupe de quelque importance. Si tous ces germes ne sont pas, ou pas encore familiers au médecin, celui-ci y trouvera cependant de belles études de tréponème, du spirille de la fièvre récurrente, de ceux des bronchites hémorragiques, etc. A défaut de règle systématique encore bien fixe, l'auteur a choisi un classement selon les espèces parasitées qui permet une orientation aisée au milieu de ces études qui sont la somme de nos connaissances actuelles.

La spirochétose hémorragique enfin est, à elle seule, l'objet unique de la troisième partie de l'ouvrage, chapitre à lire d'un bout à l'autre pour qui veut connaître la biologie et la clinique d'une affection devenue si fréquente. Dans cette dernière partie, l'auteur a accumulé des séries de figures pour la plupart microphotograpiques et quelques magnifiques photographies en couleur.

En somme, imposant travail de bactériologie générale et appliquée que consulteront avec fruit biologistes et médecins.

L. BABONNEIX.

(1) Tome Ier. Chez l'auteur, 70, rue Jullien, Vanves. Paris, 1928. Imprimerie de l'Edition médicale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — A PROPOS DES RISQUES PROFESSIONNELS. — Le Conseil municipal a pris récemment une délibération instituant un régime de garanties des risques professionnels du personnel médical des hôpitaux et du service de l'assistance médicale, analogue au régime du Service de santé appliqué aux internes des hôpitaux et hospices civils de Paris.

« Cette mesure, inspirée en l'absence de toute obligation légale par un esprit de sollicitude à l'égard du Corps médical, écrit *Le Temps*, a été soumise à l'assemblée communale par M. Moriette, sur l'initiative de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

Il était apparu, en effet, que les dispositions prises en faveur des internes des hôpitaux, approuvées en juillet 1926 par le Conseil municipal, devaient être, en toute équité, étendues à tous les membres du personnel médical.

La situation de ces derniers est, sans doute, différente de celle des internes qui consacrent toute leur activité au service hospitalier; mais les dispositions qui ont été adoptées ont tenu compte de cet état de choses en partageant également le risque entre l'administration hospitalière et la victime, toutes les fois que le doute subsistera sur les origines de l'invalidité.

Pour les médecins et sages-femmes du service de l'assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées des hôpitaux, moins exposés dans l'exercice des fonctions qui leur sont confiées, le « forfait » adopté a été sensiblement réduit. L'allocation qui pourra leur être éventuellement accordée a été fixée à 25 p. 100 du taux de l'indemnité versée en cas d'affection notoirement contractée en service.

Pour que le taux des allocations soit en rapport avec le dommage que des praticiens comme ceux qui apportent leurs soins aux malades de nos hôpitaux peuvent être appelés à subir, celui-ci a été fixé en principe, et sous réserve de certaines exceptions, au montant maximum des pensions civiles du personnel administratif.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en faisant siennes les propositions de M. Mourier, et le Conseil municipal, en les adoptant, ont devancé le législateur, saisi d'un projet de cette nature qui n'est pas plus favorable au Corps médical que celui adopté pour le personnel médical des hôpitaux de Paris. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — L'emploi de chef de travaux pratiques de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est supprimé à dater du 1er octobre 1928.

— MONTPELLIER. — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, une chaire de dermatosyphiligraphie (emploi rétribué sur le budget de la Faculté, subventions diverses).

GUERRE. — Sont désignés comme membres du Comité consultatif de santé :

Membres titulaires. — M. Savornin, médecin général, directeur du Service de santé de l'armée française du Rhin, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Jacob, décédé.

M. Rouvillois, médecin général, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Fournial, passé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

Membre consultant. — M. Plisson, médecin colonel, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy, en remplacement de M. le médecin général Rouvillois, nommé membre titulaire.

— Mutations :

Médecin colonel. — M. Spick, de l'hôpital militaire de Nancy, est maintenu et désigné comme médecin chef.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Godeau, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Pau, est désigné comme président de commission de réforme.

Médecins capitaines. — MM. Poey, des troupes du Maroc, en congé de rapatriement, est affecté aux troupes du Maroc; Noaillac, des territoires du Sud algérien, est affecté au 99e d'inf. à Lyon.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AGRICULTURE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Morel (de Toulouse).

PETITE ROQUETTE. — M. Touchard (J.), médecin en chef, est nommé médecin chef honoraire.

M. Fouineau, médecin adjoint, est nommé médecin en chef.

M. Barois, ancien interne à la Maison départementale de la Seine, est nommé médecin adjoint.

ADDITIONS AU CODEX. — Le *Journal officiel* du 25 juillet publie l'addition suivante : Essence de santal d'Australie, et des modifications concernant le bismuth (azotate basique de) et le glycérophosphate de calcium officinal.

VITAMINES ET LUMIÈRE PAR T. S. F. — Le docteur Foveau de Courmelles traitera au poste de T. S. F. de la Tour Eiffel, le vendredi 17 août 1928, à 19 h., ce sujet d'actualité : « Vitamines et lumière. »

INSTITUT NATIONAL D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE. — Les médecins ne peuvent manquer de s'intéresser aux tentatives visant à une organisation rationnelle et hygiénique du travail. Ils sont certains de trouver à ce sujet tous les renseignements utiles en s'adressant à l'Institut national d'orientation professionnelle qui étudie de la façon la plus complète les questions d'orientation et de sélection scolaire.

A la tête de l'Institut se trouve un Comité de direction comprenant M. Fontègne, inspecteur général de l'enseignement technique; M. H. Laugier, directeur du laboratoire de physiologie appliquée, et M. H. Piéron, professeur au Collège de France.

Toute correspondance relative à l'Institut d'orientation professionnelle doit être adressée à Mlle M. Lichtenberger, secrétaire-archiviste, Institut d'orientation professionnelle au Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, Paris (Ve).

Ve VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOEL SUR LA CÔTE D'AZUR. — Comme les années précédentes, le grand Voyage annuel de la Société médicale du Littoral méditerranéen (Voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. La concentration se fera à *Marseille* dans la journée du mercredi 26 décembre. Le voyage commencera le 27 décembre au matin, par la visite du port. On passera la journée du 28 à *Toulon* et, le 29, commencera l'étude des stations climatiques et des établissements de cure de la Côte d'Azur.

Successivement *Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu,* présenteront leurs richesses thérapeutiques sans égales. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale. De somptueuses réceptions leur seront réservées à Marseille, Cannes, Nice et Monte-Carlo. Le Trophée romain de la Turbie, les Grottes de Grimaldi, le laboratoire du docteur Voronoff, l'Observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée d'océanographie de Monaco seront l'occasion de très intéressantes promenades. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques fourniront au voyageur toutes les explications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable.

Ce beau voyage sur la Côte d'Azur se terminera, au gré du voyageur, par une *Excursion dans les Alpes* (6-7 janvier), ou par une *Excursion en Corse* (6-10 janvier), ou encore par quelques journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale du Littoral méditerranéen M. le docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE DE STOCKHOLM. — Le IIe Congrès international de radiologie, qui vient de se tenir à Stockholm s'est terminé la semaine dernière.

Le prochain Congrès se tiendra en 1931 à Paris, sous la présidence de M. Béclère.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — TRAVERSÉE DE JOUR ENTRE NICE ET LA CORSE. — Par suite des modifications apportées aux Services maritimes entre Nice et la Corse, les départs de Nice des paquebots effectuant les traversées de jour ont lieu :

Le vendredi, à 9 h., pour Ajaccio;

Le samedi, à 12 h. pour la Balagne (Calvi et Ile-Rousse ou Ile-Rousse et Calvi alternativement par quinzaine).

Le dimanche, à 10 h., pour Bastia.

Les voyageurs partant de Paris le vendredi par le train n° 15, à 17 h. 10, sont en Corse le lendemain soir. Ils trouvent à leur arrivée à la gare de Nice, à 10 h. 55, un service automobile qui les transporte avec leurs bagages au port d'embarquement.

NOTES DE PRATIQUE

SURCHARGE GRAISSEUSE DU CŒUR

1° Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettre que 3 à 6 gr. de sel) par jour, par exemple : à 7 heures, 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée, 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 gr. de pain sans sel, deux tasses de thé; à 16 heures, une tasse de thé, sans sucre; à 19 heures, même menu qu'à midi, en remplaçant la viande par deux œufs sans sel.

2° Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0g50 de *Théosalvose strophantique*, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardiotonique.

Au bout de cinq jours, leur substituer deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique,* puis arrêt de cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

UN CAS D'IRIDO-CHOROIDITE MÉTASTATIQUE
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

PAR LES DOCTEURS

A. CANGE et H. DUBOUCHER

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger. Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

Il n'est pas un tissu, il n'est pas un organe qui soit à l'abri des atteintes de la terrible toxi-infection appendiculaire. Seul, peut-être, l'organe de la vision semblait jusqu'ici en avoir été préservé, privilège bien fait pour surprendre si on veut se rappeler la richesse vasculaire de la choroïde et la disposition terminale des artères rétiniennes.

Dans son remarquable rapport à la *Société française d'ophtalmologie* sur les « Irido-choroïdites au cours des infections aiguës » (1922), Dupuy-Dutemps n'en mentionnait qu'un seul cas emprunté à un mémoire de Kipp qu'il nous a été impossible de nous procurer.

L'observation que nous publions est celle d'une irido-choroïdite indiscutable dont l'origine nous paraît devoir être également rattachée à une infection péritonéo-appendiculaire. Elle présente cette double particularité : 1° que la métastase fut déclanchée par l'intervention opératoire (appendicectomie), et 2° que la localisation secondaire fut déterminée par une lésion préalable du globe oculaire en vertu de l'adage ancien : *si quid laboraverit ante morbum ibi se figit morbus.*

Observation. — Le 18 août 1926, O... a été atteint d'une plaie pénétrante de l'œil gauche produite par l'épine acérée d'un figuier de Barbarie. Il éprouva sur-le-champ une violente douleur bientôt suivie de larmoiement abondant, de photophobie et de rougeur de l'œil. Mais surtout, les souffrances étaient continues; elles siégeaient non seulement au niveau du globe, se traduisant par la sensation persistante d'un corps piquant implanté dans son intérieur, mais encore elles s'irradiaient à distance dans le domaine du sus-orbitaire. Le blessé se rendit à Alger consulter un praticien, des constatations duquel il résulte : 1° qu'il existait une petite plaie pénétrante, récente, de la cornée de l'œil gauche produite vraisemblablement par un agent vulnérant pointu et occupant le voisinage du centre de la cornée; 2° que l'agent vulnérant avait intéressé le cristallin, entraînant l'ouverture de sa capsule antérieure; 3° qu'il existait une cataractation partielle envahissant le centre de la lentille et réduisant notablement la vision qui, à ce moment, était, de l'aveu même du blessé, encore conservée; 4° enfin, qu'il y avait des accidents inflammatoires et notamment de l'iritis.

Nous manquons de détails techniques sur l'évolution de ces accidents que l'oculiste consulté dès le début, considéra comme graves et comme devant comporter, pour le moins, « une infirmité consistant en une diminution importante de la vision. » Nous savons toutefois, par ce que nous a appris le blessé, que le 20 septembre, il était retourné voir son médecin qui aurait ordonné la continuation du traitement (collyre à l'atropine). Toutefois, à ce moment, et bien que la vision eût été encore de : 0,2, l'éventualité d'une iridectomie aurait été envisagée, mais seulement après refroidissement complet des lésions; car l'œil était resté photophobe et parfois douloureux surtout après un travail prolongé.

Nous devions bientôt examiner le blessé, environ deux mois plus tard, et voici dans quelles circonstances : le 3 novembre 1926, il entrait à l'hôpital civil de Mustapha pour y subir une intervention chirurgicale. Le 8 octobre, il avait été, en effet, atteint d'une crise appendiculaire nettement caractérisée et assez sévère (douleurs dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney, vomissements, arrêt des gaz et des matières, fièvre); c'était la seconde, la première s'étant produite un an auparavant et sous une forme moins sérieuse qui avait cédé, en quinze jours, à un traitement purement médical. L'opération pratiquée à froid, par notre collègue le professeur Costantini permit d'enlever un appendice volumineux, solidement fixé par des adhérences si abondantes et si serrées qu'on éprouva de sérieuses difficultés pour le libérer; même, il fut ouvert pendant les manœuvres exécutées pour son dégagement : il s'en écoula un liquide épais, glaireux, sans odeur. Par mesure de prudence, la plaie opératoire fut drainée.

Les suites opératoires furent normales; il n'y eut ni fièvre, ni réaction péritonéale; mais, si rien d'anormal ne se produisit du côté de l'abdomen, par contre, survinrent, deux ou trois jours après l'intervention, des accidents oculaires atteignant le bulbe du côté gauche antérieurement traumatisé. Le premier phénomène accusé par l'opéré fut une douleur occupant l'intérieur du globe resté, aux dires du malade, légèrement sensible (?).

Devant l'aggravation croissante des symptômes, O... fut présenté à notre consultation le 17 novembre, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention chirurgicale; et voici, textuellement reproduits, les résultats de notre examen : « Irido-choroïdite métastatique apparue au cours d'une intervention d'appendicite suppurée (?) dans un œil anciennement traumatisé par épine. On remarque en effet un petit néphélion paracentral et une cataracte traumatique partielle. L'œil est rouge, injecté, très douloureux à la pression sur le corps ciliaire; l'iris est terne. La projection lumineuse est bonne; compte les doigts à 0m50. » Une médication générale anti-infectieuse (injections sous conjonctivales et intraveineuses d'électrargol) fut instituée et combinée à un traitement local antiphlogistique (compresses froides, collyre à la dionine, etc.).

Quand le 1er décembre 1926, l'état de la plaie abdominale permit l'évacuation de l'opéré sur notre service, la situation oculaire s'était manifestement aggravée; à ce moment on nota : une vive injection ciliaire, un iris terne et décoloré, une séclusion complète de la pupille encombrée d'exsudats. L'œil douloureux était dur, en état de glaucome secondaire et la projection lumineuse défectueuse n'était conservée qu'en dehors.

Lorsque le 6 décembre, le blessé voulut quitter notre service, l'œil était toujours en état d'hypertonie légère; la projection était franchement défectueuse, et l'avenir apparut tellement sombre que l'on envisagea même l'éventualité d'une énucléation.

Le 14 janvier 1927, il fut revu par son premier médecin qui mentionne dans un second certificat : « une aggravation très nette de son état oculaire. L'œil gauche, blessé accidentellement en août 1926, présente actuellement des signes d'iridocyclite. Il y a une séclusion pupillaire complète; la pupille a été bouchée par les exsudats inflammatoires; la projection lumineuse est très mauvaise; la vision est nulle »; bref cet œil est considéré « comme définitivement et complètement aveugle. »

Voici maintenant les résultats de nos examens pratiqués en mars 1927.

L'œil légèrement injecté et encore un peu larmoyant paraît plus petit et enfoncé dans l'orbite; la fente palpébrale est rétrécie.

Sur la cornée qui a conservé sa transparence, se détache nettement une petite tache blanc-grisâtre, assez bien limitée, des dimensions d'une tête d'épingle, située dans son diamètre horizontal à la jonction du tiers interne avec les deux tiers externes.

La chambre antérieure est, dans toute son étendue, irrégulièrement augmentée de profondeur du fait de l'attraction en

masse de l'iris qui se trouve pour ainsi dire « plaqué » contre la face antérieure du cristallin.

L'iris est terne, décoloré, gondolé, irrégulièrement bosselé, insensible à la lumière et figé par des adhérences à la cristalloïde antérieure.

L'orifice pupillaire, presque punctiforme, se montre irrégulier et obstrué par un épais exsudat grisâtre. L'instillation d'un collyre mydriatique à base d'atropine ne parvient pas à le dilater tant est étroite et étendue la soudure pathologique aux plans profonds.

Déjà, ces altérations superficielles suffiraient à elles seules, en interceptant le passage des rayons lumineux, à abolir mécaniquement la vision, mais il existe des lésions autrement graves.

Bien que les milieux postérieurs (cristallin et vitré) soient inéclairables, et que les membranes profondes (choroïde et rétine) ne soient pas directement explorables, il est néanmoins permis d'affirmer que milieux et membranes ont subi des altérations graves. De fait, non seulement la vision est abolie mais même la simple sensation de la lumière n'est que très imparfaitement perçue; la projection est défectueuse et quelle que soit la direction imprimée au faisceau lumineux incident, celui-ci est toujours reporté par le blessé dans le champ temporal.

Le tonus oculaire est diminué; la pression sur le corps ciliaire n'est plus douloureuse.

En résumé cet œil a été atteint d'une irido-choroïdite aiguë, actuellement éteinte ou apaisée, et dont témoignent d'une façon indélébile et incurable :

1° L'existence d'une large symphyse irido-capsulaire et la présence d'épais exsudats dans un champ pupillaire considérablement rétréci et irrégulier.

2° L'abolition de la vision réduite à une simple perception lumineuse avec projection défectueuse et bornée à une partie du champ temporal.

3° L'hypotonie oculaire.

Mais surtout cette irido-choroïdite a été, sinon suivie, du moins constatée et diagnostiquée dans notre service alors qu'elle était à sa période de début.

Mentionnons pour terminer que l'état général du sujet est demeuré satisfaisant. O... n'est ni tuberculeux, ni alcoolique, ni syphilitique; la réaction de Wassermann s'est révélée négative; il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. Il n'accuse comme antécédents pathologiques que quelques accès de paludisme, en 1920, qui ont cédé à quatre piqûres de quinine, et, il y a quatre ans, une uréthrite qui s'est compliquée d'orchite ainsi qu'en témoigne actuellement encore un noyau épididymaire gauche.

Pas d'antécédents héréditaires : père et mère bien portants. Il est l'aîné de 4 enfants dont 2, encore vivants, jouissent d'une santé parfaite; une sœur est morte en couches et l'autre d'une fièvre typhoïde.

Ainsi, au cours d'un « état appendiculaire » et à l'occasion d'une intervention chirurgicale motivée par lui, est survenue soudainement, dans un œil antérieurement traumatisé, une irido-choroïdite métastatique unilatérale. Ni résolutive, ni franchement suppurative, celle-ci a abouti à la perte totale et définitive de la vision et a conduit l'organe à une atrophie progressive.

Dans sa thèse inaugurale (Montpellier, 1907), le professeur Euzière soulignait l'importance considérable dévolue au traumatisme dans « la prédisposition locale acquise » et répartissait en trois catégories les faits cliniques observés : « Dans une première, écrivait-il, viennent les cas où le traumatisme provoque une lésion locale, mais sans qu'on puisse établir, d'une façon évidente, qu'il n'ait pas en même temps joué et le rôle d'agent localisateur et celui d'agent infectant, si bien qu'on ne peut les considérer comme vraiment probant du rôle des trauma dans la production de la prédisposition locale. En second lieu, le traumatisme peut déterminer la localisation d'une manifestation quelconque d'une affection générale déjà existante. Enfin, un troisième cas pourra se présenter : la lésion traumatique guérira, la fonction et la forme de l'organe atteint paraîtront tout à fait bien rétablies, mais en réalité, la guérison n'est pas parfaite, le *restitutio ad integrum* n'a jamais lieu et un jour une affection générale quelconque choisira de préférence, comme siège de ses manifestations actuelles, celui de la blessure ancienne ».

C'est en nous inspirant de cette classification fort juste que nous allons aborder maintenant le problème étiologique que soulève notre observation personnelle.

I. Une première explication consisterait à admettre *une infection endoculaire contemporaine du traumatisme initial.* Réalisée par lui et en même temps que lui, cette infection, à l'instar d'une « bombe à retardement » ne se serait cependant développée qu'après une assez longue période de sommeil ou de latence attribuable à la présence de « germes inconnus », de formes sporulées, ou mieux encore « inhérente au caractère de végétabilité des microbes » (Morax).

On pourrait déjà objecter à cette conception que la période incubatoire, c'est-à-dire l'intervalle qui s'est écoulé entre l'inoculation traumatique et l'apparition des accidents infectieux, a été un peu trop prolongée; mais surtout, on est bien obligé de convenir qu'attribuer les lésions oculaires à une infection purement exogène, c'est méconnaître les connexions qui les rattachent à l'intervention opératoire; c'est également vouloir ignorer les caractères cliniques primordiaux des manifestations irido-cyclitiques sur lesquelles nous allons revenir dans un instant.

II. Une séconde hypothèse doit être envisagée : *une exacerbation soudaine d'une infection atténuée.*

Nous connaissons tous, pour les avoir observées en chirurgie générale, ces infections subaiguës, peu inquiétantes en apparence, à évolution traînante et qui, un jour ou l'autre, sans cause nettement définie, se réveillent subitement de leur torpeur, prennent une allure tumultueuse et, d'une façon inattendue, tournent au tragique. Aux dires du blessé, intéressé dans une action judiciaire à rattacher son affection oculaire actuelle à l'accident dont il a été victime, l'œil serait demeuré irritable et ne serait jamais arrivé à une période de refroidissement complet; de sorte que l'on serait autorisé, dans une certaine mesure, à voir dans les manifestations du début, plutôt des accidents d'infection atténuée que les simples phénomènes irritatifs habituels aux cataractations traumatiques. C'est le seul argument que l'on puisse faire valoir en faveur de cette seconde hypothèse. Mais ici, pas plus que précédemment, on ne tient compte des relations évidentes qui rap-

prochent l'infection irido-choroïdienne de l'appendicectomie, ni des modifications soudainement apparues dans l'aspect clinique et l'évolution de la maladie oculaire.

III. Il nous paraît plus rationnel de considérer les accidents d'irido-choroïde comme *une localisation métastatique de l'infection péritonéo-appendiculaire.* Le traumatisme antécédent, par les désordres anatomiques intra-oculaires qui en sont résultés, a créé un lieu de moindre résistance où sont venus se fixer et coloniser les agents infectieux libérés, par l'intervention chirurgicale, du foyer septique de la fosse iliaque interne droite.

De fait, il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'une appendicite grave, à rechute, ayant entraîné, — l'opération l'a démontré — des lésions considérables de la séreuse avoisinante; il faut rappeler encore que l'intervention fut rendue laborieuse, et par l'abondance des adhérences qu'il fallut dilacérer, et par le volume d'un appendice friable au point de se rompre dans les manœuvres nécessitées par sa libération. Autre particularité qui a aussi son importance : ce fut le deuxième jour qui suivit l'intervention qu'apparut soudainement la complication oculaire. Dans un œil irritable et fragile, partiellement cataracté, mais dont l'acuité visuelle était encore égale à 0,2 est apparue brusquement une violente douleur qui a fixé l'attention de l'opéré et du chirurgien au point que, malgré une laparotomie toute récente et commandant un repos absolu, il est aussitôt transporté dans notre service pour être examiné. Et, nous constatons tous les signes d'une iridocyclite que nous n'hésitons pas à qualifier de « métastatique ». Rapidement les lésions se prononcent : l'existence d'une séclusion et d'une occlusion pupillaires, l'abondance des exsudats accumulés dans la chambre antérieure déterminent une hypertonie secondaire; en quelques jours, la vision décline pour se réduire finalement à une vague et imprécise perception lumineuse. Nous venions d'assister, en somme, à une transformation complète du tableau clinique; il s'agissait bien d'une affection nouvelle greffée sur la première et que caractérisaient nettement : la soudaineté de son invasion douloureuse, son évolution galopante, l'abondance des exsudats inflammatoires, ainsi que la prompte désorganisation des milieux oculaires.

Donc, l'infection métastatique évolua ici selon le rythme habituel à la forme plastique ou condensante.

Dans l'exposé des formes cliniques, chaque auteur a cherché à faire prévaloir sa classification personnelle. Dans notre enseignement, nous avons l'habitude d'en distinguer trois formes cliniques :

La forme résolutive;

La forme suppurative;

La forme plastique ou condensante.

1° La forme *résolutive* est la modalité atténuée de l'infection endoculaire métastatique. On l'observe plus particulièrement à la suite d'états infectieux qualifiés communément du terme générique de « grippe », appellation qui trop souvent dissimule l'impuissance du diagnostic ou l'insuffisance du clinicien. Qu'elle emprunte les allures de l'iritis, de l'irido-cyclite ou de l'hyalitis simple, elle est caractérisée par la faible intensité de ses manifestations et par la bénignité de son pronostic. Les séquelles anatomiques se montrent réduites à quelques synéchies, à des exsudats limités, à des flocons mobiles dans le vitré. D'autre part, si elle n'aboutit que rarement à une récupération fonctionnelle tout à fait complète, du moins elle ne conduit pas comme les formes suivantes à la perte totale et définitive de la vision;

2° A l'autre extrémité de la chaîne pathologique, se trouve la forme *suppurative* qui affecte les allures caractéristiques et dramatiques du phlegmon oculaire d'emblée. De toutes les affections susceptibles de lui donner naissance, l'infection puerpérale est incontestablement la plus importante. Outre la netteté et la précision de son étiologie, l'irido-choroïdite métastatique d'origine puerpérale se caractérise encore : 1° par sa fréquente bilatéralité; 2° par la prompte désorganisation du contenu oculaire interdisant tout espoir de conservation et réclamant l'exentération d'urgence; 3° par l'existence de localisations septicémiques concomittantes dans les articulations, les séreuses et les divers viscères. Fatale pour la fonction et pour l'organe, l'irido-choroïdite métastatique suppurative témoigne souvent d'une infection grave de l'organisme tout entier et dont le pronostic général doit être réservé. L'apparition, au cours des diverses infections générales, d'une irido-choroïdite bilatérale comporte toujours un pronostic *quoad vitam* sévère, puisque, d'après les statistiques établies, la mort survient dans les trois quarts environ des cas de septicémies chirurgicales, dans les quatre cinquièmes des cas de septicémies médicales et dans presque tous les cas de septicémies obstétricales;

3° Nous arrivons à la troisième forme que nous avons qualifiée de *plastique* ou de *condensante*. On peut la subdiviser à son tour en deux types morbides :

a. Un type antérieur évoluant sous l'aspect d'une irido-cyclite abondamment exsudative, et dans laquelle les produits inflammatoires soudent circulairement à la cristalloïde le bord libre de l'iris (séclusion pupillaire), encombrent le champ pupillaire (occlusion pupillaire) et envahissent la chambre postérieure, les procès ciliaires et les couches antérieures du vitré (couenne cyclitique de Fuchs);

b. Un type profond dans lequel les lésions prédominent dans le segment postérieur du bulbe. Derrière le diaphragme irien, par l'ouverture pupillaire, et grâce à l'intégrité relative et à la transparence des milieux antérieurs, le vitré apparaît transformé en une masse gris-jaunâtre dont la rétraction progressive entraînera ultérieurement le décollement de la chorio-rétine. C'est à cet état pathologique que l'on donne parfois le nom d'irido-choroïdite à *forme pseudo-gliomateuse* parce que le reflet d'œil de chat amaurotique que prend la pupille (signe de Beer) peut en imposer, chez les enfants surtout, pour un néoplasme rétinien et devenir ainsi la source de déplorables erreurs

Il s'en faut cependant que les lésions soient toujours aussi nettement systématisées et que le processus infectieux respecte ces localisations fondées, a-t-on prétendu, sur la distribution topographique des deux groupes artériels ciliaires. Souvent, en effet, comme dans notre observation personnelle, l'infection envahit simultanément le contenu bulbaire tout entier. Cette infiltration, massive et totale, jointe à l'abondance des exsudats, en déterminant la séclusion pupillaire et en obstruant les voies de filtration, explique la possibilité d'une hypertonie secondaire à laquelle succèdera bientôt l'hypotonie, signe annonciateur de l'atrophie prochaine et progressive du bulbe oculaire (1).

Il faut bien reconnaître aussi que, dans certains cas d'endophtalmie métastatique, l'infection s'est d'abord localisée dans la rétine ne gagnant que secondairement le tractus uvéal. Certains auteurs ont même affirmé que ce mode d'envahissement était le plus fréquent. D'autres encore ont prétendu que les cas de panophtalmie bilatérale avaient une origine rétinienne et les cas monolatéraux un point de départ choroïdien (Axenfeld). Mais, les constatations montrant, dans une même observation bilatérale, l'existence de lésions à prédominance rétinienne sur un œil et choroïdienne sur l'autre ne semblent guère favorables à cette proposition. Wenneman, dominé par la notion du rôle prépondérant des artères terminales dans la genèse des ophtalmies métastatiques, a été conduit à soutenir que l'infection emprunte de préférence, soit la voie des artères rétiniennes et alors on a le type profond, soit, au contraire, le courant des vaisseaux irido-ciliaires et alors les manifestations initiales revêtent le type antérieur de l'iridocyclite suppurative d'emblée. Toutefois, il admet « qu'à la suite de maladies antérieures, locales ou générales, la circulation choroïdienne peut avoir souffert et l'irrigation collatérale y être aussi gênée que dans l'iris ou la rétine; dans ces conditions la panophtalmie débute aussi bien dans la choroïde que dans le restant des membranes oculaires. » Le début rétinien de certaines panophtalmies métastatiques, établi par l'étude de pièces anatomiques, a été également constaté au cours d'examens ophtalmoscopiques sous l'aspect de taches blanches, de décollements partiels, toutes lésions bientôt masquées et dépassées par la marche galopante des altérations choroïdienne et vitréenne.

Le plus souvent, l'irido-choroïdite métastatique survient inopinément et à titre de complication imprévue d'une maladie infectieuse. Elle résulte de la localisation dans le tractus uvéal de germes pathogènes circulant dans le sang, ce qui lui a fait donner par Dupuy-Dutemps le nom « d'hémosporique » (de αιμα sang, σπορευς ensemencement). Toutefois, nous ignorons les raisons pour lesquelles l'infection métastatique choisit pour sa localisation secondaire le globe oculaire de préférence à toute autre organe; et, nous ne savons pas davantage pourquoi, dans les cas d'affection unilatérale, un œil est pris de préférence à l'autre. Pourtant, dans certains cas, — et nous allons y revenir dans un instant, — un traumatisme, une malformation ou un état pathologique antérieurs ont fourni l'explication et de l'infection oculaire et aussi de son unilatéralité (1). On sait que, pour la commodité de la description, les irido-choroïdites métastatiques ont été distinguées en obstétricales, médicales et chirurgicales; c'est à ce dernier groupe que l'on peut rattacher ces accidents singuliers dans lesquels l'infection endoculaire a été provoquée et semble avoir été déclanchée par une intervention chirurgicale « à distance ». Déjà sur ce point, une distinction s'impose. Dans un premier groupe de faits, la métastase oculaire a succédé à un traumatisme opératoire portant sur des tissus sains et en apparence non infectés. Dupuy-Dutemps, dans son rapport, en a mentionné des exemples démonstratifs. Ainsi, dans l'observation de Coriat et Boulai, la panophtalmie succéda à l'extraction d'un éclat d'obus tranquillement implanté depuis deux mois dans la région sacrée. Szily, dans son *Atlas d'ophtalmologie de guerre*, a mentionné un cas de panophtalmie septicémique à streptocoque consécutive à l'ablation, six mois plus tard, d'un projectile silencieux de la région cervicale. On est bien obligé d'admettre que, malgré une tolérance parfaite, qui n'aurait peut-être pas été indéfinie, il existait dans le foyer traumatique, au contact du corps étranger, des germes pathogènes qui, libérés par l'acte opératoire, ont été repris par la circulation et portés, par le mécanisme de l'embolie microbienne, dans l'intérieur de l'œil qu'ils ont infecté.

La même explication, mais alors évidente et indiscutable, convient à la seconde catégorie de faits dans lesquels l'affection endoculaire est survenue à la suite d'interventions portant sur des tissus manifestement septiques et parmi lesquelles on a signalé les incisions de panaris, les avulsions dentaires, l'uréthrotomie interne; nous pouvons y ajouter maintenant l'appendicectomie.

On ne manquera pas d'opposer l'extraordinaire rareté de l'irido-choroïdite métastatique à l'extrême fréquence de l'appendicite et des interventions chirurgicales qu'elle nécessite tous les jours. A cela on peut déjà répondre que de semblables disproportions s'observent également pour bon nombre d'autres maladies. En vérité, il y a lieu de faire intervenir

(1) Les deux termes d'atrophie et de phtisie du globe, souvent employés indistinctement l'un pour l'autre, n'avaient pas pour les anciens auteurs la même signification. L'atrophie du globe ou son « marasme » étaient la diminution de son volume sans suppuration, ni ulcération. La phtisie du globe était sa réduction à un moignon par suite d'ulcération de la cornée ou de fonte purulente totale. « Un œil atrophié, disait Fuchs, doit donc le plus souvent être énucléé, tandis qu'un œil phtisique peut rester en place. »

(1) De toutes les modifications acquises, le leucome adhérent mérite une mention particulière, on le trouve en effet à l'origine de 80 p. 100 des panophtalmies que nous avons observées et traitées toujours avec succès par l'éviscération simple. Leur cause a été discutée; le plus souvent, l'endophtalmie est d'origine externe et l'infection pénètre dans l'intérieur de l'œil à la faveur d'une desquamation épithéliale (ou d'un « ulcère des cicatrices »). Pourtant dans certains cas l'infection est d'origine interne, comme dans une observation de Leber dans laquelle l'irido-choroïdite survint au cours d'une suppuration du doigt; l'examen histologique montra l'absence de toute inflammation récente dans la cicatrice.

ici l'influence des facteurs dits secondaires parmi lesquels le traumatisme a plus particulièrement retenu l'attention des cliniciens et sollicité l'ingéniosité des expérimentateurs. Or, le traumatisme — et nous n'envisagerons ici que le traumatisme fermé et partant non susceptible d'inoculation directe — le traumatisme fermé agit de façon différente suivant qu'il suit ou qu'il précède l'infection générale. *Le trauma est-il postérieur à l'infection*; alors il joue le rôle d'*agent localisateur*; il ouvre les parois vasculaires aux germes circulant et les fixe dans les tissus dont la nécrobiose, l'attrition, voire même la simple inhibition constituent des conditions favorables à leur développement. En clinique générale, les exemples de ce genre sont loin d'être exceptionnels; ils sont aujourd'hui classiques et reproduits dans tous les traités, même élémentaires de pathologie externe. Pour être de notion moins courante, parce que plus spéciale — nous pourrions dire appartenant à une spécialité — les expériences réalisées sur le globe oculaire n'en sont pas moins instructives, et leur exposé succint trouve ici sa place toute naturelle. Panas, Tornatolla, Moll ont déterminé des infections oculaires secondaires en traumatisant, par des procédés divers, des yeux d'animaux artificiellement infectés. Si les inoculations expérimentales de Selenckonsky et de Woechzechowsky (1902), pratiquées avec le bacille pyocyanique, le strepto atténué, le staphylo doré tendaient à démontrer la rareté des localisations endoculaires secondaires, par contre, elles établissaient la nécessité, pour leur réalisation, d'une irritation préalable du segment antérieur ou postérieur du bulbe et de préférence de tous les deux à la fois. D'autre part, les recherches de Stock (1902, 1907), avec le b. pyocyanique en injections intraveineuses, aboutissaient à cette constatation inverse de la fréquence des infections endoculaires qui se manifestaient cette fois avec une égale proportion que l'œil ait été ou non soumis ensuite à une action vulnérante quelconque. Korolakoff (1906) a obtenu l'infection expérimentale de l'œil du lapin une fois après vingt iridectomies, et quatre fois après vingt extractions du cristallin. Plus tard encore, en 1913, Andréas Rados devait démontrer, à son tour, que la ponction de la chambre antérieure (ou la section du sympathique cervical) favorisait la localisation septique oculaire. Bien qu'invoquées par leur auteur à l'appui d'une thèse opposée, les recherches de Duverger lui ont montré que sur 22 animaux infectés par des trypanosomes, une fois cependant, il s'était produit une localisation septicémique secondaire de même nature, survenue dans des conditions en tout semblables à celles qui se rencontrent dans la pratique courante (arrachement ou excision de l'iris, extraction du cristallin, etc. (1).

D'ailleurs, de cette fixation, par le traumatisme oculaire, des germes circulant dans l'organisme, quelques observations cliniques ont été produites (Axenfeld, Hjort, Lagrange, etc...). Après Hess, Morax a insisté sur la répétition d'accidents infectieux survenant à la suite d'interventions endoculaires pratiquées successivement chez le même sujet soit sur le même œil, soit sur les deux yeux; et, il en a attribué l'origine « à une septicité spéciale à l'opéré ».

Toutes ces constatations, expérimentales ou cliniques, comportent un enseignement pratique de première importance : nous voulons dire la gravité des interventions oculaires, en particulier de l'extraction du cristallin, chez des sujets convalescents d'une maladie interne ou en puissance de ces infections générales atténuées dont le procédé de l'hémoculture a, de nos jours, révélé la fréquence insoupçonnée. Que le souvenir du désastre arrivé au professeur Angelucci reste toujours présent à l'esprit du chirurgien : un cataracté double, déjà opéré avec succès d'un côté, venait d'être atteint d'influenza avec état fébrile quand il réclama l'intervention pour le côté opposé : « ignorant ce détail, écrit Angelucci, je l'opérai le quatrième jour de son entrée à la clinique, son œil fut perdu par panophtalmie. »

Dans la seconde éventualité, *le traumatisme est antérieur à l'infection*, et son mode d'action est également différent. En troublant les échanges nutritifs des tissus, en modifiant leur vitalité, en affaiblissant leurs moyens de défense, il engendre, suivant l'expression consacrée, un *locus minoris resistentiae*; et, c'est en cela que réside, comme l'a précisément indiqué Euzière, la véritable « prédisposition locale acquise ». Or, on est bien obligé de convenir que c'est au niveau du globe oculaire que se trouvent réalisées et rassemblées les conditions les plus favorables aux endophalmies post-traumatiques, à savoir : la délicatesse structurale et l'extrême vulnérabilité de ses éléments constituants et aussi la sensibilité particulière des milieux et des membranes profondes aux diverses infections. L'observation partout reproduite de Wöpfner a la valeur d'une expérience : quatre jours après une extraction, sans incident, d'un cristallin cataracté, l'opéré est pris brusquement de pneumonie avec frisson et élévation thermique; dès le lendemain, il présente les premiers signes d'une irido-choroïdite qui aboutit à la purulence; et, la mort survient le dixième jour qui a suivi l'intervention. L'examen bactériologique permit de déceler la présence du bacille de Friedlander dans le pus oculaire; et l'étude histopathologique établit l'origine hématique de l'infection par la prédominance de l'infiltration et des microbes au niveau des parois vasculaires et dans leur voisinage immédiat. Puisque de tels accidents ont pu se produire à la suite d'interventions opératoires faciles et

(1) Dans un autre ordre d'idées, il nous faut citer les résultats fort instructifs des recherches expérimentales du professeur Angelucci, portant sur des substances diffusibles (et applicables sans doute aux toxines microbiennes). Angelucci a montré, en effet, que l'arrivée dans l'œil de la fluorescéine injectée dans le corps de divers animaux, était en rapport constant avec le poids et l'espèce de l'animal utilisé et la quantité de substance injectée, mais que « cette loi de pénétration » pouvait être modifiée, soit par une altération de l'état général, soit par un état anormal de l'organe, et, dans ce dernier cas, que « la fluorescéine passe avec plus de rapidité et d'intensité si l'œil est assujetti à un fort échauffement ou à des chocs mécaniques ». Ces considérations pourraient être invoquées par les auteurs qui admettent que certaines endophtalmies métastatiques sont non point le résultat d'une action microbienne, mais la conséquence d'un processus toxinien.

réglées, on n'a plus le droit d'être surpris qu'ils puisent survenir, comme dans notre observation personnelle, à la suite de blessures accidentelles créant un foyer traumatique irrégulier, compliqué, atypique et de « consolidation » traînante ou imparfaite.

Si nous en jugeons par les enseignements tirés de notre pratique personnelle, l'irido-choroïdite métastatique est loin d'être une rareté. En général, on n'en retient et on n'en publie que les cas évidents ou sensationnels; on néglige volontiers les cas discutables ou atténués. Nul doute cependant qu'on la rencontrerait plus souvent si on se donnait la peine de la rechercher et si l'on rattachait à leur véritable origine bien des cas d'irido-choroïdite dont l'étiologie demeure obscure. Or, il est un caractère clinique sur lequel nous voulons, en terminant, attirer l'attention parce qu'il sert à orienter et à fixer le diagnostic : parfois, une manifestation infectieuse intercurcurrente vient dénoncer la persistance de l'état septicémique et constitue comme un anneau intermédiaire de la chaîne pathologique qui relie la métastase oculaire à l'infection originelle.

Chez un homme de trente-sept ans, auquel Rochon-Duvigneaud a dû finalement énucléer l'œil gauche, ce fut une phlébite du membre inférieur qui nous permit de rattacher à une grippe à forme broncho-pulmonaire, une irido-choroïdite métastatique bilatérale considérée comme étant de nature syphilitique et traitée comme telle, sans discontinuité, depuis deux ans! Chez une femme de cinquante-trois ans, atteinte d'irido-choroïdite bilatérale avec abondants flocons du vitré et synéchies postérieures, ce fut une thyroïdite du lobe droit avec douleur, gonflement, élévation thermique et frissons, prise par erreur pour une congestion cataméniale supplémentaire, qui marqua la transition entre une utéro-annexite opérée et drainée par un Mikulicz et l'endophtalmie métastatique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1928)

Intoxication benzénique mortelle. — MM. Rivet et Guédé relatent un cas d'intoxication benzénique professionsionnelle aiguë qui s'est traduit par un grand syndrome hémorragique avec anémie aplastique. La mort survint malgré une transfusion de sang citraté. La malade, enceinte de sept mois, ne travaillait dans son atelier que depuis trois mois; elle semble avoir été prédisposée par un état hémogénique antérieur et par la grossesse. Des émanations toxiques étant constituées par des gaz lourds il serait important, dans les ateliers où l'on emploie le benzène, de bien surveiller la ventilation des couches inférieures où stagnent ces gaz.

Un cas d'ostéopathie spécial chez un homme de vingt-deux ans. Ostéite atrophiante chronique diffuse et progressive. — MM. Babonneix, Delarue et Bize présentent un jeune homme qui a fait plusieurs fractures.

Histologiquement, il s'agit d'ostéite fibreuse, sans étiologie. Ce syndrome est difficile à classer, et les auteurs ont tendance à le rapprocher de la maladie de Recklinghausen.

Encéphalites à forme méningée. — MM. Merklen, Wolff et Adnot rapportent deux observations analogues où les malades se sont présentés avec un tableau de méningite tuberculeuse. L'apparition de secousses myocloniques chez l'un des sujets affirma l'encéphalite. Les uns et les autres guérissent sans reliquat. Les chlorures céphalo-rachidiens des deux méningites atteignirent les chiffres maxima de 7g50 et 7g95, et les auteurs se demandent si cette maladie n'est pas capable de produire l'hyperchlorurie.

Un cas d'hypoglycémie avec acétonémie chez l'enfant. — MM. Shapper et van Crevelt apportent un cas qui se distingue par l'absence de tout signe clinique. Les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas d'hyperinsulinisme.

L'éphédrine dans le traitement de l'asthme. — MM. P. Vallery-Radot et Blamoutier concluent, d'après leurs observations, que l'éphédrine a surtout une action préventive, Donnée dans les deux heures qui précèdent l'apparition habituelle d'une crise d'asthme d'intensité moyenne, elle permet souvent de prévenir la crise. Dans les crises déclenchées, son action est moins souvent efficace; il faut, autant que possible, donner l'éphédrine, non en pleine crise, mais dès le début de la crise, et il faut que les crises ne soient pas particulièrement intenses.

L'éphédrine pourra donc être très utile chez certains asthmatiques, soit pour empêcher, soit pour faire avorter les crises.

Ictère spirochétosique professionnel d'origine fluviale avec double recrudescence fébrile. (Etude comparative des trois courbes thermique, urinaire et uréique.) — MM. Léon Tixier et Stanislas de Sèze, dans un cas récent de spirochétose, ont pu vérifier à nouveau par l'étude comparative de la courbe de température et de la courbe d'urée, le bien-fondé de la conception ingénieuse de MM. Lavergne et Perrier pour qui l'allure spéciale de la courbe thermique, dans la spirochétose, est en relation très étroite avec les variations de l'azotémie. Envisageant ensuite le mécanisme probable de la contamination, ils signalent la profession de leur malade qui est marinier-dragueur; ils rappellent que la contamination par les rats n'explique pas tous les cas de spirochétose : la contamination par les eaux fluviales, et en particulier par la vase des rivières, paraît aujourd'hui très fréquente.

Pseudo-rhumatisme infectieux avec érythème polymorphe. Unique manifestation d'une septicémie éberthienne. — MM. Boidin et Reyt résument l'observation d'une septicémie éberthienne, précisée par hémoculture et biliculture, qui s'est manifestée uniquement par un pseudo-rhumatisme infectieux avec érythème polymorphe.

Lymphomatose typique subleucémique à évolution maligne. — MM. L. Boidin, Robert Worms et Davoigneau rapportent une observation de lymphomatose subleucémique typique quant à ses caractères anatomiques, lymphocytes normaux, conservation du réticulum; mais maligne quant à son évolution. La radiothérapie a eu au début une action merveilleuse; malheureusement des manifestations successives ont entraîné en quelques mois la mort par cachexie.

Sur un cas de maladie de Hodgkin. — MM. M. Letulle, F. Trémolières et J. Moussoir rapportent un cas de lymphogranulomatose maligne, dans lequel l'étendue et la diversité des atteintes prêtait à des considérations histopathologiques intéressantes : les localisations pulmonaires et surtout rénales ne sont, en effet, pas très communes. Mais surtout les aspects histologiques sont tels que les auteurs posent à nouveau la question de la nature humorale de la maladie de Hodgkin; un certain nombre de constatations sont importantes; on peut,

en effet, parler dans ce cas de véritables métastases viscérales; le rein, par exemple, qui ne contient pas normalement de tissu réticulé, présente des nodules lymphogranulomateux très étendus. Ces métastases sont, d'autre part, excessivement mutilantes, et ce fait est particulièrement net dans le poumon où on voit se produire un processus de végétations allant jusqu'à l'oblitération puis la disparition des bronches, caractère qu'on ne décrit dans aucune des pneumopathies infectieuses chroniques communément observées.

Fièvre typhoïde. Température pendant la période d'incubation. Apyrexie à la suite d'une transfusion. Température brouillée et rechute. — MM. Roch, Mozer et Mlle Monadjikoval (de Genève).

Accidents d'insuffisance aiguë au cours d'une tuberculose latente des capsules surrénales. Influence de l'adrénaline intraveineuse. — MM. Bouessée et Gilbert (de Leysin).

Mort inopinée brutale survenue quelques heures après une réinsufflation chez un malade porteur d'un pneumothorax bilatéral simultané jusque-là bien supporté. — MM. Vaucher, Kaufmann et Mlle Uhrig.

Paralysie ascendante aiguë mortelle vraisemblablement névritique au cours d'une fièvre typhoïde. Intégrité anatomique du système nerveux central. — MM. Léon-Kindberg et Garcin. Les complications nerveuses de la fièvre typhoïde, paralysies légères et fugaces, sont en général des plus bénignes. Il est rare de voir évoluer, sous forme de rechutes, un syndrome de Laudry, paralysie ascendante débutant par les membres inférieurs, aboutissant à la mort en trois semaines au milieu d'accidents bulbaires.

Deux cas d'encéphalite aiguë avec troubles psychiques précédés dans un cas par un lichen plan. — MM. Fribourg-Blanc et Gauthier rapportent deux cas d'encéphalite aiguë avec prédominance de troubles psychiques à type confusionnel sur les troubles neurologiques, avec idées de meurtre et tentative de réalisation dans un cas.

Le deuxième malade avait présenté quelques semaines avant l'éclosion des manifestations encéphalitiques un lichen plan avec réaction méningée discrète. Les auteurs posent la question d'un rapport possible entre les deux affections, sans pouvoir l'établir d'une façon précise.

Septicémie à streptocoque hémolytique guéri par immuno-transfusion. — M. Pierre Hébert pense pouvoir attribuer l'issue favorable dans ce cas à l'emploi pour les transfusions auquel des injections répétées ont conféré un pouvoir bactéricide dont était dépourvu le sang du récepteur aussi bien que du donneur.

Œdème et albuminurie chez une fillette de sept ans. Etude du fonctionnement rénal et des modifications humorales. — MM. L. Ribadeau-Dumas, Max M. Lévy et Chabrun rapportent l'observation d'un enfant de sept ans présentant depuis cinq mois des œdèmes importants et une forte albuminurie. La constante d'Ambard était sensiblement normale, mais il existait une forte hypercholesterolémie (3gr75) et de l'hypoprotéinémie (6.020).

Sous l'influence du régime hypochloruré, hyperazoté et de l'extrait thyroïdien survient en quinze jours la guérison clinique et la disparition de l'albuminurie.

Deux mois plus tard le taux des protéines est normal (7,4375), le cholestérol est à 1,07 par litre.

Crises d'azotémie aiguë récidivantes, chlorures sanguins et réserve alcaline. — MM. F. Rathery et Maurice Rudolf rapportent l'observation d'un malade atteint à plusieurs reprises de crises d'azotémie aiguë. On notait chaque fois, en même temps qu'une azotémie très élevée, une réserve alcaline très haute et une quantité très fortement abaissée des chlorures sanguins. L'ingestion de chlorures amenait une baisse progressive de l'azotémie et un abaissement très net de la réserve alcaline.

Le régime déchloruré intensif semblait déterminer chaque fois chez ce malade des crises d'azotémie, et la reprise de l'alimentation chlorurée amenait une sédation rapide des accidents.

Les auteurs se sont bornés à signaler le fait clinique, se refusant à entrer ici dans des discussions pathogéniques.

Un cas de staphylococcie à type érysipélatoïde. — MM. F. Rathery et Maurice Rudolf décrivent un cas de pyohémie staphylococcique qui a revêtu tous les caractères de la forme décrite par P. George et H. Giroire sous le nom de forme érysipélatoïde.

A la suite d'une blessure de la muqueuse nasale par une brindille de bois, le malade présente un large placard cyanique lie de vin, dur, tendu, sans bourrelet périphérique, parsemé de petites vésicules purulentes. L'œdème de la face est considérable, atteint la paupière. On constate à l'autopsie une thrombo-phlébite du sinus caverneux, des abcès du poumon et du rein. L'hémoculture révèle par deux fois du staphylocoque doré qu'on retrouve également dans les différents abcès.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 25 MAI 1928)

Sarcome du lobe supérieur du poumon droit simulant un kyste hydatique. — MM. Laporte et Ducuing. A propos de l'observation présentée à la dernière séance par M. Mériel, les auteurs présentent les radiographies et l'observation d'une jeune fille traitée tout d'abord pour bacillose. La radiographie : ombre nette tracée au compas, fit faire le diagnostic de kyste hydatique du poumon. A l'intervention, il s'agissait d'un sarcome inextirpable; mais, fait très intéressant, la malade fut remarquablement améliorée, quoique temporairement par la radiothérapie pénétrante.

Les auteurs présentent deux autres séries de clichés de lésions pulmonaires simulant des kystes hydatiques.

Cinq cas de phlébites post-opératoires graves, malgré le traitement précoce par les piqûres de sangsues. — M. Ducuing présente cinq observations de phlébites post-opératoires traitées par les piqûres de sangsues aussi précocement que possible et toujours avant la phase « oblitérante ». Certaines d'entre elles furent diagnostiquées sur des signes excessivement légers (œdème du pubis ou dysurie) qui peuvent échapper à ceux qui ne sont pas prévenus. Malgré ce diagnostic et ce traitement très précoces, ces phlébites ont évolué d'une façon très grave (embolies, atteinte de plusieurs membres, œdème volumineux). Ces faits tout d'abord, ensuite la constatation de phlébites post-opératoires évoluant d'une façon bénigne sans applications de sangsues, enfin une série d'expériences tendant à prouver que les piqûres de sangsues n'ont qu'une action d'hémophilie locale permettent d'émettre des doutes sur la valeur de cette thérapeutique.

Un cas de mal de Pott lombaire traité par la greffe osseuse. — MM. Dambrin et Pommepuy présentent l'observation d'une jeune femme atteint de Pott ancien, avec grosses lésions osseuses, douleurs, abcès par congestion, parésie des membres inférieurs et impossibilité de la marche, qui a été guérie par une greffe osseuse suivant la technique d'Albée. Un an après l'opérée avait un état général parfait, ne souffrait plus, marchait sans difficultés, plus de traces d'abcès. Les auteurs insistent sur le progrès que constituent ces greffes qui méritent d'être employées de plus en plus par les chirurgiens.

Coxa vara congénitale. — M. DIEULAFÉ. Sur un nouveau-né examiné quinze jours après la naissance, l'auteur a constaté l'existence de malformations multiples : contractures de maladie de Little, pieds bots varus et coxa vara. La radiographie montre avec netteté l'ascension du grand trochanter par inclinaison du col anatomique qui fait avec la diaphyse un angle voisin de 90 degrés : la malformation est surtout accentuée du côté droit.

LIVRES NOUVEAUX

La médecine préventive usuelle (1), par Georges SCHREIBER.

Dès longtemps, on sait que prévenir c'est guérir; mais comment et quand agir et quel est le moyen le meilleur?

C'est l'ensemble des notions utiles que nous trouvons dans le livre de M. Schreiber. La table des matières est le dénombrement peu rassurant de tous les ennemis qui menacent la santé et la vie humaine et pourrait s'orner de l'épigraphe : *vita brevis est.*

La lecture des chapitres, aisée, attrayante même, chasse peu à peu ces ombres et montre le nombre et la puissance des moyens dont nous disposons.

C'est dès avant le berceau, pendant la grossesse et lors de l'accouchement que commence la défense. L'auteur conduit son lecteur d'âge en âge, envisageant le dépistage des affections, les mesures de protection à leur opposer. A noter, parmi beaucoup d'autres, les chapitres consacrés à la tuberculose, à la syphilis (sans oublier son action sur les glandes endocrines) aux accidents sériques, aux affections contagieuses au goitre, etc... Puis se déroule le cortège des infections de l'adolescence et de l'âge adulte, des plus courantes aux plus rares, du typhus exanthématique à la grippe et à la dothiénentérie, la syphilis et la blennorragie; nous trouvons là l'exposé des acquisitions les plus récentes et celui des méthodes préventives et abortives, exposé à la fois didactique et critique.

Près de ces chapitres classiques et pleins de choses utiles et neuves nous en trouvons d'autres qu'on rencontre moins rarement : l'examen prénuptial et les diverses conceptions dont on discute; la prophylaxie de la vieillesse, de ses maladies propres et aussi des incommodités et des troubles qu'on peut sinon éviter du moins retarder et atténuer.

Un important chapitre est réservé aux méthodes d'immunisation préopératoire dont certaines sont encore exceptionnelles malgré le grand bien que certains auteurs en ont pu dire (autohémothérapie, rayons ultra-violets); un autre aux complications infectieuses des accidents (tétanos, gangrène, rage).

La prophylaxie des maladies exotiques qui ont pris tant de place depuis la guerre dans la médecine métropolitaine; celle enfin des accidents d'envenimation qui sont de tous les pays complète la nombreuse série des chapitres analytiques.

Nos habituelles actuelles nous montrent mal la synthèse de toutes ces notions et leurs conséquences pratiques. M. Schreiber nous les expose dans son très intéressant et très vivant chapitre sur l'organisation américaine des « Life Extension Institutes », leurs buts et leurs résultats — dernier chapitre d'anticipation — pour nous tout au moins — qui rassasie la curiosité éveillée.

L. BABONNEIX.

Enseignement supérieur de l'hygiène alimentaire appliquée. Travaux pratiques de cuisine raisonnée (2), par les docteurs de POMIANE POZERSKI, HEMMERDINGER, Henri LABBE et M. MARTEL.

Cette publication de la Société scientifique d'hygiène alimentaire, bien que conçue dans un esprit scientifique, n'en est pas moins un livre de cuisine essentiellement pratique. Elle a pour but de réunir les principes scientifiques servant de bases aux travaux pratiques de l'Enseignement supérieur de l'hygiène alimentaire appliquée, tel qu'il a été organisé par cette Société.

Dans les cuisines d'enseignement de l'Institut scientifique d'hygiène alimentaire, les élèves apprennent la cuisine en dix leçons. Celles-ci reposent sur les six principes fondamentaux d'une science nouvelle et encore embryonnaire, la *gastrotechnie*, dont le docteur de Pomiane Pozerski a posé les premiers jalons.

Le lecteur de ce livre pourra, de même que les élèves des cours de cuisine de l'Institut scientifique d'hygiène alimentaire, exécuter, facilement, sans connaissances scientifiques approfondies et sans aucun apprentissage préalable, les 200 plats dont les recettes raisonnées et coordonnées constituent la partie principale de ce traité.

L'empirisme y est remplacé par certains principes scientifiques simples, mis à la portée de tous, principes tenant compte de l'état physique, de la composition chimique des aliments et des diverses transformations qu'on leur fait subir lors de leur préparation à la cuisine.

Le docteur de Pomiane Pozerski rappelle, dans une préface, les notions directrices sans lesquelles l'enseignement de la cuisine devient par trop long et par trop compliqué.

Le docteur Hemmerdinger montre ensuite, en quelques pages, le rôle social de la Science alimentaire. Puis, en dix chapitres, le docteur de Pomiane Pozerski définit, avec exemples et recettes à l'appui : la cuisine à l'eau; les fritures, les grillades et les rôtis; l'étouffée, les liaisons et sauces; la préparation des légumes, des pâtes et du riz, ainsi que les pâtisseries.

Cette cuisine, qui s'adresse aux sujets normaux, c'est-à-dire sains, est complétée par une cuisine diététique destinée aux malades, convalescents et aux enfants. Le docteur et Mme Henri Labbe ont résumé en quatre chapitres ce qu'il faut savoir pour préparer : le lait sous ses diverses formes, les bouillies, les infusions; les bouillons, les œufs, les potages, toutes les boissons nutritives et rafraîchissantes ainsi que les entremets.

M. Martel, membre de l'Académie de médecine, a enfin traité dans une quatrième partie ce qu'il faut savoir pour connaître, choisir et acheter sur les marchés les matières alimentaires, les conseils qu'il donne à ce sujet sont indispensables pour la pratique d'une bonne économie ménagère.

L. G.

Esculape chez les artistes (1), par le docteur CABANÈS.

Voici deux mois bientôt que le dernier livre de Cabanès est sur ma table. Je l'ai reçu peu de jours avant la disparition si soudaine de notre ami, aussi est-ce avec une véritable émotion que je le présente aujourd'hui à nos lecteurs. Il n'est pas trop tard pour le faire et pour honorer la mémoire de ce grand travailleur, historien infatigable et merveilleux conteur qui a su se renouveler sans cesse et charmer ses lecteurs tout en les instruisant.

Après tant d'incursions dans tous les domaines médicaux et paramédicaux, Cabanès a consacré son dernier livre à l'étude de la médecine dans l'art.

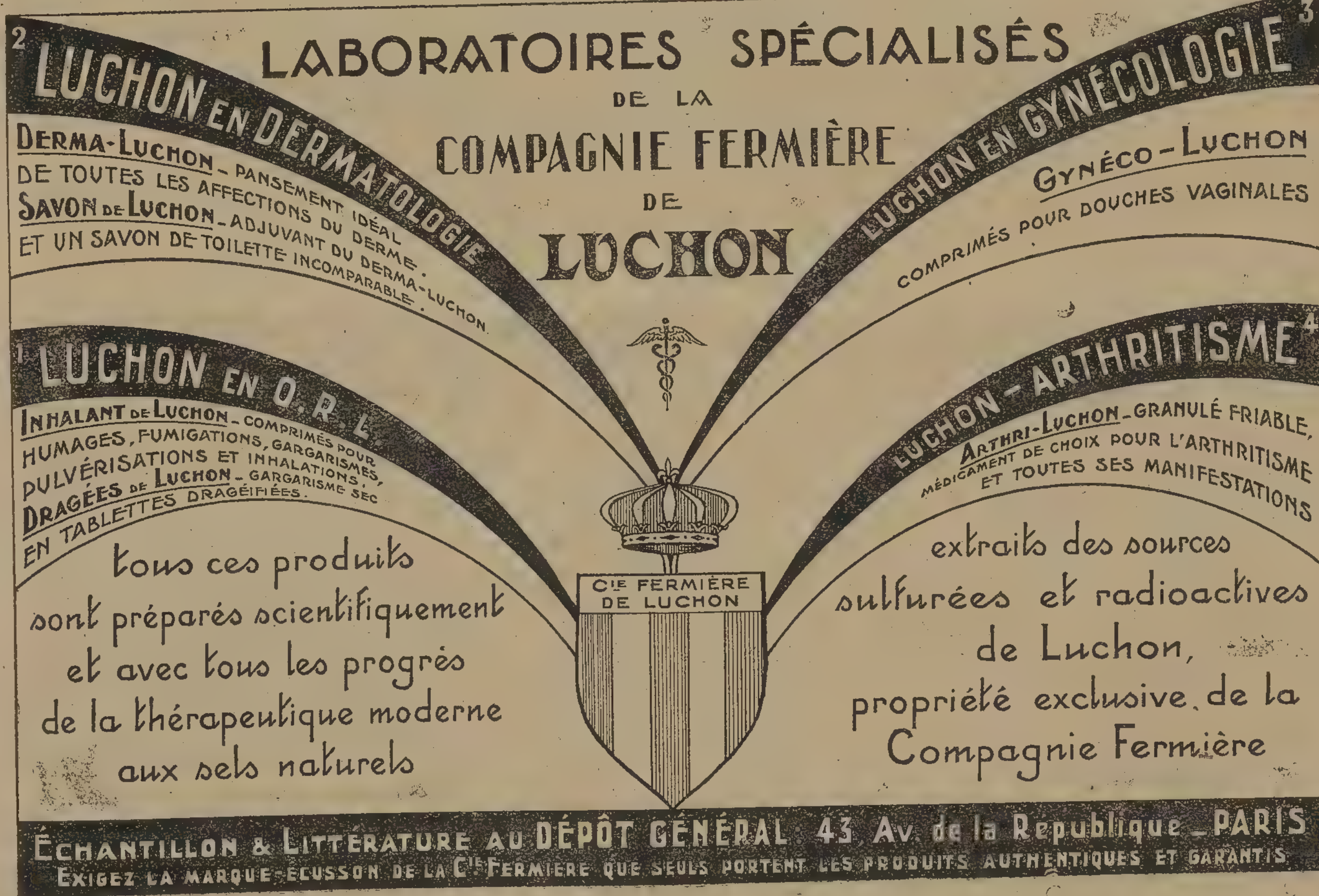
Si l'on en juge par les nombreux exemples qu'il nous apporte dans son *Esculape chez les artistes*, il semble que nos grands peintres et sculpteurs aient souvent ignoré l'anatomie. Il serait plus juste de constater, comme l'ont fait souvent Paul Richer et Henry Meige, que leurs modèles étaient très souvent d'une anatomie défectueuse et que les grands maîtres d'autrefois ont souvent reproduit exactement les malformations qu'ils avaient sous les yeux; Cabanès en faisant

(1) Paris, 1928, Masson et Cie.

(2) In-8, 129 pages. — Prix : 13 fr. — Paris, Le François.

(1) In-16 de 401 pages avec 198 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, Le François.


CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION
ARTÉRIELLE. INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIE. VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS
Laboratoires
WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS
CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION
GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE
PUB. PICARD


LABORATOIRES SPÉCIALISÉS
DE LA
COMPAGNIE FERMIÈRE
DE
LUCHON
2 LUCHON EN DERMATOLOGIE
DERMA-LUCHON. PANSEMENT IDÉAL
DE TOUTES LES AFFECTIONS DU DERME.
SAVON DE LUCHON. ADJUVANT DU DERMA-LUCHON
ET UN SAVON DE TOILETTE INCOMPARABLE.
3 LUCHON EN GYNÉCOLOGIE
GYNÉCO-LUCHON
COMPRIMÉS POUR DOUCHES VAGINALES
1 LUCHON EN O.R.L.
INHALANT DE LUCHON. COMPRIMÉS POUR
HUMAGES, FUMIGATIONS, GARGARISMES,
PULVÉRISATIONS ET INHALATIONS.
DRAGÉES DE LUCHON. GARGARISME SEC
EN TABLETTES DRAGÉIFIÉES.
4 LUCHON-ARTHRITISME
ARTHRI-LUCHON. GRANULÉ FRIABLE,
MÉDICAMENT DE CHOIX POUR L'ARTHRITISME
ET TOUTES SES MANIFESTATIONS
tous ces produits
sont préparés scientifiquement
et avec tous les progrès
de la thérapeutique moderne
aux sels naturels
Cie FERMIÈRE
DE LUCHON
extraits des sources
sulfurées et radioactives
de Luchon,
propriété exclusive de la
Compagnie Fermière
ÉCHANTILLON & LITTÉRATURE AU DÉPÔT GÉNÉRAL 43 Av. de la République. PARIS
EXIGEZ LA MARQUE-ÉCUSSON DE LA Cie FERMIÈRE QUE SEULS PORTENT LES PRODUITS AUTHENTIQUES ET GARANTIS

les mêmes constatations montre une fois de plus les relations de la médecine et de l'art. Il nous montre encore comment les découvertes modernes peuvent s'appliquer, soit à l'identification, soit à l'exécution des œuvres d'art.

Le livre se termine par des pages de belle envolée où l'historien cède le pas au philosophe. Il semble qu'au déclin de sa vie Cabanès ait voulu nous éblouir une dernière fois par la variété de son talent. F. L. S.

Dents et dentistes à travers l'histoire (1), par le docteur CABANÈS.

Il y a peu de jours, M. Bottu a bien voulu m'envoyer un livre de Cabanès qui ne se trouve pas en librairie. C'est une splendide publication dans laquelle Cabanès nous expose l'historique de l'art dentaire depuis les Egyptiens qui semblent avoir été les premiers à s'en occuper.

Les dents dans la préhistoire; la prothèse dentaire et son évolution historique; les mutilations dentaires et leur signification ethnique et esthétique; les dents dans le folk-lore, les superstitions et croyances relatives aux dents fournissent la matière de ce beau volume.

Il est superflu de dire que les collections iconographiques de Cabanès lui ont permis d'illustrer splendidement ce livre dont notre si regretté ami a rendu la lecture attachante comme il savait si bien le faire. F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

MASTOÏDITES AIGUES

SIGNES, COMPLICATIONS, DIAGNOSTIC (2)

II. **Intracraniennes**. — Ce sont des complications veineuses, méningées, encéphaliques.

1° Complications veineuses :

a. THROMBO-PHLÉBITE DU SINUS LATÉRAL. — Elle s'explique par propagation de l'ostéite à la gouttière sinusale, ou par extension au sinus d'une phlébite des veines intraosseuses.

Elle s'annonce par un FRISSON SOLENNEL, avec fièvre très élevée (41°). Tout frisson intense, au cours d'une infection otitique ou mastoïdienne suppurée, est *pathognomonique* d'une infection sinusale.

Rapidement, la température prend le type *largement oscillant*. L'état général est celui des grandes infections. Localement, on trouve les signes de la mastoïde, mais on a signalé la douleur à la pression à mi-hauteur du bord postérieur de la mastoïde [veine émissaire mastoïdienne (Criesinger)].

A l'intervention, le sinus apparaît verdâtre, jaunâtre, dur. Si on n'opère pas, l'infection peut gagner la jugulaire interne, provoquer un *abcès du cou*, un syndrome du *trou déchiré postérieur*, mais il faut avant tout insister sur la tendance aux EMBOLIES PULMONAIRES SUPPURÉES.

La mort survient rapidement (septicémie, pyohémie, métastases).

b. PHLÉBITE PRIMITIVE DU GOLFE DE LA JUGULAIRE. — Absence habituelle de symptômes mastoïdiens, mais localisation cervicale, syndrome du trou déchiré postérieur.

c. PYÉMIE SANS THROMBOSE.

2. Complications méningées :

Elles s'observent généralement au cours d'otite avec mastoïdite AIGUË, compliquée de *labyrinthite*. La ponction lombaire permet de distinguer :

a. LES MÉNINGITES SÉREUSES. — Généralement bénignes, le diagnostic en est fait par la ponction lombaire qui ramène un liquide *très hypertendu*, clair, stérile, hyperalbumineux et riche en polynucléaires. Il est classique d'en décrire deux formes principales :

1. L'*hydropisie méningée* qui se traduit par une céphalée intense avec torpeur progressive, signe de Kernig, stase papillaire. La ponction lombaire et le traitement du foyer suppurant amènent la guérison.

2. L'*hydropisie ventriculaire* qui se traduit par le tableau classique de l'hypertension intracranienne avec, cependant, un signe presque caractéristique : les *convulsions épileptiformes généralisées*. Le pronostic est bon si on intervient assez précocement : *on croit à un abcès cérébral*, on incise la dure-mère, on ponctionne le ventricule dilaté, et l'abondante évacuation de liquide sous tension amène une amélioration immédiate.

b. LES MÉNINGITES PURULENTES. — 1. *Formes communes*. — Elles sont *extrêmement graves* et *fort importantes* à connaître. Elles se traduisent généralement par un syndrome méningé des plus nets sur lequel nous ne nous étendrons pas longuement : céphalée frontale ou hémicranie atroces, contractures et signe de Kernig, signe de Babinski bilatéral, vomissements, convulsions, prostration. La fièvre reste très élevée, 40 degrés sans rémissions. La ponction lombaire fait le diagnostic en ramenant un liquide hypertendu, opalescent ou franchement purulent, riche en polynucléaires altérés et contenant le microbe en cause (le staphylocoque serait le moins virulent).

On ne saurait compter sur la guérison, malgré le traitement énergique du foyer originel, les ponctions lombaires répétées, la thérapeutique anti-infectieuse. Quelques cas de guérison ont été cependant signalés.

Pratiquement : *pronostic presque toujours fatal*.

2. *Forme subaiguë localisée*.

3. *Forme purulente aseptique*, « *état méningé puriforme* ». (Widal) qui peut d'ailleurs se transformer en méningite vraie si on ne traite pas assez vite le foyer auriculo-mastoïdien.

3. Complications encéphaliques :

Elles sont *beaucoup plus rares dans la mastoïdite aiguë que dans l'otorrhée*. Ce sont :

1. L'*abcès du cerveau*, plus fréquent chez l'enfant, localisé au lobe temporal.

2. L'*abcès du cervelet*, plus fréquent chez l'adulte, et proche du sinus ou de la face postérieure du rocher.

A. SIGNES COMMUNS A CES DEUX VARIÉTÉS D'ABCÈS. — Ce sont des signes d'*hypertension intracranienne*, relevant davantage des phénomènes inflammatoires et réactionnels, autour de l'abcès, que du volume de l'abcès.

La DOULEUR est constante, *atroce*, exacerbée par les mouvements, les efforts. Sa localisation spontanée ou à la percussion n'a aucune valeur localisatrice. L'*état nauséeux* et les vomissements à type cérébral sont de règle. Le POULS EST RALENTI, et cette lenteur du pouls mérite d'être soulignée, car, au cours des mastoïdites aiguës, c'est le signe le plus caractéristique de l'abcès par rapport aux autres complications encéphaliques. La température est presque normale. Très important est l'état de TORPEUR, de SOMNOLENCE *progressive* qui, joint à l'AMAIGRISSEMENT progressif, à l'*asthénie*, doit faire penser à l'abcès encéphalique.

La *stase papillaire* est très fréquente, mais inconstante, et elle aussi signifie : complication intracranienne, pas davantage.

(A suivre.)

(1) Edité par les laboratoires Bottu, à Paris.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 58, p. 1039, et n° 60, p. 1070.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — *Concours de l'internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1928, à 9 h. du matin, dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité de Lille.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, jusqu'au jeudi 5 octobre 1928, à 5 h. du soir (dernier délai). Les inscriptions peuvent se faire par correspondance.

Concours de l'externat. — Un concours pour huit places d'externes s'ouvrira le jeudi 25 octobre 1928, à 9 h. du matin, dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, à Lille.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, jusqu'au vendredi 12 octobre 1928, à 5 h. du soir (dernier délai). Les inscriptions peuvent se faire par correspondance.

Pour les conditions de ces deux concours, consulter les programmes déposés au secrétariat et les affiches apposées à la Faculté et à l'hôpital.

— Orléans. — *Concours de l'internat.* — Ont été admis : MM. Montaigne (avec félicitations), Renac, Le Baron, Pineau, internes titulaires; Bourderionnet, interne provisoire.

La question d'anatomie fut : « La crosse de l'aorte. »

Les questions restées dans l'urne étaient : « Nerf sciatique. — Triangle de Scarpa. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

MM. Jeanselme et Marfan, anciens professeurs de ladite Faculté.

— Lyon. — Par décret en date du 27 juillet 1928, le titre de la chaire ci-après désignée de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est modifié ainsi qu'il suit :

Ancien titre : Thérapeutique, hydrologie et climatologie (M. Savy, titulaire).

Nouveau titre : Thérapeutique.

— Montpellier. — M. Margarot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de dermatosyphiligraphie de ladite Faculté (chaire transformée).

— Toulouse. — M. Moog, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de chimie et toxicologie à ladite Faculté (chaire vacante : M. Aloy, dernier titulaire).

ÉCOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 15 juillet 1928 est approuvé le projet de convention intervenue entre la Faculté de médecine de l'Université de Paris et l'Association pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile en vue de rattacher à cette Faculté, sous le titre d'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris l'Ecole de puériculture fondée par l'Association susvisée.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ASSURANCES SOCIALES. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Kayser (de Colmar) et Mouchet (de Veurdre).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Dehorter (de Lille), Millet (de Lyon) et Virey (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Ducaillon et Huriez (de Tourcoing), Rumpler (de Schiltigheim).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MM. Brouha et Firket (de Liége) ont été élus correspondants belges.

MM. Hopkins, Mingazzini, Leriche et Buchanan ont été élus correspondants étrangers.

MM. Bing, Bouin et Faure ont été élus membres honoraires étrangers.

École française de stomatologie [20, passage Dauphine, Paris (VIᵉ)]. — L'Ecole de stomatologie a été créée, en 1909, par L. Gruet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Elle a pour objet de donner un enseignement stomatologique complet :

1° Aux docteurs en médecine français et étrangers qui veulent se spécialiser en cette branche de la médecine;

2° Aux étudiants en médecine, à partir de leur cinquième année d'études et ayant au moins 16 inscriptions.

L'enseignement comprend : la clinique stomatologique, la technique et la pratique de l'odontologie, de la prothèse et de l'orthodontie.

Le programme est entièrement parcouru en dix-huit mois. Un dernier semestre de perfectionnement gratuit permet aux élèves de rester deux années à l'Ecole et d'entreprendre à leur gré des travaux de leur choix.

Le diplôme de l'Ecole est décerné aux élèves qui ont satisfait aux examens obligatoires de fin d'études.

Droits d'inscription : 2.500 fr.

Deux rentrées annuelles : une en décembre, l'autre en mai.

La prochaine rentrée aura lieu le lundi 3 décembre 1928.

Le nombre des places étant limité prière de s'inscrire le plus rapidement possible.

Pour tous renseignements, s'adresser tous les jours au secrétariat de l'Ecole ou tous les matins et sur rendez-vous au directeur, 20, passage Dauphine.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berbez, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris; Brunswick (d'Epinal), Bucquet (de Laval), Cristol (de Saint-André-de-Sangonis), Deléglise (d'Aiguelle), Dezille (de Fressines), Drey (de Lyon), Guérin (de Carpentras), Guillemant (de Bourbon), Poissonnier (d'Arles-sur-Rhône), Rivier (de La Croix), Rousseau (de Brest), Secrestat (de Paris), Seytre (de Bar-sur-Loup), Voinot (d'Haroué), Gaches-Sarraute [Mᵐᵉ] (de Paris), Mˡˡᵉ Louisa Charbonnet, interne à la Clinique médicale de Genève.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS. ÉTUDE CHIMIQUE, PHARMACOLOGIQUE, EXPÉRIMENTALE (1)

Par MM. les docteurs L.-J. Mercier et R. Lutembacher.

MM. Mercier ont extrait de l'adonis vernalis deux glucosides qui possèdent une activité constamment identique. L'un est hydrosoluble, c'est l'adonidoside; l'autre est hydro-insoluble, c'est l'adonivernoside. L'adoverne représente ces glucosides dans la proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs; leur activité est étalonnée physiologiquement. L'adoverne a quatre propriétés caractéristiques : cardiotonique, diurétique, eupnéique, neuro-sédative; on peut dire qu'il complète, remplace et continue l'action de la digitale; il est indiqué dans les insuffisances cardiaques et rénales des myocardites, des lésions orificielles, de l'hypertension artérielle, des aortites, dans toutes les dyspnées et dans tous les œdèmes. On administre l'adoverne par voie buccale sous forme de granules ou de gouttes : x gouttes deux, trois, six fois par jour sont admirablement supportées et donnent des résultats souvent surprenants.

Des études particulièrement importantes ont confirmé les recherches de MM. Mercier et les beaux électrocardiogrammes obtenus par M. R. Lutembacher. De toutes ces expériences, il résulte que ces glucosides représentent toute l'activité thérapeutique de la plante elle-même et possèdent des propriétés pharmacodynamiques comparables à celles des glucosides digitaliques (*Revue de méd. et de chir. prat.*, 1927, p. 845). De nombreux essais cliniques ont donné des résultats excessivement intéressants et ont permis de fixer les indications thérapeutiques de l'adoverne qui est un médicament d'emploi facile, remarquablement toléré, pratiquement atoxique aux doses habituelles et dont l'activité, point très important, est étalonnée physiologiquement.

(1) *Revue de pharmacol. et de thérap. expérim.*, Paris, nov. 1927, p. 1-97.

LIVRES NOUVEAUX

Nouvelle pratique thérapeutique médico-chirurgicale (1), par G. Blechmann, Paul Chevallier, G. Heuyer, A. Monbrun, Daniel Routier, H. Chabanier, L. Devraigne, Y. Kermorgant, A. Moulonguet, René-A. Gutmann, Jean Charrier, Jean Madier, Pierre Pruvost, A. Tzanck.

Le temps est passé où, de la Science médicale, un seul pouvait tout connaître à fond.

Pour créer cette *Nouvelle pratique thérapeutique*, les éditeurs se sont adressés à des médecins connus dans leur spécialité, et toutes les maladies de la médecine ou de la chirurgie générales, des diverses spécialités, tous les cas de pratique obstétricale, de pathologie des pays chauds même, ont été envisagés.

Chaque auteur, en chaque matière et dans chaque cas, étudie le problème pratique tel qu'il se pose au médecin. Parfois la conduite est facile, le traitement simple et les auteurs ont simplement indiqué leur manière de faire, les méthodes et les médicaments qui leur ont paru les meilleurs. D'autres fois, il s'agit de maladies plus longues, plus difficiles, où il faut savoir varier les méthodes, toutes les ressources de la thérapeutique sont alors successivement invoquées.

De cette conception est né un traité moderne de thérapeutique, que l'on s'est efforcé de rendre clair, complet, dépouillé de toute inutilité; on peut dire qu'en toute circonstance de sa pratique générale ou spéciale, le médecin de ville, de campagne, de colonie, y trouvera un guide précieux.

L'ordre adopté est l'ordre alphabétique par nom de maladie. D'innombrables renvois évitent, dans les synonymies, dans les sous-variétés, le moindre doute et permettent de trouver immédiatement, sans aucune reeherche, la thérapeutique dont on a besoin. L. G.

Les Maladies rhumatismales chroniques. Diagnostic et traitement, par F. G. Thomson et R. G. Gardon, médecins de l'hôpital royal de Bath. Traduction de l'anglais par le docteur A. Françon, médecin consultant à Aix-les-Bains. In-8. — Prix : 30 fr. — Paris, F. Alcan.

(1) 2 vol. in-8 formant 1.696 pages, avec 144 figures dans le texte. — Prix : reliés, 175 fr. — Paris, Doin et Cⁱᵉ.



IXe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE [1]

LES TUMEURS CÉRÉBRALES

La Société de neurologie avait mis, cette année, à l'ordre du jour de sa Réunion annuelle, une question d'actualité dont l'importance pratique s'est considérablement accrue depuis la guerre.

Il y a quelque quinze ou vingt ans, les tumeurs cérébrales n'étaient que le chapitre le plus touffu et le plus spécialisé, mais aussi un des plus décourageants, de la neurologie. Actuellement, non seulement les neurologistes ont pu y exercer leur sagacité dans la description de signes de localisation sans cesse plus nombreux et plus précis. Mais ophtalmologistes, radiologistes, anatomo-pathologistes ont contribué largement aux progrès de nos connaissances sur ce sujet. Sous la puissante impulsion de Cushing, une nouvelle spécialité médico-chirurgicale s'est créée aux Etats-Unis, celle des neuro-chirurgiens, que Cl. Vincent et Th. de Martel viennent d'inaugurer en France, et ces nouvelles méthodes d'interventions, complétées par les techniques radiothérapiques modernes, ont déjà à leur actif un nombre important de succès, que personne n'aurait osé imaginer il y a vingt ans. C'est un nouveau domaine de la neurologie, qui devient accessible à la thérapeutique. Mais une intervention utile exige un diagnostic précoce. C'est dire combien il importe à tous les médecins praticiens de se mettre au courant du travail colossal, qui a complètement remanié la question des tumeurs cérébrales, et dont l'ensemble se trouve admirablement mis au point dans le fascicule de 280 pages, que la *Revue neurologique* consacre à la publication des rapports de la IXe Réunion neurologique internationale annuelle. La Réunion s'est tenue à Paris, le 3 et le 4 juillet 1928, à l'Ecole des infirmières de la Salpêtrière.

Le diagnostic des tumeurs du cerveau devait être le titre du rapport de Cl. Vincent. Mais c'est là un sujet qui est devenu trop vaste pour qu'on puisse l'enfermer dans les limites étroites d'un rapport, et M. Cl. Vincent s'est borné à la description clinique d'une des localisations les plus difficiles, à laquelle il s'est plus spécialement attaché depuis quelques années : les *tumeurs du lobe frontal*. Son important travail constitue d'ailleurs un mémoire original bien mieux encore qu'un rapport. Ses conclusions sont étayées sur 14 observations personnelles (il en a rapporté 3 autres en séance), et sur les travaux concordants des auteurs étrangers, plus particulièrement de D. Pisani (de Rome), de Pussepp (de Dorpat), de Purwes Stewart, de E. Sachs (de Saint-Louis). Tout ce rapport doit être lu. On y trouvera décrits la triade sémiologique essentielle (paralysie faciale de type central, aphasie, troubles mentaux), les signes plus rares (tels que le tremblement unilatéral, l'abolition unilatérale du réflexe abdominal, l'ataxie frontale, la désorientation dans l'espace, l'anosmie, l'atrophie optique d'un côté avec stase du côté opposé, enfin les caractères différentiels qui distinguent, du point de vue clinique, anatomique et évolutif, les diverses variétés de tumeurs frontales : épithéliomes secondaires, gliomes de divers types, hémangiothéliomes, méningiomes de la voûte, de la petite aile du sphénoïde ou du sillon olfactif. Il y a là toute une série de types anatomo-cliniques nouveaux, que le neurologiste doit connaître et reconnaître, s'il veut fournir au chirurgien les indications précises de localisation et de nature dont il a besoin pour préparer convenablement, pour aborder et pour mener à bien l'opération curatrice.

La neurologie a fait de précieuses acquisitions dans le domaine du radio-diagnostic des tumeurs cérébrales. M. A. Béclère leur consacre la première partie de son rapport sur **Le radiodiagnostic et la radiothérapie des tumeurs de l'encéphale.**

Au fur et à mesure que l'on apprend à perfectionner et à varier les techniques de la radiographie cranienne, et aussi à mieux interpréter les images, on voit se multiplier les cas de tumeurs cérébrales dont la radiographie vient éclairer le diagnostic de localisation et même le diagnostic de nature. On ne radiographie certainement pas assez de crânes. Actuellement, tout médecin doit avoir toujours présentes à l'esprit la fréquence des tumeurs cérébrales et l'utilité majeure de leur diagnostic précoce, et, au moindre doute, il n'a pas plus le droit de négliger la radiographie que d'omettre l'examen ophtalmoscopique.

On trouvera, dans le rapport si autorisé de A. Béclère, toutes les indications utiles, en particulier sur les altérations de l'image cranienne provoquées par l'hypertension générale, sur les déformations de la selle turcique, — déformations banales liées à l'hypertension, ou déformations spécifiques des tumeurs intra- ou suprasellaires, — sur les radiographies du conduit auditif interne et du canal optique, enfin sur les caractères radiographiques très particuliers des réactions osseuses qui se produisent au contact des méningiomes, et sur lesquelles Cl. Vincent, avec Sosman et Putman, insiste longuement, lui aussi.

En dehors de ces signes de voisinage « craniographiques », les rayons ne permettent guère de déceler que les concrétions calcaires de la glande pinéale, — dont les déplacements latéraux, antéro-postérieurs ou verticaux, sont peut-être susceptibles de fournir des indications intéressantes (Noffziger), — les calcifications fréquentes des tumeurs suprasellaires développées aux dépens de la poche de Rathke (A. Béclère), et plus rarement certaines psammomes (Souques), certaines méningiomes denses, ou certains gliomes kystiques (Van Dessel). Mais aujourd'hui nous possédons des procédés d'encéphalographie médiate, qui permettent d'espérer un élargissement considérable du domaine de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, et en particulier des gliomes centraux. La ventriculographie gazeuse, selon le procédé de Dandy, ou selon la technique plus prudente que préconise Cl. Vincent, l'encéphalographie artérielle à l'iodure de sodium, de Egas Moniz (de Lisbonne), l'encéphalographie sinuso-veineuse au lipiodol de Sicard, Haguenau et Wallich, pour ne citer que les mieux éprouvées de ces techniques, ont toutes permis des localisations exactes dans des cas où la clinique simple n'autorisait pas le diagnostic topographique. Malheureusement, aucune ne peut être considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme complètement inoffensive : il s'agit là de techniques spécialisées, qui, pour le moment, doivent être réservées aux cas graves et difficiles.

*
* *

Le point de vue ophtalmologique a fait l'objet du rapport de J. Bollack et E. Hartmann sur **Le diagnostic et le traitement des tumeurs cérébrales.** Ce rapport est une Revue générale, extraordinairement riche de faits empruntés à la littérature et à l'expérience personnelle des auteurs, et suivi d'une abondante bibliographie. J. Bollack a étudié plus spécialement les signes oculaires, leur évolution et leur traitement au cours du syndrome d'hypertension cranienne, E. Hartmann, la valeur de l'examen ophtalmologique dans la localisation des tumeurs cérébrales.

Si l'on met à part l'atteinte fréquente, mais généralement fugace de la VIe paire, et un certain degré de mydriase, la stase papillaire est le signe ophtalmologique majeur de l'hy-

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

pertension cranienne. On peut considérer qu'elle constitue, avec la céphalée et avec l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, une triade symptomatique absolument caractéristique.

Bollack se défend de discuter la pathogénie de la stase papillaire, mais il envisage ce trouble exclusivement du point de vue pratique, en étudiant son diagnostic positif, son diagnostic différentiel, sa valeur diagnostique pour la reconnaissance de l'hypertension cranienne, de l'existence d'une tumeur expliquant cette hypertension, et même de la localisation de cette tumeur.

Parmi les signes de début les plus fidèles de la stase papillaire, Bollack insiste sur la discordance entre l'intensité des phénomènes ophtalmoscopiques et l'intégrité longtemps persistante des fonctions visuelles, sur l'effacement du bord temporal de la papille, beaucoup plus caractéristique que l'effacement du bord nasal, sur les obnubilations passagères de la vision, éclipses visuelles qui précèdent toujours la diminution de l'acuité, enfin sur l'atteinte relativement précoce du champ visuel : agrandissement de la tache aveugle de Mariotte, dissociation du champ visuel pour les diverses couleurs, quelquefois même hémianopsie binasale dans les tumeurs postérieures (Cushing et Walker).

En dehors des méningites, dont l'existence est généralement facile à démontrer, toute stase papillaire confirmée doit faire rechercher une tumeur cérébrale. Presque toujours, elle s'associe à la céphalée, le plus souvent à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Cependant, il n'y a pas, — loin de là — parallélisme étroit entre la stase papillaire et l'hypertension rachidienne : chacun des deux symptômes, s'il est bien caractérisé, conserve sa valeur diagnostique en dehors de l'autre.

Il existe, en effet, des tumeurs cérébrales dans lesquelles la stase papillaire fait défaut, et d'autres dans lesquelles elle est précoce, intense, et rapidement évolutive vers l'atrophie optique et la cécité. Il semble que ce soit surtout la localisation de la tumeur, bien plus que son volume et sa nature, qui exerce son influence à cet égard. La fréquence de la stase papillaire est maxima dans les tumeurs cérébelleuses, dans les tumeurs de la région des tubercules quadrijumeaux et de l'épiphyse, dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, dans les tumeurs du IVᵉ ventricule. Elle est déjà moindre dans les tumeurs du lobe occipital, de la protubérance, du lobe pariétal et du lobe frontal; elle décroît encore dans les tumeurs des noyaux gris centraux, du centre ovale, du lobe temporal, de la zone rolandique; la stase papillaire devient plus rare dans les tumeurs du corps calleux, du IIIᵉ ventricule, des ventricules latéraux, du pédoncule cérébral et du bulbe; elle est enfin rare dans les tumeurs basilaires, dans les tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire en particulier et dans les méningiomes. Les localisations qui prédisposent le plus à la stase papillaire sont justement celles qui, mécaniquement, sont susceptibles d'amener la plus grande gêne dans la circulation des espaces ventriculo-sous-arachnoïdien, et qui aboutissent le plus vite à l'hydrocéphalie ventriculaire. De multiples faits sont venus confirmer l'opinion, déjà avancée par Bollack dans sa thèse en 1919, concernant le rôle joué par la dilatation des ventricules dans la production de la stase papillaire.

La mesure de la tension de l'artère rétinienne, suivant la technique invoquée pur Bailliard (1917), fournit une donnée précieuse sur la tension artérielle intracranienne. Les travaux de Bailliart, de Magitot, de Claude, Lamache et Dubar, de Marcel Kalt, établissent que cette tension est habituellement un peu inférieure à la tension artérielle humérale, mais qu'elle s'élève avec la tension du liquide céphalo-rachidien dans l'hypertension cranienne. Cette technique est précieuse : elle permet de suivre objectivement et de mesurer l'hypertension intracranienne chez des malades pour lesquelles des ponctions lombaires répétées pourraient être dangereuses. Cependant, il n'y a pas toujours parallélisme entre l'hypertension rétinienne et l'hypertension rachidienne.

D'autre part, il faut savoir que la stase papillaire détermine la chute de la tension rétinienne : la technique de Bailliart n'est donc utilisable que dans les hypertensions intracraniennes sans stase.

La stase papillaire des tumeurs cérébrales comporte des indications thérapeutiques, dont la discussion est importante.

Tant que la stase ne s'accompagne d'aucun trouble visuel, on peut tenter, s'il y a lieu, le traitement spécifique. Encore faut-il qu'un traitement favorable soit obtenu en deux ou trois semaines. Sinon, il vaut mieux recourir à la décompression; cette dernière permet quelquefois à un traitement spécifique, jusqu'alors inefficace, d'exercer par la suite une action curative (Dufour et Cantonnet).

Les traitements médicaux de la stase papillaire n'ont qu'une importance bien secondaire. L'emploi de solutions hypertoniques, en injection intraveineuse ou en ingestion, n'a pas encore fait sa preuve à cet égard. La ponction lombaire, souvent efficace dans les stases papillaires des traumatismes craniens ou des méningites, ne saurait être recommandée à titre thérapeutique dans les tumeurs cérébrales, où elle crée les dangers que l'on sait, d'autant plus que son résultat est généralement nul ou même défavorable sur les accidents oculaires. Elle trouve plutôt ses indications après la trépanation décompressive.

La ponction ventriculaire est plus logique et plus utile, mais elle n'intervient généralement, elle aussi, qu'après trépanation décompressive.

Le traitement chirurgical par extirpation de la tumeur est assurément l'idéal : c'est le seul traitement qui assure des résultats définitifs. Il arrête l'évolution de la stase papillaire; mais, si l'acuité visuelle a déjà baissé au moment de l'opération, il ne faut pas s'attendre à une bien grande amélioration fonctionnelle. L'amélioration pourrait porter plutôt sur le champ visuel, au cas où la tumeur comprimerait les voies optiques.

La trépanation de la gaine du nerf optique est un essai intéressant du point de vue doctrinal, mais sans portée pratique.

La ponction du corps calleux (Anton et Braman), la ponction sous-occipitale (Anton et Schmieden) mériteraient sans doute davantage d'entrer dans la pratique.

Mais le véritable traitement de la stase papillaire reste, jusqu'à nouvel ordre, la trépanation décompressive. Quel que soit le mécanisme encore obscur de son action, et bien qu'elle ne semble pas agir sur la tension du liquide céphalo-rachidien mesurée par ponction lombaire, l'efficacité de la trépanation décompressive, bien que très variable d'un cas à l'autre, est évidente et immédiate, et il faut y recourir d'urgence, dès que le stase papillaire menace la vision. Il faut y recourir aussitôt sans perdre de temps, si la stase papillaire s'accompagne de troubles visuels : baisse de l'acuité ou obnubilations passagères de plus en plus fréquentes; il le faut également, même en l'absence de troubles fonctionnels, si l'aspect ophtalmoscopique ne s'améliore pas rapidement, en quinze à vingt jours, sous l'action d'un traitement spécifique énergique. La rapidité de l'intervention est la condition capitale pour un bon résultat. Le plus souvent, l'opération, pratiquée à temps, maintient l'acuité visuelle au point où elle se trouve. Parfois cependant l'état de la vision peut s'améliorer, surtout dans les cas opérés précocement ou dans quelques rares observations de « cécité aiguë ». Parfois aussi, il peut s'aggraver encore et s'acheminer vers la cécité, en particulier dans les cas accompagnés de phénomènes atrophiques. La trépanation décompressive est souvent le premier temps d'une extirpation radicale de la tumeur ou d'un traitement radiothérapique. Dans le cas contraire, on ne peut en attendre qu'un résultat temporaire, qui ne dépasse guère quelques mois. Cependant Velter l'a vue, dans

des cas de tumeur vérifiés à l'autopsie, assurer la guérison des troubles oculaires pendant deux et trois ans.

Dans les tumeurs de l'étage postérieur, la décompressive sous-tentoriale semble devoir être préférée à la technique classique.

Le traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales exerce une influence des plus variables sur la stase papillaire, et cela tant chez les malades trépanés que chez les malades non trépanés (Bollack et Salgo). Les aggravations parfois observées obligent à être extrêmement prudent dans l'application du traitement radiothérapique chez les malades atteints de stase papillaire, surtout si les tumeurs sont incarcérées (Béclère). Le traitement ne doit être conduit que sous le contrôle d'examens ophtalmoscopiques fréquemment répétés. La plupart des auteurs conseillent, en tous cas, la trépanation décompressive préalable. Cette dernière, d'ailleurs, permettra quelquefois une biopsie, grâce à laquelle on pourra apprécier la radiosensibilité de la tumeur.

Le travail de E. Hartmann, sur la valeur des symptômes oculaires pour la localisation des tumeurs cérébrales, est un exposé analytique et critique très détaillé de toute la séméiologie des troubles sensoriels, moteurs et sensitifs de l'appareil oculaire, qui peuvent s'observer dans les tumeurs cérébrales. C'est un compendium que l'on consultera avec fruit, mais qui échappe à l'analyse. L'auteur en dégage, en terminant, une description synthétique des phénomènes ophtalmologiq es, tels qu'ils se présentent dans les diverses localisations tumorales.

Les tumeurs du lobe occipital s'annoncent quelquefois par des hallucinations visuelles, vraies ou élémentaires. Le plus habituellement, elles déterminent une hémianopsie homonyme plus ou moins complète, avec disparition du réflexe hémiopique de Wernicke. La congruence est généralement très exacte entre les champs des deux yeux; mais il est assez fréquent qu'il existe des lacunes à la fois dans le champ droit et dans le champ gauche, ce qui s'explique par la proximité des deux régions calcarines. Ces phénomènes deviennent d'ailleurs rapidement impossibles à discerner, par suite de l'évolution de la stase papillaire, qui est particulièrement précoce et rapide dans cette variété. La cécité, chez ces malades, s'accompagne souvent de perte des souvenirs visuels et de désorientation spatiale.

Les symptômes visuels sont également au premier plan dans les tumeurs temporales : l'hémianopsie homonyme y est très fréquente, mais elle est souvent partielle, et réduite à une hémianopsie du quadrant supérieur, par lésion de l'anse temporale des radiations optiques. Dans les lésions de la bandelette optique, la congruence des champs des deux yeux est souvent moins parfaite que dans les lésions calcarines. On peut également observer les hallucinations visuelles, des parésies de la musculature extrinsèque, l'abolition du nystagmus optique. Enfin, en cas de développement vers la face interne du lobe, on peut voir apparaître des signes pédonculaires ou basilaires.

Les tumeurs du lobe pariétal donnent peu de signes oculaires, sauf si elles affectent un développement postérieur : dans ce dernier cas, elles donnent de l'hémianopsie homonyme, presque toujours en quadrant inférieur, et l'abolition du nystagmus optique.

Les signes oculaires sont peu marqués également dans les tumeurs de la région rolandique. Cependant cette localisation se complique parfois de thrombose de la sylvienne : le ramollissement peut, dans ce cas, intéresser les radiations optiques et donner lieu à de l'hémianopsie. On peut observer également des signes atténués et transitoires de paralysie latérale du regard, de déviation conjuguée, et même l'abolition du réflexe cornéen dans les localisations basses (Guillain, Alajouanine et Darquier).

Parmi les tumeurs frontales, ce sont surtout les méningiomes de la face inférieure qui donnent lieu à une séméiologie oculaire. Le syndrome est alors plus particulier, et se caractérise principalement, du côté de la tumeur, par une névrite rétro-bulbaire, par compression directe du nerf optique. Cette névrite rétro-bulbaire peut rester isolée ou s'associer à une stase papillaire du côté opposé (syndrome de Foster Kennedy), elle évolue vers l'atrophie optique. Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde peuvent, en outre, donner lieu à une exophtalmie lentement progressive, unilatérale ou plus rarement bilatérale.

Les tumeurs centrales, les tumeurs des ventricules latéraux ou du IIIe ventricule, celles du corps calleux n'ont guère de séméiologie oculaire spéciale par elles-mêmes. Le développement des tumeurs vers le plancher du IIIe ventriculaire peut donner lieu au syndrome chiasmatique d'hémianopsie bitemporale.

Les tumeurs de la base intéressent avant tout les nerfs oculo-moteurs, la branche ophtalmique du trijumeau, les bandelettes optiques. L'hémianopsie homonyme, quand elle existe, s'accompagne du réflexe hémiopique de Wernicke. Celui-ci est difficile à mettre en évidence; mais, lorsqu'il existe, sa valeur est considérable. On peut observer également l'exophtalmie et le syndrome oculo-sympathique (mydriase et élargissement de la fente palpébrale).

Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, on connaît la valeur séméiologique et la précocité de l'abolition du réflexe cornéen. L'atteinte du trijumeau se manifeste rarement par la névralgie faciale, mais beaucoup plus souvent par les troubles de la sensibilité objective, qui peuvent se compliquer de kératite neuro-paralytique. L'atteinte du VI est fréquente, mais sa fixité seule acquiert une valeur, car ce nerf est souvent parésié dans toutes les hypertensions craniennes. Le III et surtout le IV, sont moins souvent touchés. Mais la paralysie de cette dernière paire, difficile à découvrir, doit souvent passer inaperçue. Le nystagmus, si fréquent, est plus un symptôme cérébello-vestibulaire qu'un signe oculaire.

Le signe capital des tumeurs de la région pinéale et quadrigéminale est la paralysie verticale du regard, qui, lorsqu'elle est complète, s'accompagne de paralysie de la convergence. On peut observer en outre l'abolition des réflexes photomoteurs, et même le signe d'Argyll-Robertson. La stase papillaire est précoce. Secondairement, les signes pédonculaires apparaissent, ainsi que les paralysies du III et du IV.

Dans les tumeurs pédonculaires et protubérantielles, les paralysies du moteur oculo-commun ou les paralysies latérogyres peuvent s'accompagner de syndromes alternes.

C'est dans les tumeurs du IVe ventricule et dans les tumeurs médianes du cervelet que la stase papillaire est le plus précoce et le plus rapide. Les tumeurs des hémisphères cérébelleux donnent parfois des hémianopsies de voisinage, par compression de la zone visuelle calcarine.

* * *

Le diagnostic et le traitement des tumeurs cérébrales ont été étudiés par Th. de Martel pour la partie chirurgicale, par A. Béclère pour la partie radiothérapique.

Th. de Martel insiste sur les caractères spéciaux de la neuro-chirurgie, qui la différencient entièrement de la chirurgie générale : c'est une chirurgie toute de minutie, de prudence et de patience, qui doit être sans cesse guidée par les données neurologiques et radiologiques, et qui, à tous égards, mérite vraiment de constituer une spécialité autonome.

La chirurgie doit viser, de plus en plus, à enlever les tumeurs. Cela est vrai, naturellement, des tumeurs méningées. Mais on peut y prétendre également pour un bon nombre de gliomes, qui sont parfaitement clivables au milieu de la substance cérébrale, et nullement infiltrés contrairement à la théorie classique.

Ces opérations radicales et curatives seront d'autant plus souvent réalisables que le diagnostic de la tumeur cérébrale et

celui de la tumeur seront plus précocement posés. Les ressources nouvelles de l'examen radiographie, de la ventriculographie et de l'encéphalo-artériographique facilitent ces localisations, même dans des cas où les données de l'examen purement neurologique restent insuffisantes.

L'opération se fait autant que possible en un temps, mais elle est longue, et sa durée est hors de toute comparaison possible avec toutes les autres techniques chirurgicales : certaines de ces opérations durent cinq ou six heures, sept heures (Cl. Vincent), même neuf heures (Cushing-)

Th. de Martel recommande l'anesthésie locale, qu'il utilise depuis quinze ans, et qui présente de multiples avantages : pas de toux, pas de vomissement, la collaboration du malade, qui peut prendre la position qui convient le mieux à chaque moment de l'intervention, et qui peut même, par une inspiration profonde, arrêter une grosse hémorragie veineuse.

L'anesthésie générale sera réservée aux malades agités, pour lesquels l'anesthésie locale est impossible. C'est l'éther qui a les préférences de de Martel et de Cushing; cependant il a l'inconvénient d'élever la tension artérielle et d'augmenter la tension du liquide céphalo-rachidien.

La tension artérielle, la rapidité du pouls et l'état de la respiration sont attentivement surveillés pendant tout le cours de l'opération. Mais ce qui provoque les états de shock, ce n'est pas la durée de l'opération ni de l'anesthésie : c'est la brutalité des manœuvres ou l'hémorragie, surtout l'hémorragie veineuse.

La position de choix est la position assise. De Martel se sert d'un fauteuil spécial, qui réduit au minimum la fatigue du malade au cours des opérations prolongées, et qui permet, en cas de syncope, un mouvement de bascule rapide, sans souillure des champs opératoires.

Le grand obstacle des opérations cérébrales est l'hémorragie, et de Martel insiste sur les détails de technique qui permettent la suture si délicate des artérioles du cuir chevelu, la lutte contre les hémorragies du diploé grâce à une cire spéciale, l'oblitération des sinus et des émissaires veineuses par des tigelles osseuses de calibre approprié, l'hémostase des méninges par les fragments de muscle de lapin prélevés aseptiquement, ou l'arrêt des hémorragies profuses du cerveau par les petits tampons d'ouate mouillés, avec aspiration du sang et lavage au sérum chaud.

Les autres points de technique, auxquels s'attache de Martel, sont l'instrumentation mécanique qu'il a créée pour la section de l'os, et dont il montre les multiples avantages et la parfaite tolérance, — l'hémostase extrêmement minutieuse du cuir chevelu et sa fermeture en trois plans (chacun de ces temps demandant souvent de quarante à soixante minutes), — la préparation du malade par 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de morphine, — enfin quelques petites précautions préalables : deux orifices de trépanation doivent être percés, permettant de ponctionner, s'il est nécessaire, les ventricules latéraux; les veines saphènes internes doivent être dénudées et préparées pour une injection intraveineuse de sérum ou même de sang filtré (Cushing); enfin on peut préparer également la face externe de la cuisse, où l'on aura parfois besoin de prélever des fragments de muscles nécessaires pour l'hémostase, ou une pièce de fascia lata destinée à réparer une brèche dure-mérienne.

La dure-mère ne doit jamais être incisée tant que la ponction ventriculaire, ou, à son défaut, la ponction lombaire, n'a pas diminué sa tension.

Les grosses tumeurs ne peuvent souvent pas être énucléées, et il faut les morceler. Or ce morcellement est très dangereux pour les tumeurs très vasculaires. Dans ce cas, l'électro-coagulation par anse galvanique, telle que la pratique Cushing, peut être très utile.

Parmi les gliomes, ce sont les gliomes kystiques qui peuvent s'enlever le plus facilement, après ponction et injection d'un liquide fixateur dans leur cavité. Ils contiennent toujours une partie plus résistante, la « tumeur neurale » de Bailey et Cushing, qu'il faut s'efforcer d'extirper.

Les kystes hydatiques, les kystes cysticercosiques, les tubercules même sont généralement faciles à enlever. Mais l'ablation de ces derniers n'empêche pas les malades de mourir de méningite tuberculeuse de deux à six mois plus tard. Aussi de Martel, de même que Cushing, ne les enlève plus maintenant.

Les syphilomes sont exceptionnels.

La pachyméningite hémorragique ne bénéficie pas de l'opération.

Les tumeurs du cervelet, les tumeurs de l'acoustique, les tumeurs du vermis médian comportent quelques précautions de technique spéciales, sur lesquelles insiste le rapporteur. Dans beaucoup de ces dernières, et dans les tumeurs de l'acoustique, il faut en général, comme le conseille Cushing, se contenter de l' « énucléation » ou de l'ablation partielle; parfois même l'opération en deux temps et indiquée. La technique de l'énucléation a donné 24 succès à de Martel sur 30 tumeurs de l'acoustique qu'il a opérées par ce procédé. Cette statistique démontre avec éloquence l'importance des progrès réalisés dans la chirurgie cranienne et auxquels, depuis quinze ans, de Martel a largement contribué. De plus en plus, la trépanation décompressive doit céder le pas aux interventions plus radicales.

* * *

Nul n'était mieux qualifié que A. Béclère pour mettre au point les indications, la technique, les résultats et les accidents du **traitement radiothérapique** dans les tumeurs cérébrales.

A la différence des autres rapporteurs, A. Béclère n'écarte pas de son sujet les tumeurs de l'hypophyse. Bien au contraire, c'est par elles qu'il commence son étude, parce que ce sont à la fois les plus radiosensibles et les plus facilement accessibles à l'irradiation parmi toutes les tumeurs intracraniennes. Les cas les plus favorables à cet égard sont les cas d'acromégalie et de gigantisme, qui correspondent toujours à des adénomes chromophiles. Les cas d'infantilisme ou de syndromes adiposo-génitaux. lorsqu'ils manifestent un adénome chromophobe, peuvent être également sensibles aux rayons. Par contre, s'ils sont en rapport avec une tumeur développée aux dépens des reliquats embryonnaires de la poche de Rathke, la rœntgénothérapie reste sans action, — et cela quel que soit le développement, intrasellaire ou extrasellaire, — de la tumeur. Dans certains cas, cependant, certaines tumeurs suprasellaires, sans déformation de la selle turcique, sont sensibles aux rayons (Roussy et Lhermitte).

La technique du traitement rœntgénothérapique des tumeurs hypophysaires reste celle dont A. Béclère avait fixé le principe dès 1909, à cela près que l'on parvient maintenant, grâce aux méthodes de radiothérapie pénétrante, à faire pénétrer dans la selle turcique des doses environ vingt fois plus fortes qu'autrefois. Les observations ne se comptent plus, qui témoignent de l'heureuse influence des rayons X sur les divers symptômes des tumeurs de l'hypophyse, particulièrement sur les troubles visuels.

Les tumeurs cérébrales proprement dites ne fournissent pas à la rœntgénothérapie un terrain aussi favorable. Cependant, de nombreuses observations, depuis les premiers essais de Nordentoft (1915), ne permettent plus de douter de son efficacité. Mais, à cet égard, il existe de grandes différences, qui s'expliquent surtout par la nature très variée des tumeurs. Or ce sont les tumeurs les plus graves et les plus rapides dans leur évolution, qui sont précisément les plus radiosensibles; ce sont effet celles qui sont les plus riches en cellules et dont les cellules sont les moins hautement différenciées.

D'après la statistique de Bailey, Sosman et van Dessel, qui porte sur 256 cas de la clinique de Cushing, les tumeurs les plus radiosensibles sont les gliomes, et, parmi eux, les médul-

loblastomes et les spongioblastomes multiformes, pour lesquels la durée moyenne de survie est de douze à quinze mois sans irradiation, et de dix-neuf à trente-quatre mois après irradiation. D'autres gliomes, tels que les astrocytomes protoplasmiques, les astroblastomes, certaines tumeurs métastatiques (Krison), peuvent également peut-être en bénéficier. Au contraire, il ne semble pas qu'il y ait intérêt à irradier d'autres variétés de gliomes, telles que les astrocytomes fibrillaires, les oligodendrogliomes, les spongioblastomes unipolaires. Les épendymomes, des schwannomes, — et en particulier les tumeurs de l'acoustique, — les méningiomes, les tumeurs d'origine embryonnaire (poche de Rathke) ne sont pas justiciables de l'irradiation.

Pour les auteurs américains, seuls les adénomes hypophysaires peuvent être soumis d'emblée aux rayons X, sans intervention préalable. Toutes les autres tumeurs ne doivent être irradiées qu'après trépanation décompressive et même après tentative d'extraction et biopsie permettant d'apprécier l'indication et le pronostic de l'action rœntgenothérapique.

Mais, sur ce dernier point, A. Béclère critique l'opinion de Bailey, Sosman et van Dessel. Il montre, par des exemples concrets, que la radiothérapie peut déterminer des améliorations rapides et durables dans des cas où la tumeur n'a pas été découverte après l'opération, et même dans des cas où la trépanation décompressive n'a pas été faite. Dans de telles observations, il n'est d'ailleurs pas du tout certain que les rayons aient eu une action quelconque sur les cellules de la tumeur; il est très possible, selon l'hypothèse de Marbug et de Sgalitzer, que l'influence favorable des rayons s'exerce directement sur les plexus duroïdes, et par là sur la sécrétion (ou sur la résorption) du liquide céphalo-rachidien.

A. Béclère a déjà exposé, avec une clarté lumineuse, il y a trois ans, à la Société de neurologie, les inconvénients et les dangers du traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales. Les accidents possibles sont d'ordres divers : accidents radionécrotiques, qui peuvent toucher le tissu nerveux ou ses capillaires sanguins, accidents toxiques liés à la destruction massive des grosses tumeurs très radiosensibles; mais les plus fréquents en pratique sont les accidents mécaniques dus à la « préréaction », c'est-à-dire à la congestion et à l'œdème qui se produisent souvent dans les quarante-huit heures qui suivent l'irradiation. Ces phénomènes de préréaction, lorsqu'ils se déclenchent au voisinage de « tumeurs incarcérées », c'est-à-dire de tumeurs enfermées dans des cavités à parois inextensibles, déterminent des accidents mécaniques : lorsqu'il s'agit de tumeurs encéphaliques, ce sont des poussées d'hypertension cranienne, qui peuvent affecter la plus haute gravité, et qui expliquent certaines morts subites postradiothérapiques. A cet égard, la trépanation décompressive préalable crée une soupape de sûreté, qui permet de conduire plus hardiment la radiothérapie. En tout cas, il importe, dans toute radiothérapie cranienne, mais plus spécialement chez les malades non trépanés et chez les malades qui ont déjà une tension élevée du liquide céphalo-rachidien, de commencer par des doses faibles de rayons, et de ne poursuivre la cure que sous le contrôle fréquent du manomètre de Claude et de l'ophalmoscope.

Le rapporteur indique enfin quelques-unes des notions techniques principales auxquelles il est parvenu dans la rœntgénothérapie des tumeurs encéphaliques : il y faut « des rayons très pénétrants, fortement filtrés, émis à grande distance et dirigés par plusieurs portes d'entrées sur de larges surfaces. Après une première irradiation d'épreuve à la dose cutanée de 500 R. (unité française Solomon), il est prudent, aux séances suivantes, séparées par un intervalle d'au moins quarante-huit heures, de ne pas dépasser la dose de 1.000 R. par séance ».

La curiethérapie ne paraît guère présenter d'avantages. Il faut, en tout cas, renoncer à implanter des aiguilles dans le tissu cérébral ou dans les tumeurs : cette méthode, en effet, ne permet pas une répartition convenable des doses.

La radiothérapie, au contraire, est un agent thérapeutique souvent efficace de l'hypertension cranienne, et un puissant procédé de lutte contre les formes les plus malignes et les plus envahissantes des tumeurs encéphaliques. Rien ne permet, jusqu'à présent, de penser qu'elle puisse *guérir* des tumeurs cérébrales. Mais elle peut certainement soulager des malades et prolonger leur existence.

* * *

Discussions et communications

Classification des tumeurs cérébrales. — M. Roussy critique les termes d'endothéliomes, de psammomes, appliqués à des tumeurs d'un volume important. Il distingue des méningiomes d'origine piale, conjonctive, et des méningiomes de nature neuro-épithéliale. Il doute de l'origine endothéliale des hémangiothéliomes. Il réclame enfin une classification physio-pathologique, clinique et pratique des tumeurs cérébrales, dégagée de toute notion histogénétique, et fondée sur un matériel de faits considérable. Une telle classification existe déjà pour les tumeurs de la peau et pour les tumeurs du sein.

Les troubles mentaux dans les tumeurs des lobes frontaux. — M. H. Baruk. Les troubles mentaux constituent une part importante de la séméiologie des tumeurs des lobes frontaux; leur analyse minutieuse peut fournir un appoint précieux au diagnostic. L'auteur en décrit les principaux aspects en se basant sur 15 observations qu'il a recueillies (avec vérification anatomique). On observe surtout : 1° de la confusion mentale avec torpeur ou avec confusion ecmnésique; 2° des syndromes d'allure démentielle qui rappellent la paralysie générale; 3° des troubles de l'humeur et du caractère (euphorie, puérilisme, moria).

L'auteur envisage les éléments du diagnostic différentiel et les rapports des troubles observés avec la nature de la tumeur.

Les troubles de la mastication et de la déglutition dans les tumeurs du lobe frontal. — M. Laruelle (de Bruxelles) a observé, dans un cas de tumeur du lobe frontal, des troubles de la mastication et de la déglutition, qui s'associaient à la paralysie faciale du type frontal.

Remarques cliniques et anatomiques sur 12 cas de tumeurs frontales. — MM. Barré et Crusen (de Strasbourg). Par ordre de fréquence décroissante, les « Signal-symptômes » ont été la céphalée, les bourdonnements d'oreille, les vertiges, les crises passagères d'amaurose. Les troubles psychiques manifestèrent les premiers la tumeur, dans 3 cas seulement. Ces troubles ont existé dix fois au cours de l'évolution; mais cinq fois ils furent tardifs et terminaux. Les troubles de la parole (arrêt brusque, bredouillement passager, etc.) se virent six fois. Les troubles pyramidaux sont souvent légers, localisés, intermittents; le signe de Babinski présente quelques particularités. Les crises Bravais Jacksoniennes furent observées dans 6 cas; elles consistaient parfois en quelques secousses d'un segment de membre. L'olfaction est souvent troublée d'un côté ou même des deux, pour une tumeur unique. Les troubles vestibulaires sont fréquents, s'imposent à l'observation; ils peuvent dérouter. Les auteurs ne peuvent en donner une formule simple. Aucun trouble cérébelleux vrai ne fut noté.

La stase et l'hypertension existèrent neuf fois sur onze, mais souvent très tard. Tout l'hémisphère qui contient la tumeur est déformé; les noyaux gris et les ventricules repoussés en arrière.

C'est particulièrement avec les tumeurs temporales que le diagnostic est difficile. La distinction avec les tumeurs de l'étage postérieur est maintenant simple. Beaucoup de tumeurs frontales sont énucléables; l'amélioration de nos connaissances cliniques doit permettre au neurologiste de guider le chirurgien vers une voie précise. La mortalité doit s'abais-

ser dans un avenir prochain. La ventriculographie aura été un adjuvant passagèrement utile.

La méningite séreuse soi-disant idiopathique. — M. VIGGO CHRISTIANSEN (de Copenhague) estime que la prétendue « méningite séreuse idiopathique » est extrêmement rare, si tant est qu'elle existe. Il ne l'a jamais rencontrée sur environ 500 cas d'hypertensions intracraniennes qu'il a étudiés. Toute méningite séreuse doit faire soupçonner une tumeur cérébrale latente.

L'encéphalographie artérielle. — M. EGAS MONITZ (de Lisbonne) précise la technique de l'épreuve qu'il a préconisée et qui, dans 24 cas où il l'a employée, ne lui a jamais donné d'accident grave. Il montre, en projection, des radiographies très démonstratives qu'il a obtenues par ce procédé, et qui indiquent très bien la localisation des tumeurs. Mais il faut tenir compte de nombreuses anomalies artérielles, qui rendent parfois difficile la lecture des clichés.

L'encéphalographie ventriculaire (projections). — M. LARUELLE (de Bruxelles).

Sur la valeur de l'encéphalographie. — M. FOERSTER (de Breslau) projette une série de ventriculogrammes. Certains d'entre eux montrent bien, non seulement les ventricules latéraux, mais le IIIe ventricule, l'espace sous-trigonal, et même le IVe ventricule. L'examen de ces derniers permet de localiser certaines tumeurs du tronc vertébral.

Volumineuse tumeur cérébrale localisée à la pariétale ascendante droite. — MM. L. BABONNEIX et A. WIDIEZ rapportent le cas d'une tumeur cérébrale dont les symptômes s'étaient manifestés par les signes d'hypertension intracranienne habituels, sans stase papillaire, et par des fourmillements, puis par une hémiplégie localisée au côté gauche. A l'autopsie, il y avait un méningiome de la partie supérieure de la pariétale ascendante droite. Si les résultats négatifs de l'examen ophtalmoscopique n'avaient pas conduit, d'ailleurs à tort, les auteurs à abandonner la bonne hypothèse, ce cas aurait, sans doute, bénéficié d'une intervention, puisque la tumeur était unique, superficielle, et bien isolée des circonvolutions voisines.

Hallucinations lilliputiennes au cours d'une tumeur de l'hypophyse. — MM. A. SOUQUES et H. BARUK. Il s'agit d'une tumeur de l'hypophyse, qui s'est traduite d'abord par du petit mal, puis par des hallucinations lilliputiennes, enfin par un syndrome d'hypertension intracranienne avec les signes de localisation habituels. Les hallucinations lilliputiennes présentaient leur caractère classique (vision de petites poupées colorées et mobiles); elles étaient strictement unilatérales, dans le champ de l'hémianopsie, et parfaitement conscientes.

Les auteurs discutent la pathogénie de ces hallucinations, qu'ils rattachent à l'irritation des voies optiques périphériques, et plus particulièrement du chiasma des nerfs optiques

Tumeur frontale ayant simulé une lésion de l'artère cérébrale antérieure. — MM. J.-A. CHAVANY et R. BALDY. Cette observation anatomo-clinique est intéressante du fait de l'âge du sujet (quatre-vingt et un ans), et parce que la symptomatologie (monoplégie crurale droite, apraxie idéo-motrice sans aphasie) orientait vers le diagnostic de lésion de la cérébrale antérieure. Il n'existait, en dehors de crises d'épilepsie bravais-jacksonienne, aucun indice d'hypertension intracranienne. Les auteurs insistent sur deux signes : le signe de la préhension forcée, et une agitation musculaire très spéciale, qui survenait à la suite d'excitations cutanées ou tendineuses. La tumeur était un gliome sous-cortical, qui infiltrait d'avant en arrière la première circonvolution frontale et la région du lobule paracentral.

Gliome de l'hémisphère gauche avec xanthochromie du liquide ventriculaire, et liquide spinal normal. Action des injections hypertoniques sur la pression ventriculaire. — MM. Th. ALAJOUANINE et H. BARUK. Il s'agit d'un cas de gliome diffus de l'hémisphère gauche, qui s'est traduit par de l'épilepsie, puis par un syndrome mental confusionnel à évolution rapide. On a constaté en outre une dissociation entre le liquide ventriculaire, qui était xanthochromique et qui subissait la coagulation massive, et le liquide spinal, qui était de composition normale.

Anatomiquement, il y avait compression du tronc cérébral et de l'aqueduc de Sylvius par des hémisphères infiltrés.

Enfin, on a pu mettre en évidence un abaissement marqué de la pression ventriculaire sous l'influence des injections intraveineuses de solutions hypertoniques glucosées.

Troubles vestibulaires dans les tumeurs cérébrales. (Etude basée sur 35 cas). — MM. J.-A. BARRÉ et ALFANDARY (de Strasbourg) insistent sur la fréquence de l'atteinte du nerf vestibulaire, notée d'abord par Souques.

Les troubles vestibulaires diffèrent selon que la tumeur est supra ou intratentoriale. Les examens cliniques ont plus de valeur que les examens instrumentaux. Les tests d'Eagleton ne se trouveront vérifiés que dans 27 p. 100 des cas de tumeurs et se rencontrent en dehors des tumeurs.

Les auteurs croient que l'hypo ou l'inexcitabilité vestibulaire précoce par tumeur, ne se voit que si la tumeur comprime directement le nerf. L'hypoexcitabilité tardive peut se trouver dans n'importe quelle tumeur. Le signe du « syndrome vestibulaire disharmonieux », décrit par l'un des auteurs, permet de penser à une affection cérébelleuse, même en l'absence des signes cérébelleux classiques.

Jusqu'à maintenant, l'hypertension ou la stase labyrinthique se montre moins fidèle et moins utilisable que la stase papillaire, dans la majorité des cas au moins.

Les tumeurs de l'étage postérieur du crâne. — M. BOSCHI (de Ferrare) montre que les tumeurs de l'étage postérieur entraînent, plus que toute autre, une forte hypertension sous-arachnoïdienne et une stase papillaire précoce. La trépanation décompressive, en pareil cas, doit être occipitale postérieure.

Contribution clinique à l'étude des tumeurs cérébrales. — M. BRUNSCHWEILER.

Deux cas de tumeurs des noyaux gris centraux. Parkinsonisme symptomatique. — M. BZREZICKI (de Cracovie).

La perceptibilité différentielle des sons dans les tumeurs cérébrales. — M. MENDELSSOHN.

Parésie faciale controlatérale dans les tumeurs de l'étage postérieur. — M. H. ROGER (de Marseille).

Le liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs cérébrales. — M. AYALA (de Rome).

L'inconstance de la stase papillaire dans les tumeurs cérébrales. — MM. G. GUILLAIN et LAGRANGE.

La pathogénie de la stase papillaire. — M. DUPUY-DUTEMPS.

Le traitement chirurgical des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleuse. — M. Viggo CHRISTIANSEN (de Copenhague).

Le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales. — M. PUSSEPP (de Tartu).

A propos de 14 interventions pour tumeurs cérébrales. — MM. H. WELTI et RENARD. La trépanation décompressive n'est légitime qu'en présence d'une tumeur non localisée ou inextirpable. Dans ces circonstances, elle peut cependant donner des résultats. Ceux-ci seront d'autant plus satisfaisants que la dure-mère aura été incisée et la décompression faite au voisinage de la tumeur. Une observation de trépanation sous-occipitale pour tumeur de l'auditif semble justifier cette conduite thérapeutique.

Effet heureux, mais passager, du traitement radiologique dans deux cas de tumeurs cérébrales. — MM. J.-A. BARRÉ et METZGER (de Strasbourg). Dans deux cas de tumeurs, l'une rolandique, l'autre rolando-frontale, les auteurs ont obtenu un très brillant résultat (disparition rapide et complète des céphalées, des crises jacksoniennes, des paralysies, régression de la stase papillaire), mais ce résultat dura seulement trois mois.

Le docteur Gunsett avait donné quatre séances de 3.500 à 4.000 R. La récidive se produisit, brutale; un nouvel essai radiothérapique se montra peu efficace; un des deux malades a été opéré; la région superficielle du cortex ne présentait pas les modifications qu'on trouve parfois ailleurs après radiothérapie, et qui en font souvent redouter l'usage par les chirurgiens.

La radiothérapie des tumeurs cérébrales contrôlée par la mesure de la tension du liquide céphalo-rachidien. — M. J. FROMENT (de Lyon) montre que cette mesure est indispensable, surtout chez les malades qui sont soumis aux rayons sans trépanation préalable.

Sur la radiothérapie des tumeurs cérébrales. — M. SOLOMON insiste particulièrement sur les excellents résultats donnés par la radiothérapie, même en un petit nombre de séances, dans les tumeurs hypophysaires.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1928)

Influence du sang de diabétique sur la glycémie du chien et du lapin. — MM. F. RATHERY et R. KOURILSKY, à propos de la communication de MM. Kepinow et Petit-Dutaillis, rapportent les expériences qu'ils ont faites concernant l'action du sang de diabétique sur la glycémie du chien et du lapin normal.

Ils ont opéré avec du sang complet ou avec du dialysat après usage de sac de collodion. Les résultats obtenus ont été très inconstants.

Action de la folliculine sur la glycémie des chiennes ovariectomisées. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle S. GIBERT. L'ablation des ovaires modifie sensiblement la réaction de l'organisme à la folliculine au cours de l'hyperglycémie provoquée.

Les auteurs ont expérimenté sur des chiennes avant et après ovariectomie et sur des chiennes préalablement ovariectomisées. D'une façon générale mais non constante, la poussée initiale hyperglycémique consécutive à l'ingestion de glucose est diminuée par l'injection de folliculine et l'on constate, d'autre part, chez presque tous les animaux une baisse secondaire de la glycémie que l'ingestion seule de glucose ne provoque pas au même degré chez les animaux castrés. On peut donc admettre que chez les chiennes ovariectomisées l'introduction de folliculine sollicite plus vivement la sécrétion secondaire d'insuline.

Réactions intradermiques à la tuberculine chez les jeunes cobayes. — M. J. VALTIS, pratiquant des intradermo-réactions à la tuberculine chez des jeunes cobayes tuberculeux, a observé que ceux-ci réagissent différemment que les adultes.

Les réactions chez les cobayes nouveau-nés sont très tardives, parfois même complètement absentes, bien qu'ils présentent à l'autopsie des lésions tuberculeuses constituées.

Cette inaptitude des jeunes cobayes à la réaction intradermique est due aux caractères spéciaux de leur tégument. Des modifications analogues n'existeraient-elles pas chez les jeunes nourrissons ce qui gênerait l'interprétation des cuti-réactions négatives chez ces derniers?

Sur l'importance de la forme clinique atypique de l'infection tuberculeuse chez le cobaye pour le diagnostic de la tuberculose humaine. — M. A. SAENZ a essayé de voir si, en clinique humaine, la recherche de la forme atypique de l'infection tuberculeuse observée à la suite de l'injection au cobaye de filtrats de bacilles de Koch ne permettrait pas par inoculation à cet animal de produits pathologiques suspects de tuberculose de déceler cette maladie dans les cas où l'examen direct et l'ensemencement n'avaient pas révélé de bacilles.

Dans 26 cas où les cobayes sont restés apparemment indemnes, il a pu 3 fois mettre en évidence des bacilles de Koch typiques dans le système ganglionnaire des animaux inoculés sans autres lésions.

Sur le comportement différent de quelques acides biliaires dans les réactions colorées classiques. — M. L. CUNY. Lorsqu'on cherche à obtenir la réaction de Pettenkoffer et ses variantes avec divers acides ou sels biliaires employés en même quantité, seul l'acide cholalique donne des colorations intenses. Les réactions fournies par les autres composés sont beaucoup plus faibles. En ce qui concerne la bile humaine, ce sont donc surtout les sels de la série cholalique (glycocholates et taurocholates) qui interviennent dans les réactions colorées et non pas, comme on l'admet communément, la totalité des sels biliaires.

L'élimination des nucléo-protéides par la bile. — M. P. CARNOT et Mme Z. GRUZEWSKA. 1. La présence constante des cholénucléines dans la bile semble signaler une fonction particulière du foie, au même titre que l'élimination des acides biliaires et des pigments.

2. La bile vésiculaire, par suite de sa concentration pendant le séjour dans la vésicule, est plus riche en cholénucléines, de même qu'elle est plus chargée en d'autres constituants, tels que les acides biliaires et les pigments.

3. Après le traitement par le bicarbonate de soude à doses massives, la bile semble s'éclaircir et le taux des cholénucléines s'abaisser jusqu'à une certaine limite, qui oscille entre 0,4 et 0,3 p. 100.

La teneur en phosphore des cholénucléines. — M. P. CARNOT et Mme Z. GRUZEWSKA. Les cholénucléines, éliminées par la bile de chien et de lapin, contiennent du phosphore et des bases puriques. Leur teneur en phosphore se rapproche de celle qui a été signalée par d'autres auteurs (Lévine, Bang, Muber) dans les nucléoprotéides de différents organes. Ainsi dans les nucléoprotéides de thymus on a trouvé 1g22 de phosphore pour 100 de substance sèche, et dans celle du pancréas 1g67 pour 100.

Action cardio-vasculaire de l'acétylcholine chez le chien atropinisé. — MM. René HAZARD et Fernand MERCIER. Même chez l'animal atropinisé, des doses suffisantes d'acétylcholine peuvent produire l'arrêt cardiaque et la chute de pression caractéristiques de la première phase (vagale) de l'action de ce corps avant atropinisation. Tout se passe comme si l'acétylcholine débloquait temporairement les terminaisons pneumogastriques paralysées par l'atropine.

Sur l'action leucolytique de la bile duodénale. — M. G. PIERAERTS. La disparition rapide des leucocytes dans le suc duodénal est un phénomène de tension superficielle déterminé probablement par les sels biliaires. La constatation de l'absence ou de la présence de globules blancs dans le liquide de sondage perd ainsi beaucoup de sa valeur séméiologique.

Variations du taux du soufre sanguin au cours de l'asphyxie. — MM. Léon Binet et René Fabre. L'asphyxie aiguë expérimentale chez le chien déclanche une élévation du soufre total avec diminution du soufre oxydé. Faut-il voir dans cette élévation du soufre sanguin une explication de la mélanodermie de certains malades atteints de troubles respiratoires?

L'accès paludéen ne paraît pas être dû à un choc hémoclasique. — M. Louis Lambert. Un paralytique général soumis au traitement malariothérapique est porteur d'hématozoaires depuis le 14 juin sans présenter d'accès fébrile.

Par injections de peptone et de lait, on a vérifié qu'il n'y avait pas de paralysie des centres thermiques puisque le choc a provoqué chaque fois une élévation de température appréciable.

Si un choc hémoclasique réveille de la température chez le malade c'est donc que l'hématozoaire ne produit pas l'accès par choc hémoclasique.

Essais de traitement des trypanosomiases expérimentales par l'atoxyl associé à l'anatoxine tétanique. — MM. L. Nattan-Larrier et R. Lépine. Les animaux naganés traités par l'atoxyl associé à l'anatoxine tétanique semblent résister mieux que ceux traités par l'atoxyl seul; l'anatoxine tétanique ne possède dans ce cas aucune action thérapeutique propre, mais elle renforce d'une façon appréciable le pouvoir curatif de l'atoxyl surtout lorsqu'elle est injectée en même temps que le composé arsenical et au même point que lui; les résultats que l'on obtient paraissent meilleurs lorsque l'on injecte aux rats un mélange d'atoxyl et d'anatoxine tétanique.

Étude de l'action d'un sérum précipitant antihumain sur le sérum du lait. — MM. L. Nattan-Larrier et P. Lépine. L'action du lactosérum sur un sérum précipitant antihumain est inconstante et très faible. Les épithéliums de la glande mammaire opèrent une sélection sur le sérum sanguin et arrêtent sa substance précipitante.

Essais comparatifs sur l'immunité antitoxique chez les animaux sensibles ou naturellement réfractaires à l'intoxication diphtérique. — MM. G. Ramon, O. Noureddine et Mlle B. Erber. D'après les essais effectués, le cobaye, le pigeon, très sensibles à l'intoxication diphtérique (locale ou générale) acquièrent, grâce à l'anatoxine, une immunité fort accusée. Chez le rat, au contraire, qui se montre dans une certaine mesure naturellement réfractaire à l'intoxication et dont les téguments en particulier sont indifférents à l'action de la toxine diphtérique, l'anatoxine (ou la toxine) aux mêmes doses que chez le cobaye ne développe pas d'immunité antitoxique ou si faiblement que ni l'épreuve directe, ni la recherche de l'antitoxine ne nous ont permis de la déceler avec certitude.

Ceci est à rapprocher des observations effectuées chez le nourrisson dans l'espèce humaine. Chez ce dernier comme chez le rat il y a un parallélisme plus ou moins étroit entre l'état réfractaire naturel vis-à-vis de la toxi-infection et la résistance à l'immunisation spontanée ou artificielle.

Le jeune enfant à partir d'un an se comportera comme l'animal, le cobaye par exemple, très sensible à la toxi-infection; comme lui il pourra acquérir facilement l'immunité au moyen de la vaccination par l'anatoxine.

Composition du sang et cycle menstruel. — MM. Ch.-O. Guillaumin et Henri Vignes. I. *Cholestérol*. Les cas d'hypercholestérolémie s'observent surtout pendant les règles et du dix-septième au vingt et unième jour du cycle menstruel. Les règles à intervalles courts s'accompagnent plutôt d'hypercholestérolémie, les règles à intervalles longs plutôt d'hypocholestérolémie. — II. *Lécithine*. La lécithinémie baisse avant les règles. Les règles courtes s'accompagnent d'une tendance à l'hyperlécithinémie; les intervalles courts également. — III. *Sucre*. Les glycémies basses sont plus fréquentes en cas de règles courtes et en cas d'intervalles courts.

Des hormones cardiaques. — MM. T. I. Katz et E. Leibenson ont réussi à extraire de l'appareil cardio-vasculaire et des glandes endocrines des animaux à sang chaud des substances dont le mélange provoque les contractions cardiaques des animaux à sang froid.

Du mécanisme de l'action du foie ingéré dans le traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple. — MM. Weinberg et J. Alexa. La flore intestinale des sujets atteints de cette infection est très riche en B. perfringens. D'autre part, Weinberg et Séguin, Kahn et Torrey, Cornell, Patterson et Kast ont reproduit chez les animaux par injection de perfringens des lésions du sang comparables à celles qu'on trouve chez l'homme atteint d'anémie pernicieuse. Il est donc évident que ce bacille joue le rôle principal dans la pathogénie de cette maladie.

Weinberg et Alexa ont donc étudié l'action du foie sur le B. perfringens. Dans leurs expériences, ils ont remplacé la bouillie de foie par l'extrait de foie; les observations cliniques de Aitoff et G. Lœwy ayant montré que l'extrait aqueux de foie renferme tous les principes actifs de la bouillie de foie.

Les résultats de ces expériences sont des plus nets : l'extrait de foie neutralise avec une très grande énergie l'hémolysine du B. perfringens ainsi que celle d'autres espèces de la flore intestinale. Son action est moins constante sur la culture et sur la toxine totale du B. perfringens. La cause en est très simple : le B. perfringens secrète une substance hémolytique et une autre non hémolytique dont les rapports sont très variables suivant les souches utilisées.

Ces données permettent de comprendre pourquoi les effets du foie ou de l'extrait de foie sont si variables dans la pratique. Lorsque l'anémie pernicieuse est causée par un microbe surtout très hémolytique, l'action du foie est radicale et le malade guérit rapidement. Lorsque le microbe pathogène est hémolytique mais sécrète une toxine non hémolytique très forte contre laquelle l'extrait de foie reste sans action, le malade est seulement amélioré mais non guéri. Dans ce cas, le malade est soulagé tant qu'il absorbe du foie qui neutralise l'hémolysine sécrétée par le B. perfringens; mais cette amélioration prend fin avec la cessation de l'administration de cet aliment ou de son extrait.

Dans l'anémie pernicieuse, le B. perfringens se trouve en grand nombre dans l'intestin grêle et dans le gros intestin. On intensifierait le traitement de cette maladie en administrant l'extrait aqueux de foie non seulement par la bouche mais aussi en lavements, en le faisant ainsi agir dans le foyer principal de production de toxine hémolytique.

Synergie des anticorps; sérum anticolibacillaire et sérum antigangréneux. — MM. Weinberg et A.-R. Prévot. En cherchant si les sérums antigangréneux qu'on mélange au sérum anticolibacillaire dans le traitement des appendicites graves n'avaient pas d'antagonisme vis-à-vis de ce dernier, les auteurs ont vu qu'au contraire chacun des sérums antigangréneux, employé seul, neutralisait à des doses élevées (1/10 à 1 centimètre cube) une dose mortelle de culture de colibacille et que leur mélange renforçait de 3 à 5 fois l'action du sérum anticolibacillaire. Ainsi il existe une synergie des anticorps entre ces sérums, synergie qui sera exploitée dans le traitement de l'appendicite par le sérum antigangréneux polyvalent mélangé au sérum anticolibacillaire, le colibacille étant l'agent le plus fréquent de cette infection.

M. P. Lépine a étudié la **formol-gélification dans la syphilis expérimentale du lapin.** Tandis qu'avec la réaction de Meinicke on obtient des résultats qui traduisent fidèlement l'infection syphilitique et son évolution chez le lapin, les résultats obtenus dans l'examen de 117 sérums avec la formol-

gélification se sont montrés dépourvus de spécificité vis-à-vis de l'infection syphilitique expérimentale du lapin.

MM. A. PETTIT, G. STEFANOPOULO et V. FRASEY ont obtenu du **sérum antifièvre jaune**, soit au moyen de singes, soit au moyen du cheval. Le sérum en question neutralise in vitro le virus amaryllique.

Un mélange de virus actif + sérum anti-amaryllique peut être impunément inoculé au singe sensible (macacus rhesus). Des essais de traitement chez le singe sont en cours.

De l'influence des injections de « Wasserblau » sur le développement de l'immunité antitoxique chez le cobaye. — M. D. FRASER. Des expériences effectuées sur le cobaye, il résulte que l'injection de fortes doses de Wasserblau, avant et pendant l'immunisation par l'anatoxine diphtérique, n'empêche ni l'établissement de l'immunité spécifique, ni la production d'antitoxine diphtérique.

— Société de biologie de Lyon (séance du 9 juillet 1928) :

Immunisation contre le rouget. — M. BASSET a montré antérieurement qu'il est souvent impossible d'infecter expérimentalement le porc ; c'est pourquoi il a étudié l'immunisation chez le pigeon. M. Basset formule les conclusions suivantes :

L'immunité active ne peut être obtenue par l'emploi de virus tués (chauffage à 56 degrés ou ricinoléate de sodium à 1 p. 100).

Au contraire, l'association de sérum et de virus vivant et virulent (méthode Lorenz) permet de vacciner. Les résultats de l'intervention varient, toutes choses égales d'ailleurs, avec les différentes manières d'associer sérum et virus. Quand sérum et virus sont injectés séparément, mais dans le même temps (technique Lorenz), un certain nombre d'animaux succombent, ceux qui résistent sont vaccinés; la technique n'est donc pas inoffensive. Quand sérum et virus sont mélangés (technique Leclainche), aucun animal ne succombe, mais tous ne sont pas vaccinés; la technique manque donc de sécurité. Quand le virus est injecté un à deux jours après le sérum (technique Basset), aucun animal ne succombe et tous sont vaccinés.

Autovaccinothérapie de la pneumonie. Technique rapide. Résultats cliniques. — MM. J. GATÉ et Henri GARDÈRE proposent pour la préparation et la mise en œuvre d'un autovaccin dans la pneumonie la technique suivante : cueillette du crachat dans une boîte de Pétri stérile, lavage au sérum physiologique, ensemencement en milieu liquide de Truche-Cotoni. Dans le cas de pneumococcie, le pneumocoque donne en dix-huit heures une culture pure suffisante pour la fabrication d'un autovaccin qu'on réalise par centrifugation et émulsion du culot en eau physiologique (4 milliards par centimètre cube). Après une culture de contrôle (vingt-quatre heures) l'autovaccin peut être utilisé, soit quarante-huit heures après la cueillette du crachat.

Les auteurs commencent le traitement par un stock-vaccin auquel ils substituent quarante-huit heures après l'autovaccin préparé comme il a été dit.

Dans quatre cas de pneumonie sévère, les auteurs ont obtenu une prompte et définitive défervescence.

Étude bactériologique et expérimentale d'une épizootie à manifestations pseudo-tuberculeuses. — MM. J. GATÉ et M. BILLA ont isolé l'agent pathogène de l'épizootie étudiée par eux. Il s'agit d'un bacille à gram négatif, immobile, dont la vitalité et la végétabilité sont favorisées par la glycérine, qui n'a pas d'action sur le rouge neutre et ne donne pas d'indol, qui fait fermenter le lévulose, le maltose, la mannite, le glucose et dont la température optima de développement est + 20 degrés.

Ce bacille se rapproche du bacille décrit par Pfeiffer dans la pseudo-tuberculose des rongeurs, dont il diffère par ses caractères culturaux, sa température optima de développement et son aptitude à créer chez le cobaye des lésions intestinales et mésentériques. Il s'éloigne du bacille de Malassez et Vignal par son action sur les sucres.

Avec ce bacille, les auteurs, soit par injection, soit par ingestion, ont reproduit chez le cobaye la maladie étudiée.

A propos d'une épizootie à manifestations pseudo-tuberculeuses. — MM. Jean GATÉ et Marcel BILLA rapportent une épizootie limitée strictement aux cobayes, paraissant se communiquer par la voie digestive, activée par le froid, résistant aux mesures de prophylaxie habituelles, évoluant d'abord d'une façon sévère puis torpide, donnant des lésions nettement pseudo-tuberculeuses avec des abcès mésentériques et intestinaux importants et constants. Les auteurs ont isolé et étudié l'agent pathogène, se rapprochant des bactéries décrites par les classiques, mais présentant avec ces dernières des différences morphologiques, culturales et biochimiques.

La formol-gélification du sérum chez les animaux. — MM. J. GATÉ et M. BILLA, de leurs recherches, concluent :

Les sérums de chevaux, de veaux, de lapins, de cobayes normaux ne gélifient pas par le formol. Avec les sérums normaux de moutons et de chèvres la gélification est rare. Par contre, les sérums de bœufs sains gélifient fréquemment.

Les modifications humorales accompagnant la production des anticorps peuvent coïncider chez le cheval avec une formol-gélification positive.

Par contre, ni la tuberculose, ni la pseudo-tuberculose ne paraissent rendre la formol-gélification positive chez le cobaye.

La question des races ne peut donc être considérée comme indifférente et doit entrer en ligne de compte dans la valeur à accorder à la formol-gélification en pathologie vétérinaire.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 MAI 1928)

A propos d'une épidémie de glossite. — M. SASSIER décrit une glossite épidémique et bénigne (stomatite d'automne de Jamin) caractérisée par des lésions superficielles et nombreuses de la langue avec phénomènes généraux peu accusés. Cette affection sévit en Afrique du Nord et guérit facilement par un traitement topique banal.

Note sur la forme et la structure du maxillaire inférieur. — M. Ch. RUPPÉ, étudiant la répartition du tissu compact et du tissu spongieux dans le maxillaire inférieur, en montre toute l'importance au point de vue de la propagation des processus infectieux ou tumoraux.

Chancre syphilitique gingival à localisation exceptionnelle. — MM. BERGERET, PACAUD et FOURNET rapportent un cas de chancre syphilitique siégeant dans la région apicale des incisives centrales supérieures, sur le frein de la lèvre. Le diagnostic en fut particulièrement délicat, car il y avait coexistence d'accidents osseux dus à une arthrite apicale suppurée des deux incisives.

Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie. Intégration et désintégration de la fonction, par C. VON MONAKOW, professeur honoraire à l'Université de Zurich, et le docteur R. MOURGUE. In-8 avec 33 figures dans le texte et 2 planches en couleur hors texte. — Prix : 80 fr. — Paris, F. Alcan.

Les Principaux aspects cliniques de la tuberculose infantile. Leçons faites à l'hôpital Hérold, par le docteur P.-F. ARMAND-DELILLE. In-8. — Prix : 5 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Précis des maladies vénériennes, par AUGAGNEUR et CARLE. 3e édition, revue, corrigée et augmentée par M. CARLE, ancien chef, et J. LACASSAGNE, chef de clinique, des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. in-8 de 660 pages, avec 44 figures dans le texte et 8 planches en couleurs hors texte. — Prix : cart., 70 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mercredi 14 novembre 1928, à 8 h. du matin.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Travail. — *Grand officier.* — M. le docteur Netter (de Paris).

Au grade de commandeur. — M. le docteur J. Darier (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Georges Guillain (de Paris), Lalesque (d'Arcachon), Lippmann (de Paris), Rosso (de Nice), Stern (de Briey).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Ardoin (de Nice), Barraud (d'Alger), Basset (de Toulouse), Compagnon (de Paris), Coronat (de Gap), Cottenot (de Paris), Bellec (de Rostrenen), Deladrière (de Calais), Fabre (de Paris), Fauverghe (de Roubaix), Frantz (de Metz), Goffart (de Maretz), Guilly (de Paris), Humbert (de Strasbourg), Jaworski (de Paris), Maugeais (de Caen), Metge (de Paris), Pain (de Mayenne), Planès, Quilliot et Robine (de Paris), Roche (de Couiza), Roussel, Vernet et Wilborts (de Paris).

Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Etienne Burnet, directeur adjoint de l'Institut Pasteur, à Tunis.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cattier (de Paris), Houdar (de Tunis), Legey [Mme] (de Marrakech), Wilhelm (de Téhéran), Sourdel.

(Au titre étranger.) *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Duba (du Liban), Welti (de Suisse).

Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Boyer (d'Elbeuf) et Gardin (d'Avesnes).

RÉCOMPENSES DE LA MUTUALITÉ. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Bergenstein (de Paris), Verdelet (de Bordeaux).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Chabrol (de Châtres), Gaudens (d'Anse), Raisonnier (de Paris), Tuefferd (de Montbéliard).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Aubert (de Villers-sur-Marne), Béraudy (de Joinville-le-Pont), Gilbert (de Maisons-Alfort), Izard (de Vincennes), Trastour (de Cuer).

XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Première session de médecine sociale, accidents du travail, maladies professionnelles. — Président : M. Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker.

Vice-présidents : MM. Crouzon, médecin de la Salpêtrière; Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut; François, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles.

Trésorier : M. Rocher, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Secrétaires généraux : MM. Etienne Martin, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Piédelièvre, chef du laboratoire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaires : MM. Grimault, médecin chef de l'hôpital des mines et des forges d'Algrange (Moselle); Philippe, préparateur au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris.

Mardi 9 octobre 1928, 9 h. 30. — Séance d'ouverture, amphithéâtre Vulpian, à la Faculté de médecine : Premier rapport : « Médecine sociale. Les expertises dans les lois sociales » (M. le professeur Balthazard, de Paris).

14 h. 30, même amphithéâtre : Deuxième rapport : « Accidents du travail. Résultat comparé des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe ». (MM. Charbonnel et Massé, de Bordeaux).

Mercredi 10 octobre 1928, 9 h. 30. — Même amphithéâtre : Suite de la discussion du rapport sur l'ostéosynthèse. Séance de communications.

14 h. 30, même amphithéâtre. — Troisième et quatrième rapports : « Maladies professionnelles. Les intoxications professionnelles par les hydro-carbures » (M. Duvoir, de Paris). « Pathologie professionnelle des corps radio-actifs » (M. de Laet, de Bruxelles).

Jeudi 11 octobre 1928, 9 h. 30. — Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis : Cinquième rapport : « Criminologie : Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique » (M. Fribourg-Blanc, de Paris).

14 h. 30. — Amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas : Séance de communications. Organisation du prochain Congrès.

La Société de médecine légale de France tiendra une séance exceptionnelle à l'occasion du XIIIe Congrès, le lundi 8 octobre 1928, à 17 h., à la première Chambre du tribunal de la Seine, au Palais de Justice, sous la présidence de M. Wattinne, président du Tribunal de la Seine. Tous les membres du Congrès sont invités à y assister.

N.-B. — 1° Pour tous renseignements, s'adresser à MM. Etienne-Martin, 64, rue Pasteur (Lyon); Michel, 5, rue de Rigny (Nancy); Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac (Paris). 2° Les personnes qui désirent participer au Congrès devront s'inscrire le plus tôt possible, en envoyant leur cotisation (60 fr.) à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris (1er). 3° Les grands réseaux de chemins de fer français et les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sont disposés à accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux Congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Pour bénéficier de cette réduction, chaque Congressiste devra être muni d'une autorisation établie pour la totalité du parcours, quel que soit le nombre de Grands Réseaux empruntés. Cette formule imprimée devant être revêtue du cachet du Congrès et de la signature d'un Secrétaire général, et visée par le Réseau sur lequel est située la gare de départ du trajet aller, il sera nécessaire de la demander à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris (1er), avant le 10 septembre 1928. (Indiquer la gare de départ, l'itinéraire et les différents Réseaux empruntés.)

Chaque Congressiste muni de cette autorisation devra acquitter à la gare de départ le prix d'un billet à place entière pour le trajet aller et le montant de l'impôt (15 p. 100 de l'exemption); le trajet de retour s'effectuera gratuitement.

Validité à l'aller : du 6 au 9 octobre inclus, au retour : du 9 au 12 octobre inclus.

REVUE DES THÈSES

Des Indications respectives des différentes narcoses en chirurgie générale (1), par Mme le docteur Suzanne Patté-Amiot.

L'indication respective des différents procédés d'anesthésie en chirurgie générale doit être guidée par un certain nombre de règles :

1° Connaître les propriétés physiques, chimiques et le mode d'action de chaque anesthésique.

2° Examiner minutieusement l'état médical du malade.

3° S'efforcer d'assurer l'aisance opératoire du chirurgien pour chaque opération déterminée.

4° Se rappeler que l'anesthésie locale et le protoxyde sont les procédés les moins toxiques, que leur association permet d'effectuer avec le minimum de shock le plus grand nombre d'interventions.

5° Recourir à l'éther ou à l'éther-oxygène qui correspondent facilement aux besoins de la pratique courante, à défaut d'entraînement spécial aux méthodes précédentes.

6° Ne pas craindre de s'adresser aux anesthésies mixtes et aux mélanges pour les anesthésies des malades complexes.

7° Les associations de protoxyde et d'éther ou de protoxyde mélange chloroforme-éther permettent de faciliter l'aisance opératoire en ménageant le malade.

8° Le chloroforme, à cause de son incontestable toxicité, ne doit être utilisé que dans les cas de contre-indication des autres procédés.

(1) *Th. de Paris*, 1928; Legrand.

Le Traitement du trachome et de la conjonctivite folliculaire par la diathermie (1), par M. le docteur Théophile Maraval, ancien interne des hôpitaux d'Alger et de Paris.

Tandis que les méthodes classiques demeurent parfois sans action sur l'évolution des conjonctivites folliculaires et du trachome, la haute fréquence, et particulièrement la diathermie, constituent dans le traitement de ces affections une arme thérapeutique d'un puissant intérêt.

Suivant les lésions considérées, on utilisera les courants de haute fréquence sous l'une de leurs modalités :

A. *Applications d'intensité.* — Répondant à la diathermie sous ses deux formes :

1. Diathermie médicale;
2. Diathermie chirurgicale ou diathermo-coagulation.

B. *Applications de tension.* — Qui comprennent :

D'une part, des applications médicales : effluvation;

D'autre part, des applications chirurgicales : étincelle froide.

La conjonctivite folliculaire, rebelle aux traitements classiques les plus divers, cède rapidement à quelques courtes applications de diathermie médicale, réalisées au moyen d'une œillère métallique appliquée sur les paupières; et suivies des séances d'effluvation.

Le trachome a suscité, en raison de la gravité de son évolution et de ses complications, des traitements multiples dont les plus ingénieux répondent en définitive à la destruction plus étendue des follicules granuleux et sont d'ailleurs souvent fort décevants dans leur application.

Utilisée en vue de la destruction des granulations, la diathermie chirurgicale ou diathermo-coagulation, au contraire, constitue une méthode précise et simple : ne déterminant pas d'hémorragie, ne nécessitant pas de pansement et réduisant la durée d'immobilisation du malade, elle favorise la production d'un tissu de cicatrice non rétractile et souple.

Appliquée au traitement du pannus, elle permet de réaliser une péritomie identique dans ses résultats à celle pratiquée si souvent chirurgicalement.

Enfin, elle demeure une méthode de choix dans l'épilation trichiasique, en raison des résultats définitifs obtenus par la coagulation du bulbe.

(1) *Th. de Paris*, 1928, Legrand.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par P. GASTINEL

I. DERMATOLOGIE

Pathologie générale.

Le tissu réticulo-endothélial à l'état normal et pathologique. (HUDELO et CAILLIAU. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1928, p. 20-33.)

Le tissu réticulo-endothélial dans les états pathologiques. (Deuxième mémoire. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1928, n° 3, p. 145-162.)

Ce travail d'ensemble, très complet, échappe au cadre de ces analyses; nous nous bornerons ici à en signaler tout l'intérêt.

La mélanogénèse et les ferments cutanés. (DEJUST. *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1928, n° 4, p. 241-267.) — L'auteur termine son article très documenté en reconnaissant notre actuelle ignorance sur la nature exacte du pigment mélanique. Quant au mécanisme de sa formation, on ne peut aussi le considérer comme totalement élucidé. Il est vraisemblable que cette formation est due à l'action d'une diastase identique ou analogue à la tyrosinase. L'oxydation diastasique se produit plus aisément en milieux légèrement alcalins. Ceci conduit à considérer le grain de mélanine comme le produit terminal d'un métabolisme, produit de déchets immobilisés dans la cellule sous forme insoluble inapte à d'ultérieures transformations.

Quant aux ferments de la peau leur connaissance est encore très limitée; un seul fait paraît démontré c'est la présence de ces ferments dans le revêtement cutané. Si on considère la peau comme une glande à sécrétions diastasiques, cette glande est pondéralement la plus grosse de l'organisme et l'on comprend l'importance des variations de son fonctionnement pour l'économie générale.

Dermatoses pigmentaires.

Dermatose pigmentaire progressive de Schamberg. (DUBREUILH. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1928, n° 5, p. 337.) — Cette affection fut décrite en 1901 par Schamberg à Philadelphie; depuis lors, plusieurs observations ont été publiées en Angleterre et en Amérique. Le professeur Dubreuilh, de son côté, relate des faits du même genre depuis longtemps déjà observés par lui. L'éruption est constituée par des groupes mal limités de points rouge brun, rouille, du volume d'une tête d'épingle sans aucun relief et pâlissant à peine à la pression. Ces points confluent en nappe homogène sans atrophie appréciable avec quelquefois une faible desquamation. Le siège prédominant est la région malléolaire pouvant envahir toute la jambe et la cuisse, soit par extension périphérique, soit par formation de foyers nouveaux. L'éruption est indolente et d'évolution indéfinie. La guérison complète n'est jamais signalée, mais la maladie n'entraîne aucune gêne pour les malades. Cette dermatose se voit à tout âge et presque exclusivement chez les hommes. On en ignore l'étiologie et les varices n'y sont pour rien. Au point de vue anatomique la lésion est caractérisée par une infiltration dermique formée de cellules fixes, de lymphocytes, de polynucléaires, de cellules plasmatiques et épithélioïdes, de mastzellen. L'infiltration est surtout marquée autour des glandes sudoripares, Dans les lésions anciennes on trouve un pigment verdâtre de nature ferrique. La dermatose pigmentaire progressive doit être diagnostiquée de l'*angiome serpigineux* de Hutchinson. Cette affection apparaît dans la jeunesse chez les femmes, progresse lentement. Elle est formée par des points vasculaires rouge vif qui se groupent en formant des cercles de 2 à 3 centimètres de diamètre. Cet angiome n'est nullement pigmentaire. Il faut également éliminer dans le diagnostic le *purpura annulaire* de Majocchi. L'éruption siège aux jambes, débute par des taches lenticulaires formées d'un lacis vasculaire qui se transforme en pointillés hémorragiques; la petite tache s'étend graduellement tandis que le centre se pigmente. La maladie de Majocchi diffère donc de la maladie de Shamberg par son caractère nettement télangiectasique. Elle ne dure enfin que quelques mois et s'oppose ainsi à l'évolution indéfinie de la dermatose pigmentaire.

Contribution à l'étude de l'acanthosis nigricans. (ARTONE. *Giorn. ital. de dermat. i sifilol.*, avril 1928, vol. LXIX, f. 2, p. 184-208.) — A l'observation de deux cas personnels, tous deux étudiés au point de vue clinique et histologique, l'auteur ajoute une étude de cette maladie. Des deux cas observés et de certains faits publiés se déduit l'existence de troubles du développement chez les malades. C'est par ces troubles qu'on doit expliquer l'interdépendance des cancers viscéraux et de l'acanthosis, leur coexistence dépendant d'un même facteur constitutionnel. G. SOLENTE.

Dyskératoses.

La dyskératose. (F. KOGOJ. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juin 1927, n° 6, p. 361-373.) — Dans cet important article l'auteur expose les discussions récentes sur le problème de la dyskératose. On sait que pour M. Darier les dyskératoses sont caractérisées par la présence d'un certain nombre de cellules malpighiennes qui s'isolent de leurs voisines, n'évoluent plus vers une kératinisation normale, mais subissent des modifications morphologiques et chimiques spéciales.

Pour MM. Pautrier et Masson ce terme apparaît insuffisant pour constituer un groupe de dermatoses. La dyskératose, en effet, est un phénomène banal se retrouvant dans toute une série d'affections cutanées (épithélioma, verrue, tuberculose verruqueuse).

Dans le groupe proprement dit des dyskératoses de Darier comprenant les quatre affections suivantes : maladie de Darier, maladie de Bowen, maladie de Paget et molluscum contagiosum, la dyskératose n'apparaît nettement que dans la seule maladie de Darier. Dans la maladie de Bowen les seules cellules caractéristiques sont de grandes cellules à noyaux énormes ayant conservé leurs traits d'union. Dans la maladie de Paget il y a, d'une part, des cellules vraiment dyskératosiques, et, d'autre part, des cellules décrites par Pautrier et Lévy comme différenciées, non kératinisées, globoïdes avec

protoplasme souvent vacuolaire et noyaux monstrueux : de telles cellules peuvent être dénommées cellules de Paget. Ces cellules sont des cellules néoplasiques, fertiles et envahissantes. Dès lors la maladie de Paget n'est pas une simple dyskératose pré-cancéreuse, mais un véritable cancer du sein nécessitant l'ablation totale et précoce.

Erythèmes.

Dermite exfoliatrice légère survenue à la suite d'injections de tréparsol cinq ans après une érythrodermie post-arsénobenzolique. (Boutelier. Réunion dermatologique de Strasbourg, in *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, mai 1927, n° 5.) — La curieuse observation rapportée montre la longue persistance de la sensibilité à l'égard des arsenicaux puisque le malade a présenté une dermite exfoliatrice à la suite de l'ingestion de tréparsol cinq ans après la première érythrodermie arsénobenzolique.

Recherches sur la réactivité de la peau dans deux cas de dermatite par arsénobenzol. (Nardelli. *Giorn. ital. di dermat. i sifil.*, avril 1928, vol. LXIX, f. 11, p. 270-291.) — L'exploration de la réactivité de la peau à l'aide de cuti-réactions pratiquées avec la substance sensibilisante a donné à divers auteurs les résultats les plus contradictoires en ce qui concerne l'arsénobenzol. Kugelmann eut, par l'intradermo-réaction, des résultats positifs avec une solution au millième et même au cent millième. Mais quelques auteurs seulement rapportent des résultats positifs. En réalité, la réaction positive, quand elle apparaît, est spécifique envers les composés du type de l'arsénobenzol, comme le prouvent les cuti-réactions témoins pratiquées avec d'autres substances arsenicales, aromatiques ou autres. C'est donc l'ensemble de la molécule d'arsénobenzol qui est à incriminer dans la production des dermatites, à l'exclusion de l'un quelconque de ses composants.

Un second fait d'une grande portée générale se dégage de cette étude. C'est l'alternance d'une phase de désensibilisation suivant la dermatite et au cours de laquelle la cuti-réaction est négative, et d'une autre phase à distance variable de la précédente où la réaction est positive. Ces alternances de phase négative et positive peuvent peut-être expliquer les récidives spontanées de la dermite. Les rayons X, les rayons ultraviolets, les réactions à la tuberculine ont d'ailleurs donné lieu à des constatations semblables. Elles expliqueraient peut-être, comme le pense Jadassohn, les préférences ou les récidives saisonnières de certaines maladies. Elles obligent en tout cas à revoir de temps en temps les malades ayant présenté une dermatite par arsénobenzol.

G. Solente.

Commentaires sur un cas de pellagre. (F. de la Portilla et F. Bauden. *Acta derm. sif.*, fév.-mars 1928, p. 246-253.) — A l'observation d'un cas autochtone où l'alimentation par le maïs faisait défaut, l'auteur ajoute une revue critique de laquelle il conclut à l'absence de toute certitude sur la pathogénie de cette affection, et en particulier à la déficience de la théorie maïdique. L'existence d'une cause déterminante, actuellement inconnue, est pourtant attestée par la répartition géographique de l'affection.

G. Solente.

L'érythrocyanose sus-malléolaire. Etude clinique et thérapeutique. (Juster. *Presse méd.*, 24 déc. 1927, n° 103, p. 1573-1574.)

La cyanose sus-malléolaire hypostatique. Essai de discrimination entre les diverses cyanoses locales. (G. Delater et R. Hügel. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1928, n° 5, p. 344-371.)

Ces deux articles font une mise au point du sujet et envisagent les différents modes thérapeutiques médicamenteux thermales ou électriques susceptibles d'être utilisés.

Lupus.

Un cas de lupus pernio avec adénopathie et lésions osseuses. (Lortat-Jacob et Legrain. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, avril 1927, n° 4.) — Les auteurs rapportent un cas de lupus pernio accompagné de lésions osseuses caractérisées par une périostite ossifiante et une abondante production d'ostéophytes, différant ainsi des lésions de décalcification observées dans le lupus pernio du type Schaumann.

La biopsie a montré des lésions se rapprochant du lupus érythémateux. Aussi, à la suite de cette communication, Civatte fait remarquer que le lupus pernio n'est pas une maladie autonome mais renferme certainement des cas de sarcoïdes de Boeck, de lupus érythémateux et probablement de lupus vulgaire.

Action remarquable du traitement bismuthique dans deux cas de lupus érythémateux. (Sézary et Benoist. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juin 1927, n° 6, p. 382.) — Plusieurs observations ont été publiées déjà signalant l'influence heureuse d'un traitement spécifique sur le lupus érythémateux.

Mercure, iodure, arsénobenzol ont déterminé des guérisons. Le bismuth dans les observations de Hudelo et Rabut, Lortat-Jacob et Legrain et dans celles de Sézary et Benoist a été également très favorablement employé. Malgré ces bons résultats, l'origine syphilitique du lupus érythémateux reste discutable. Dans la discussion qui suit la communication des auteurs, MM. Hudelo et Lortat-Jacob ont montré que la guérison n'est souvent que temporaire, que le traitement est quelquefois sans effet et que la question étiologique du lupus érythémateux demeure à l'étude.

Psoriasis.

Psoriasis et tuberculose. (J. Nicolas et F. Lebeuf. *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1927, n° 11, p. 601-607.) — L'hypothèse de la nature tuberculeuse du psoriasis a été émise pour la première fois par Poncet en 1891, puis par Gaucher, Sabouraud, etc.

Les auteurs rapportent à l'étude de cette question des arguments tirés d'examens sérologiques effectués au point de vue de la séro-agglutination tuberculeuse de Arloing et Courmont et au point de vue de la déviation complémentaire faite avec l'antigène de Besredka.

D'après le tableau publié par les auteurs, le séro-diagnostic tuberculeux a été positif chez 53 des psoriasis sur 54 étudiés. La déviation du complément a été positive chez 32 des malades. Cliniquement, sur ces 54 psoriasiques observés en série, dans un tiers des cas on rencontrait des lésions tuberculeuses guéries ou en évolution ou des antécédents tuberculeux héréditaires ou collatéraux. Les auteurs concluent que l'hypothèse d'un rôle joué par la tuberculose paraît logique mais que l'on rencontre également avec une fréquence impressionnante dans l'étiologie du psoriasis toute une série d'autres facteurs que les auteurs se réservent d'envisager ultérieurement.

Mycoses.

Le traitement des kérions et de certaines folliculites tricophytiques par les injections intra-veineuses de solution de lugol. (P. Ravaut, Duval et Rabeau. *Ann. de dermat.*, juin 1927, n° 6, p. 326.) — Les auteurs préconisent l'emploi d'injections intra-veineuses de la solution iodo-iodurée de lugol; on dilue 5 centimètres cubes de cette solution dans 10 à 20 centimètres cubes d'eau; les injections sont répétées tous les deux à trois jours. On commence par une dose faible, pour tâter la susceptibilité du malade il faut toujours avoir soin de diluer la solution de lugol dans quatre fois son volume d'eau. L'injection est bien tolérée mais détermine une

oblitération des veines au lieu de l'injection. En une douzaine d'injections, les auteurs ont observé la guérison dans les cas qu'ils ont suivis; les résultats sont d'autant meilleurs que les lésions sont plus inflammatoires.

L'ulcère aigu de la vulve.

L'ulcère aigu de la vulve de Lipschutz. (J. Roederer et Sloimovici. *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1928, n° 2, p. 106.) — D'après les travaux de Lipschutz et des auteurs allemands on peut distinguer trois types de cette affection :

1. *Forme aiguë.* — Début brusque, frissons, douleurs, ulcération unique ou multiple apparaissant rapidement au niveau des petites lèvres, gagnant en profondeur et s'agrandissant progressivement en deux ou trois jours. Le fond se recouvre d'un enduit pseudo-membraneux; à ce moment les ulcérations sont très douloureuses. Bientôt la température baisse, les ulcérations se nettoient et sont cicatrisées en quinze jours.

2. *Formè subaiguë.* — Ici l'évolution dure plusieurs semaines, les ulcérations plus ou moins profondes siègent sur les grandes ou petites lèvres. Il se produit parfois plusieurs poussées.

3. *Forme miliaire.* — Dans ce type clinique s'observent des petites ulcérations grandes comme une tête d'épingle, entourées d'un halo inflammatoire et évoluant avec une grande rapidité. Un trait commun à ces trois formes est le caractère purement local des manifestations vulvaires qui ne s'accompagnent jamais de lymphangite ni d'adénopathie inguinale.

Cette maladie sévit surtout dans les pays centraux de l'Europe, elle s'observe chez les vierges. Son apparition n'est pas en rapport avec le coït. A titre exceptionnel, la même maladie pourrait atteindre l'homme.

L'examen microscopique d'un frottis fait avec le pus qui recouvre l'ulcération met en évidence la présence en grande quantité d'un bacille dénommé par Lipschutz *bacillus crassus*; ce bacille morphologiquement analogue à la bactéridie charbonneuse est à gram positif, se présentant en bâtonnets isolés ou en chaînettes. Ce bacille est un aérobie facultatif mais se cultive surtout dans les milieux anaérobies. Il est difficile d'affirmer si le bacillus crassus est le germe spécifique de l'affection. Lipschutz le soutient, mais tel n'est pas l'avis d'autres auteurs qui ont retrouvé ce germe dans beaucoup d'autres affections vulvo-vaginales ou métritiques. Mais peut-être sous l'action de facteurs inconnus le bacillus crassus subit-il une exaltation de virulence et devient-il pathogène.

La thérapeutique de l'ulcère aigu de la vulve est très simple : application de solutions antiseptiques, badigeonnage au bleu de méthylène, saupoudrage à la poudre de dermatol feront disparaître rapidement les ulcérations susceptibles toutefois d'offrir une ou plusieurs récidives.

II. SYPHILIGRAPHIE

Pathologie générale.

Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif dont le treponema pallidum n'est qu'une des phases connues. (Levaditi, Mlle Schœn et Sanchis-Bayarri. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1928, p. 475-494.) — Les auteurs rapportent une série de recherches rendant plausibles l'hypothèse déjà formulée par Schaudinn d'un cycle évolutif complexe du virus syphilitique comportant des formes granulaires presque ultramicroscopiques dont la présence dans les ganglions lymphatiques assurerait la virulence du tissu lymphoïde en l'absence de tréponèmes typiques. Pareille hypothèse permettrait d'expliquer : 1° l'infection syphilitique latente avec présence de virus dans certains tissus dépourvus de tréponèmes; 2° la possibilité de certains cas de paralysie générale ou de tabes sans spirochètes dans le névraxe et peut-être l'inefficacité fréquente des traitements spécifiques dans la parasyphilis. Les récidives survenant en dépit des meilleurs spécifiques les formes de résistance étant moins sensibles aux agents chimio-thérapeutiques que les formes végétatives spirochétiennes.

Quelques conclusions dérivées de nouvelles conceptions sur la pathologie générale de la syphilis. (P.-L. Carrera. *Actas dermo-sifil.*, fév.-mars 1928, p. 213-217.) — Conclusions logiques, mais opposées aux idées généralement admises. Relevons-y d'après l'auteur :

1° La possibilité de contamination par voie sanguine, sans chancre à l'origine;

2° L'inefficacité du Wassermann comme guide d'un traitement abortif, la généralisation de l'infection existant avant qu'il ne soit positif;

3° L'absence de tout critérium de guérison, y compris la réinfection.

G. Solente.

Syphilis nerveuses et liquide céphalo-rachidien.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Son étude pratique par les colorations vitales, son importance sémiologique. (P. Ravaut et R. Boulin. *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1927, p. 681-724.) — La supériorité incontestable de la coloration vitale à la pyronine, vert de méthyle a permis aux auteurs de poursuivre l'étude de la cytologie céphalo-rachidienne et de déceler une grande richesse morphologique jusqu'ici insoupçonnée.

On peut dégager deux grands types ou plutôt deux degrés de gravité croissante de réaction cytologique. Le premier type correspond à l'afflux de lymphocytes et de moyens mononucléaires à noyaux et à protoplasmes extrêmement polymorphes, plus ou moins panachés de polynucléaires. Le deuxième type se traduit par l'apparition de plasmazellen et de grandes cellules mononucléées. En outre, à l'étude morphologique doit s'ajouter l'appréciation de leur plus ou moins grande vitalité, ce qui permet d'apprécier l'activité du processus. Les auteurs estiment que le premier type réactionnel répond à une inflammation superficielle des méninges. Le deuxième type d'après eux traduit au contraire une inflammation profonde parenchymateuse. Il atteint son degré maximum dans la forme anatomo-clinique la plus diffuse et la plus profonde, à savoir la paralysie générale.

Cette distinction permet encore d'expliquer pourquoi ces types cellulaires réagissent d'une manière si différente à la thérapeutique. Elle trouverait une confirmation aussi dans l'existence de deux types d'albumine céphalo-rachidienne.

Pour terminer les auteurs insistent sur l'importance de la morphologie des cellules et le danger qu'il y a à baser son pronostic clinique sur la seule numération, souvent inexacte, d'une interprétation parfois trompeuse et toujours insuffisante si on la considère isolément.

La fréquence de la présence du tréponème dans le liquide cérébro-spinal des syphilitiques. (Guiseppe Arnuzzi. *Giorn. Ital. di dermat. e sifilo*, fév. 1927, fasc. 1, p. 72.) — L'auteur décrit une technique nouvelle et donne des résultats portant sur 150 échantillons du liquide céphalo-rachidien. Il a constaté huit fois, soit 5,33 p. 100 la présence de tréponèmes. Dans les cas positifs il a constaté des altérations profondes du liquide au point de vue des réactions sérologiques, colloïdales et cytologiques.

La question des syphilis neurotropes. (Lewin. *Dermat. Wochenschrift*, 8 oct. 1927, t. LXXXV, p. 1419.) — Pour l'auteur les observations cliniques soigneusement suivies sont seules capables de résoudre la question de la dualité du virus syphilitique. Sur 35 cas de syphilis nerveuse qu'il a étudiés 26 p. 100 avaient des traces de lésions gommeuses cutanéo-muqueuses. Aussi l'auteur conclut-il que l'existence d'une race de tréponème neurotrope est loin de s'imposer.

Clinique.

Les multiples étapes de la syphilis congénitale. (PÉHU. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1927, p. 1.) — Dans ce travail d'ensemble l'auteur montre que les manifestations de la syphilis congénitale surviennent suivant un rythme certain à des étapes définies. Dans la première année Péhu distingue la syphilis majeure véritable septicémie dont les symptômes se caractérisent dès la naissance : lésions cutanées, gros foie, grosse rate. Mais à côté peut s'observer la syphilis mineure que caractérise les localisations sur le squelette : l'ostéochondrite jusqu'au quatrième mois, la périostite ossifiante vers la fin de la première année. Ces délais passés on ne note plus que des lésions limitées en particulier au tibia. La mégalosplénie ne s'observe que pendant la première année. De deux à quatre ans se voit surtout les anémies et les localisations nerveuses. Après quatre ans, phase tardive de la syphilis congénitale, l'infection se caractérise par la triade d'Hutchinson, les hypertrophies hépatiques et les affections rénales et pulmonaires.

Mille cas d'hérédo-syphilis. (MORTON SMITH. *Arch. of dermat. and syphil.*, mai 1927, p. 157.) — Intéressant travail de statistique : 645 familles ont donné 470 fausses couches, 183 mort-nés, 603 morts dans la première enfance. Parmi les survivants 702 ont présenté de la kératite interstitielle. Les troubles dentaires existaient dans 389 cas, les synovites symétriques dans 110 et l'hémoglobinurie paroxystique dans 5.

Hérédo-syphilis et glandes endocrines. (SPILLMANN et CREHANGE. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Nancy, 26 janv. 1927, p. 47.) — D'après les auteurs l'expérience montre l'utilité du traitement opothérapique associé au traitement spécifique chez nombre de jeunes hérédos atteints de troubles dont on suspecte actuellement l'origine endocrinienne sans pouvoir la prouver formellement.

La recherche de tests biologiques permet d'assigner un sens à ces perturbations et de leur appliquer un traitement rationnel.

Les troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique. (NICOLAS et GATÉ. *Bruxelles méd.*, 27 mars 1927, p. 686.) — Dans ce travail d'ensemble les auteurs montrent l'importance des glandes endocrines dans l'hérédo-syphilis et décrivent les syndromes uni et pluriglandulaires de deuxième et même de troisième génération.

Cécité foudroyante chez les enfants. (MORAX et VIERBRAT. *Ann. d'occul.*, juin 1927, p. 401.) — Les auteurs attirent l'attention sur la survenue foudroyante de la cécité chez les enfants par ischémie rétinienne due à l'hérédo-syphilis.

Traitement.

Traitement précoce ou tardif de la syphilis. (POELMANN. *Münck Med. Woch.*, 25 fév. 1927, n° 8.) — L'auteur s'élève contre l'opinion de certains syphiligraphes préconisant un traitement tardif de la syphilis et prétendant qu'il ne faut pas empêcher l'organisme de s'immuniser activement contre la maladie par l'emploi de thérapeutiques abortives. Poelmann se basant sur un grand nombre d'observations soutient avec force la nécessité primordiale, au contraire, d'établir, aussitôt le diagnostic posé, une thérapeutique très énergique.

Anaphylaxie et sensibilisation au bismuth. (GOUGEROT et PEYRE. *Ann. de mal. vénér.*, juillet 1927, p. 181.) — Ces auteurs distinguent des crises nitritoïdes, des phénomènes généraux survenant dès les premières heures, l'urticaire, le prurit quelquefois une réaction locale, douloureuse et œdémateuse pouvant aller jusqu'à la réaction pseudo-phlegmoneuse, l'érythrodermie, enfin le choc buccal avec stomatite rapide. Le bismuth peut donc sensibiliser l'organisme et créer des états anaphylactiques. Généralement il s'agit de sujets poly-intolérants sensibilisés non seulement au bismuth mais aussi à l'arsenic et souvent au mercure.

Méthodes de diagnostic.

Documents relatifs aux nouvelles méthodes de diagnostic de la syphilis par floculation. (BOTKINE. *Biol. méd.*, mars 1928, n° 3, p. 120-126 et mai 1928, n° 5, p. 233-244.) — Nous signalons tout particulièrement cet intéressant travail documentaire. Dans le premier article l'auteur passe en revue les principales réactions de floculation : méthode de Meinicke, de Brück, méthode de Sachs Georgi, méthode de Kahn, méthode de Dold, méthode de Müller. Pour chacune d'elles il décrit la technique biologique. Dans un deuxième article il analyse les publications récentes parues à ce sujet à l'étranger. Nous y renvoyons le lecteur que pareil sujet intéresserait.

III. LE CHANCRE MOU

Réunion dermatologique de Strasbourg (séance du 26 mai 1928). — Le professeur PAUTRIER a organisé une journée consacrée à l'étude du chancre mou envisagé au point de vue bactériologique, humoral, chimique et thérapeutique.

1° LE STREPTOBACILLE DE DUCREY. — MM. NICOLAU (de Bucarest) et RANCIU ont tenté sur milieu liquide la culture de ce bacille. Les auteurs ont réussi avec une solution à 1 p. 100 de peptone dans le sérum physiologique additionné de sang humain défibriné. La première culture est généralement pauvre, mais le repiquage l'enrichit rapidement. Les auteurs ont essayé d'inoculer le chancre mou à l'animal. Le lapin peut être inoculé dans certaines conditions, notamment quand on met une ligature à la base de l'oreille et que l'on pratique sur celle-ci l'inoculation. On peut reproduire d'une façon exacte la lésion chancrelleuse.

M. RIVALIER a employé avec MM. TEISSIER et REILLY le sang de lapin gélosé (Bezançon, Griffon et L. Le Sourd). Après quelques passages le streptobacille se développe sur la gélose peptonée additionnée de sang humain. L'adjonction d'une macération à froid de haricots secs filtrés sur bougie accroît la richesse des cultures. Ces mêmes auteurs ont préparé un antigène soluble dénommé par eux streptobacilline et qui est constitué par une émulsion de protéine streptobacillaire débarrassée des corps microbiens.

Ce produit d'une grande valeur antigénique peut être inoculé impunément par voie intramusculaire chez un sujet normal; par voie intraveineuse des doses minimes engendrent des phénomènes de choc. En éliminant les nucléoprotéines on obtient un nouvel antigène (streptobacilline purifiée) qui se montre inoffensif chez les sujets normaux par toutes les voies d'inoculation. L'emploi de ces antigènes en éliminant l'intervention de tous phénomènes de choc d'ordre banal est le seul qui permette d'étudier le mode d'action de la vaccinothérapie spécifique.

M. DURAND insiste sur la valeur du sang de mouton pour la culture du Ducrey.

2° LES RÉACTIONS HUMORALES. — M. RIVALIER a étudié la réaction de fixation avec MM. TEISSIER et REILLY en utilisant comme antigène la streptobacilline. L'infection chancrelleuse entraîne l'apparition d'une sensibilisatrice spécifique. La réaction de fixation a été positive cinquante-trois fois sur 56 malades. La vaccinothérapie spécifique accroît le taux du pouvoir fixateur.

L'auteur a pratiqué avec MM. TEISSIER et REILLY des intradermoréactions chez les chancrelleux avec la streptobacilline.

Il existe d'un sujet à l'autre des différences considérables dans l'intensité de la réaction, c'est-à-dire dans le degré de la sensibilisation.

M. Reilly avec MM. Teissier et Rivalier a étudié les réactions générales consécutives à l'inoculation intramusculaire ou intraveineuse de streptobacilline purifiée. Ce produit inoffensif pour l'individu sain détermine chez les chancrelleux une élévation thermique accompagnée quelquefois d'un syndrome de choc. Les phénomènes généraux sont d'autant plus vifs que l'intradermo-réaction avait provoqué une réaction inflammatoire plus marquée.

MM. Nicolas et Lacassagne ont montré qu'il faut plusieurs jours d'infection avant que l'intradermo-réaction ne se montre positive. Après injection du vaccin de Nicolle la réaction ne se produit plus. La réaction est spécifique et ne se produit que chez les sujets atteints de chancrelle.

M. Nicolau a extrait des cultures deux antigènes l'un soluble, l'autre figuré. L'antigène soluble constitue un excellent matériel pour l'intredermo-réaction et également pour la réaction de fixation.

M. Hudelo confirme l'importance des intradermo-réactions comme méthode du diagnostic et comme guide de la vaccinothérapie. Cette dernière est d'autant plus favorable que l'intradermo-réaction est plus accentué.

MM. Lortat-Jacob et Legrain montrent que sous l'influence de la vaccinothérapie on voit la désensibilisation se produire vers le dixième jour mais ne persiste pas.

M. Payenneville arrive à la conclusion que la cuti-réaction est en accord avec la clinique et le laboratoire pour 82 p. 100 des malades examinés.

M. Bory a recherché si la réaction de Wassermann est toujours négative dans les chancrelles. Or elle s'est montrée très souvent faiblement positive avec des antigènes très sensibles. Il s'agit peut-être d'anciens syphilitiques.

M. Pautrier a fait des constatations analogues. A cet égard, M. Nicolas insiste sur les réserves qu'il convient de faire et conseille de répéter la réaction quand il y a discordance avec la clinique.

3° Clinique du chancre mou. — M. Dekeyser (Bruxelles) donne un aperçu général de la fréquence du chancre mou dans les divers pays. Dans l'ensemble il y a parallélisme entre les courbes du chancre mou et de la syphilis. L'infection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les marins et les troupes extra-continentales offrent des chancrelles plus fréquentes que les cas de syphilis. Au Canada, M. Archambault (Montréal) indique que le chancre mou constitue une affection relativement rare. Il en est de même au Danemark d'après M. Jersild.

Au Maroc le chancre mou est très fréquent ainsi que le rapporte M. Lespinay (de Casablanca). Il s'observe souvent chez l'indigène. On voit peu de phagédenisme.

Pour M. Petges (de Bordeaux) les cas de chancre mou sont moitié moindres que ceux de la syphilis.

M. Laurent (de Saint-Etienne) souligne le rôle de l'élément étranger dans la propagation du chancre mou. M. Payenneville constate beaucoup de chancrelles dans la région de Rouen (49 p. 100 des chancres en 1927).

MM. Pautrier, Rœderer et Mlle Ulmo signalent la rareté du chancre mou à Strasbourg. La femme est beaucoup moins atteinte que l'homme, c'est là d'ailleurs une observation générale difficile à expliquer. On ne peut constater chez la femme aucune lésion alors même qu'elle porterait des streptobacilles dans ses sécrétions vaginales.

MM. Hudelo et Rabut remarquent que le phagédénisme chancrelleux est rare, ses causes demeurent ignorées.

M. Pautrier attire l'attention sur des cas de chancrelle de forme nodulaire, mais le centre de l'ulcération est sanieux et déprimé en cupule. L'inoculation reproduit le même type induré.

M. Carle a observé des ulcérations qui deviennent rapidement phagédéniques.

M. Petges indique comme symptôme caractéristique du chancre mou un petit liseré grisaille entourant l'auréole rose inflammatoire.

4° Traitement du chancre mou. — M. Reilly montre que la vaccinothérapie chancrelleuse telle qu'elle est employée à l'heure actuelle fait intervenir un élément banal de choc qui peut déterminer la guérison. Seul, l'emploi de la streptobacilline réalise une vaccinothérapie spécifique. Les résultats obtenus chez 120 malades n'ont pas été supérieurs à ceux que procurent les autres méthodes usitées, mais l'intérêt de cette technique a été de permettre l'étude du mode d'action de la vaccinothérapie. L'observation montre en effet que la guérison n'est obtenue qu'à la faveur des réactions générales qui suivent les injections de streptobacilline. Si celles-ci font défaut aucune amélioration ne survient. La vaccination spécifique réside donc dans la provocation de phénomènes inflammatoires généraux, par l'apport de l'antigène microbien homologue chez un sujet infecté devenu sensible à l'égard de cet antigène. C'est la mise à profit d'un état passager d'intolérance protéinique qui rapidement fera place à la désensibilisation. Aussi convient-il de ne pas opposer l'une à l'autre la protéinothérapie et la vaccination spécifique.

La première utilise pour déclencher la réaction générale l'intolérance habituelle de l'organisme vis-à-vis d'une albumine introduite par voie parentérale ; la seconde se sert opportunément de l'intolérance acquise au cours de l'infection vis-à-vis de la protéine microbienne homologue. C'est par l'intermédiaire des mêmes phénomènes inflammatoires que ces deux méthodes amènent la guérison. L'avantage de la vaccination spécifique est de permettre aux médecins de proportionner la dose d'antigène injectée à l'intensité de l'état de sensibilisation du malade déterminé préalablement par l'intradermo-réaction. Par là sont évitées les réactions inutilement violentes ou insuffisantes.

MM. Nicolas et Lacassagne rapportent 95 p. 100 de guérisons par la vaccinothérapie.

M. Hudelo insiste sur les réactions fébriles qui succèdent aux injections intraveineuses d'antigène. Cette fièvre est due au choc mais on observe une fièvre secondaire le lendemain ; celle-ci est due à l'antigène. Elle est d'autant plus marquée que le malade est plus sensibilisé et ne se produit que chez les chancrelleux.

M. Petges traite localement les chancrelles par le nettoyage minutieux à l'éther puis application d'iodoforme ou d'aristol.

M. Margarot demeure fidèle aux injections de lait qui lui ont donné des résultats thérapeutiques presque constants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 4 mai 1928)

Pseudo-luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson. — M. Lamy a observé une douzaine de ces cas. Les méthodes de traitement proposées jusqu'ici (Lorenz, Putti) donnent des résultats nuls ou médiocres. Pour l'auteur, l'intervention qui paraît la meilleure est celle qu'il a expérimentée : combinaison de l'implantation fémorale et de la transplantation du moyen-fessier. Il insiste sur la nécessité, pour obtenir un bon résultat, de nettoyer complètement le moignon fémoral et la cavité cotyloïde qui sont noyés dans le tissu fibreux. De plus, il faut intervenir

aussitôt que possible après la disparition des phénomènes aigus.

A propos de la rachi-anesthésie. — M. Bressot d'après sa statistique personnelle de 618 cas, étudie les indications, les contre-indications, la technique, les incidents et accidents de ce mode d'anesthésie. L'auteur conclut que, suivant les cas, il faut être éclectique dans l'emploi des différentes méthodes d'anesthésie.

Le mégacôlon congénital. — M. Mornard fait un rapport sur une observation de M. Perrier (de Genève). Celui-ci opéra son malade en trois temps : cæcostomie; onze mois après, iléo-sigmoïdostomie; colectomie trois semaines plus tard. Guérison. Le rapporteur étudie la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'affection. Il fait remarquer que la colectomie est le seul traitement des mégacôlons; que la colectomie en un temps est aujourd'hui abandonnée, que, la meilleure méthode est l'opération en deux temps c'est-à-dire abouchement à la peau des deux bouts de l'intestin accolés en canons de fusil, et, fermeture de cet anus artificiel deux ou trois mois après.

Pathogénie et traitement des colibacilluries. — M. le Fur rappelle qu'il a depuis longtemps décrit les rapports fréquents entre les infections intestinales et les infections réno-vésicales, et les deux voies (à peu près aussi fréquentes l'une que l'autre) suivies par l'infection : voie circulatoire directe ou petit circuit intestino-vésical, et voie indirecte ou grand circuit intestino-réno-vésical. Au point de vue du traitement il emploie avec succès les bouillons-vaccins anticolibacillaires, soit en applications locales, soit (dans les cas d'infection généralisée) en injections sous-cutanées; les deux modes pouvant d'ailleurs être combinés.

Fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation de la tête en dedans et compression du paquet vasculo-nerveux. Opération. Extirpation de la tête. Résultat satisfaisant. — M. Blanc communique ce cas dans lequel les signes d'une fracture de la tête humérale s'accompagnaient de disparition du pouls radial et de paralysie radiale totale. Extirpation sanglante de la tête fracturée sur laquelle était tendu le paquet vasculo-nerveux. Guérison de la fracture et de la paralysie radiale.

Cure chirurgicale d'un cas de difformité mammaire et abdominale par obésité. — M. Mornard communique cette observation. La difformité entraînait des douleurs telles que tout travail était devenu impossible. Opération en deux temps séparés par une cure d'amaigrissement de cinq mois. Bon résultat.

Sur un cas de mal perforant plantaire s'accompagnant de névrite; guéri par l'élongation du nerf tibial postérieur. — M. Lutaud communique ce cas de mal perforant sans lésion nerveuse centrale, ni diabète, survenu à la suite d'application de radium, et ne cédant à aucun traitement. Cicatrisation de l'ulcération en trois semaines par l'élongation du nerf tibial postérieur. L'auteur préfère ce traitement à la sympathectomie péri-artérielle dans les cas d'ulcération s'accompagnant de névrite.

Ulcus duodénal perforé en péritoine libre. Opération à la dix-huitième heure. Suture : gastro-entérostomie; Mikulicz dans le bassin. Guérison. — M. Haller communique cette observation. Le diagnostic était hésitant entre appendicite et ulcus perforé. L'incision faite pour appendicite fut prolongée « en baïonnette » de bas en haut.

Sténoses fibro-cicatricielles non traumatiques de l'œsophage. — M. Guisez étudie ces sténoses qui se produisent au niveau des deux régions normalement plus étroites de l'œsophage; extrémité supérieure et extrémité inférieure (canal cardiaque). Ces régions sont susceptibles de se rétrécir sous des influences purement inflammatoires et cette sténose peut devenir véritablement cicatricielle amenant à la longue l'obstruction complète du conduit. C'est une affection grave; sur 150 cas observés par l'auteur, 10 avaient été gastrostomisés pour inanition complète. Diagnostic par l'œsophagoscopie de ces sténoses qui souvent, chez les gens âgés, sont prises pour du cancer. Le traitement est le même que celui des rétrécissements cicatriciels traumatiques : dilatation par bougies et électrolyse circulaire qui ramènent progressivement l'alimentation normale.

Ulcère duodénal. Coïncidence de deux grandes complications aiguës : hémorragie profuse et perforation en péritoine libre. — M. Pauchet communique le cas d'un homme de dix-huit ans qui, saigné à blanc par une hémorragie profuse et soigné par les moyens médicaux (en particulier transfusions de sang) parce que trop faible, fait brusquement une perforation large du duodénum. Opération d'urgence. Mort.

NOTES POUR L'INTERNAT

MASTOÏDITES AIGUES

SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC [1]

B. Symptômes de localisation. — Ils ne sont guère précis pour l'abcès cérébral, ils sont plus fréquents pour l'abcès cérébelleux.

Il faut cependant noter : l'aphasie en cas d'abcès cérébral du côté gauche, l'hémianopsie dans les abcès occipitaux.

Les abcès cérébelleux empruntent parfois au syndrome cérébelleux classique quelques signes spéciaux, et en particulier le vertige et la déséquilibration.

Evolution. — 1. *Opérés*, ces abcès peuvent *guérir*, mais il faut craindre la formation d'autres abcès, d'infection méningo-encéphalique. Le pronostic est ici cependant beaucoup moins grave que dans la méningite purulente.

2. *Abandonnés* à eux-mêmes, ils sont fatalement mortels.

DIAGNOSTIC

1. **Positif.** — Au cours d'une otite aiguë, il faut systématiquement surveiller la mastoïde. Il ne faut ni trépaner toute apophyse douloureuse, ni attendre l'existence d'un abcès mastoïdien. Après s'être assuré qu'il n'y a pas de rétention dans la caisse, on portera le diagnostic de mastoïdite si la douleur spontanée et provoquée et la fièvre persistent ou augmentent.

La *sanction opératoire* doit suivre *immédiatement* le diagnostic.

2. **Différentiel.** — *A.* **On éliminera facilement :**

1. *La lymphangite rétro-auriculaire* qui accompagne le plus souvent une otite externe.

2. *L'hystérie mastoïdienne*, au cours d'une otite, qui pourrait simuler une mastoïdite sans extériorisation. Mais, ici, la douleur est diffuse, d'emblée maxima; elle est provoquée aussi bien par le pincement que par la pression.

B. **Plus délicat** peut être le diagnostic avec :

1. Le furoncle du conduit auditif, mais ici la douleur spontanée, très vive, est accrue par la mastication. La douleur provoquée est surtout réveillée par la *traction sur le pavillon*, la pression pré et sous-auriculaire et *non pas rétro-auriculaire*. L'audition est intacte ou peu diminuée, et l'otoscopie montre l'existence du furoncle, le tympan intact, le valsava ne décelant pas de perforation.

Le diagnostic est délicat, s'il se complique de lymphangite rétro-auriculaire, d'autant plus qu'il peut y avoir association de furoncle et de mastoïdite.

2. L'adénite rétro-auriculaire se distingue par les caractères suivants : le gonflement ne fait pas corps avec l'os, la base de la mastoïde est insensible à la pression, le sillon rétro-auriculaire est respecté, l'otoscopie ne montre rien d'anormal. En cas de doute, l'incision montre que l'os est intact.

3. La périostite mastoïdienne peut être :

a. *Précoce*, c'est une simple périostite congestive cédant à la paracentèse et aux pansements humides : *diagnostic aisé*.

b. *Tardive*, elle est *exceptionnelle*. Elle débute après guérison de la suppuration de la caisse, et pour les auteurs modernes se résume à *l'abcès temporal sous-périosté de Luc*. Il y a gonflement sus-auriculaire, douleur légère et guérison après simple incision de la paroi postérieure du conduit.

4. Enfin, les *adéno-phlegmons sterno-mastoïdiens supérieurs* seront facilement différenciés de l'abcès de Bezold par l'insensibilité de la mastoïde à la pression.

5. La mastoïdite est-elle aiguë ou chronique? — On se basera sur les antécédents, l'otoscopie, l'examen du pus pour porter ce diagnostic généralement facile.

6. Diagnostic de l'étendue des lésions et des complications. — Il ne peut se faire que par *échelons successifs*. Il nécessite autant d'attention que de prudence, car il entraîne des sanctions opératoires.

Si on soupçonne une complication, on met à nu le sinus latéral et la dure-mère cérébrale pour découvrir tout abcès extradural possible.

Deux éventualités sont possibles :

1° Les phénomènes cérébraux cessent;
2° Ils augmentent.

Schématiquement, le diagnostic hésite entre :

1. *Les méningites* : PONCTION LOMBAIRE.
2. *La phlébite des sinus* : HÉMOCULTURE.
3. *Les abcès cérébraux* : STASE PAPILLAIRE.

Pratiquement, ce n'est pas aussi simple, car on peut voir, par exemple, de la stase dans les méningites ou les phlébites, etc.

En tous cas, si le diagnostic précis est souvent impossible, il ne faut pas s'arrêter en face de cette hésitation. IL FAUT TOUJOURS OPÉRER, LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR LA TABLE D'OPÉRATION.

Diagnostic et interventions précoces sont le *point capital de la question.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 58, p. 1039; n° 60, p. 1070, et n° 62, p. 1106.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — SAMEDI 11 AOUT 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 11 AOUT 1928. — N° 65.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Une Commission chargée d'examiner les moyens d'atténuer la charge qui résulte pour les établissements hospitaliers de Paris du traitement des malades de la banlieue parisienne, des départements et de l'étranger, est instituée au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Cette Commission sera composée comme il suit :

MM. le docteur Gustave Dron, sénateur du Nord, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique; Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre; Morizet, sénateur de la Seine; Nogaro, député des Hautes-Pyrénées, ancien ministre, président de la Commission de préparation des traités internationaux; Henri Sellier, président du Conseil général de la Seine; Rebeillard, président de la Commission d'assistance au Conseil général de la Seine; Lesesne, conseiller général de la Seine, rapporteur de l'assistance médicale gratuite; Ambroise Rendu, doyen du Conseil municipal de Paris, président de la Commission de l'Assistance publique du Conseil municipal de Paris; Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère du Travail; Labussière, conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur; Cornu, directeur du contrôle, de la comptabilité et des affaires algériennes au ministère de l'Intérieur; le docteur Mourier, directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris; Haguenin, inspecteur des finances, chargé de la direction du contrôle des administrations financières au ministère des Finances; Imbert, chef du service central de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'Intérieur; le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur; le docteur Bire, inspecteur de l'Assistance publique du département de la Seine; de Mouy, chef de bureau au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales; Cambier, chef du bureau de l'assistance médicale à la Préfecture de la Seine; Quellet, chef du service des hôpitaux et hospices à la direction générale de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris.

M. le docteur Gustave Dron remplira les fonctions de président.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de la médaille d'or (chirurgie).* — Juges titulaires : MM. Duvergey, Rabère, Rocher, Péry, Lefèvre, Massé, Brindel; suppléants : MM. Charbonnel, Loubat, Andérodias, Blanchot, Portmann.

Concours de radiologiste des hôpitaux. — Juges titulaires : MM. Roques, Verger (Léon), Debédat, Parcelier, Bousquet; suppléants : MM. Réchou, Nancel-Pénard, Guyot, J. Carles.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Paul Vigne est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique dermatologique à l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. le docteur Paul Blum, relevé de sa délégation dans cet emploi.

M. Arnoux, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de chimie à l'Ecole de médecine de Marseille.

M. le professeur Moitessier a été élu au Conseil académique.

— Un concours pour une place de chef des travaux de physique générale et biologique aura lieu à l'Ecole de médecine de Marseille le 22 octobre 1928.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Dreyfus, président de la Fédération nationale des délégués cantonaux de France; Salva (de Grenoble).

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Jacoulet (de Vierzon).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Roullé (de Graye-sur-Mer) et Vallat (de Paris).

MÉDAILLE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Lorber (de Faulx).
Médaille d'argent. — M. le docteur Delmas (de Montpellier).
Médaille de bronze. — MM. les docteurs Gaud et Perrin (de La Palisse).

COMITÉ POUR HONORER LA MÉMOIRE DU DOCTEUR CABANÈS. — Le Comité, constitué à Paris dans le but d'honorer la mémoire du docteur Cabanès, a résolu d'ouvrir une souscription dont le produit sera destiné à faire sceller sur la pierre tombale du regretté médecin historien son médaillon. Il a décidé d'étudier, en outre, tout autre projet réalisable permettant à ses amis de perpétuer son souvenir.
L'exécution du médaillon sera confié à M. Seysses, le distingué statuaire, membre du jury du Salon, ami de Cabanès.
Le Comité fait un pressant appel aux amis, aux lecteurs de Cabanès et à tous ceux qui ont pu apprécier son œuvre pour contribuer dans la plus large mesure au succès de la souscription. Il les prie de bien vouloir adresser leurs cotisations au trésorier M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe). Compte de chèques postaux : Paris 9610. Si les circonstances le permettent, une réduction du médaillon sera attribuée à tout souscripteur de 100 fr. et plus.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 20e décade (11-20 juillet 1928), 1.000 décès, au lieu de 915 pendant la décade précédente, et au lieu de 993, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.
La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 10 pendant la décade précédente (moyenne 10). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 102, au lieu de 140 pendant la décade précédente (moyenne 88).
La scarlatine a causé 5 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 121; il s'élevait à 148 pendant la décade précédente (moyenne 73).
La diphtérie a causé 14 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 72, au lieu de 92 (moyenne 64).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. le docteur P. Winter, chef de clinique; Moatti et Rossert, internes des hôpitaux de Paris, commencera le lundi 10 septembre 1928, à 2 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.
Droit d'inscription : 350 fr.
Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — NOUVEL EXPRESS DE NUIT CLERMONT-FERRAND-PARIS. — A partir du 16 août, un nouvel express de nuit, avec voitures de toutes classes et places de couchettes, est mis en marche de Clermont-Ferrand sur Paris.
Départ de Clermont-Ferrand, 23 h. 15; de Riom, 23 h. 29; arrivée à Paris, 6 h. 25.

— L'ÉTÉ SUR LA CÔTE D'AZUR. — Pour aller sur la Côte d'Azur ou en revenir, les rapides 15 et 16 permettent aux voyageurs de partir à une heure commode de la soirée et d'arriver à destination pour déjeuner. Ces trains rapides comportent des places de lits-salons avec draps, de lits-salons ordinaires, de couchettes de 1re et 2e classes. De plus, un wagon-restaurant y circule entre Paris et Lyon et entre Marseille et Vintimille.
Train 15 : départ de Paris à 17 h. 10; arrivée à Marseille, 6 h. 10; à Saint-Raphaël, 9 h. 38; à Cannes, 10 h. 09; à Nice, 10 h. 55; à Menton, 12 h. 10.
Train 16 : départ de Menton à 17 h. 21; de Nice, 18 h. 40; de Cannes, 19 h. 25; de Saint-Raphaël, 19 h. 57; de Marseille, 23 h. 15; arrivée à Paris, 12 h. 10.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de physiologie (1), par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne.

On trouvera dans la septième édition de cet ouvrage classique d'importantes additions, mais l'auteur n'y a accueilli que des acquisitions stables et définitives. Le fonds de l'ouvrage est resté le même : c'est un livre d'éducation qui a pour objet de développer chez ses lecteurs l'esprit expérimental, de leur imposer le besoin de clarté, de précision et d'ordre. C'est un livre d'enseignement qui contient l'exposé des faits biologiques, considérés en eux-mêmes et dans leurs rapports dont la connaissance est nécessaire pour aborder l'étude de l'hygiène, de la pathologie, de la thérapeutique.
Ce précis comprend en réalité deux ouvrages : un premier Traité de physiologie imprimé en grand texte, contenant les notions les plus élémentaires, et un second Traité de physiologie comprenant l'ensemble de l'ouvrage, et représentant le second degré de l'enseignement physiologique. L. G.

Les mauvaises habitudes chez les enfants (2), par le professeur CRUCHET (de Bordeaux). [Bibliothèque de Pathologie infantile publiée sous la direction des professeurs Nobécourt et Cruchet].

Ce volume, écrit spécialement pour le praticien, est le premier d'une collection visant à mettre à la portée de tous des questions encore mal connues, malgré leur banalité.
Les mauvaises habitudes, ce sont les attitudes vicieuses, les tics, les défauts de prononciation et le bégaiement, les petites manières d'enfance, et surtout l'onanisme, étude délicate et parfaitement mise au point.
L'auteur, dont la compétence sur ces divers sujets est indiscutée, montre, après la description de ces différentes mauvaises habitudes, quelles sont leurs causes, et indique, en dernier lieu, leur traitement.
Il insiste tout particulièrement sur la thérapeutique, jusqu'ici trop négligée; et prenant à parti en des termes nets et suggestifs la méthode de Freud, prouve par des exemples du bon sens le plus élémentaire qu'elle est inapplicable dans le redressement des mauvaises habitudes, et notamment de l'onanisme, dont elle ne peut que provoquer l'aggravation.
L. G.

(1) 7e édition. Un volume de 1.152 pages avec 287 figures en noir et en couleurs. (Collection de Précis médicaux). — Prix : broché, 60 fr.; cartonné toile, 70 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un volume de 128 pages in-8 couronne. — Prix : 12 fr. — Paris « Expansion scientifique française ».

REVUE GÉNÉRALE

L'IMPORTANCE DES RÉACTIONS COLLOIDALES
DANS LA SÉROLOGIE DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE
DÉVIATION DU COMPLÉMENT ET RÉACTIONS DE VERNES

Par A. BRETON,
Moniteur de clinique médicale,
Préparateur à l'Institut Pasteur de Lille.

Il n'est pas aisé, dans l'état actuel de nos connaissances, de donner une définition précise d'un colloïde. On ne considère plus aujourd'hui, comme on l'avait fait autrefois à la suite des travaux de Salmi et de Graham deux sortes de corps nettement différents dans la nature : les cristalloïdes et les colloïdes. Les premiers étant diffusibles et dialysables, les seconds non diffusibles et non dialysables. Les cristalloïdes, disait-on encore, donnent des solutions vraies, homogènes, où aucune discontinuité ne peut être perçue entre le solvant et le corps dissous; les colloïdes ne donnent que des pseudo-solutions hétérogènes où les corps dissous se distinguent au microscope sous forme de particules nageant dans le solvant au même titre que dans une suspension aqueuse se voient à l'œil nu les corps en poussière fine que l'on agite avec de l'eau.

Il est bien établi aujourd'hui que tous les intermédiaires existent entre les suspensions grossières et les solutions vraies. Leur nature est la même; il s'agit toujours de particules flottant dans un solvant. Seules les dimensions de ces particules varient : dans le cas de solutions vraies leur désintégration a été jusqu'à la molécule; elle s'est arrêtée à un complexe visible à l'ultra-microscopique, la micelle, dans le cas des solutions colloïdales. Suspensions colloïdales et solutions vraies ne diffèrent que par la taille des particules constituantes.

Cela est si vrai que certains corps, suivant les conditions du milieu, se présentent tantôt comme des cristalloïdes, tantôt comme des colloïdes, et que l'on peut fabriquer des colloïdes artificiels en modifiant convenablement ces conditions de milieu.

On doit donc logiquement envisager non pas des colloïdes ou des cristalloïdes, mais l'état colloïdal ou l'état cristallin des corps. Certains de ceux-ci cependant prennent toujours dans un solvant l'état colloïdal; ainsi se comportent les matières protéiques. Or, plus de 60 p. 100 de l'ensemble des matières organiques du corps humain est composé de protéines et par la suite se présente à l'état colloïdal.

On voit quel intérêt puissant pour le physiologiste s'attache à l'étude de cet état spécial de la matière; on peut dire aussi que toutes les réactions humorales qu'étudie le biologiste, l'agglutination, les précipitations, et plus particulièrement les fixations d'alexine, les floculations, se passent entre des suspensions colloïdales : le sérum humain, l'alexine, les antigènes.

Pour avoir une idée du mécanisme de ces réactions l'étude préalable de l'état colloïdal est donc chose indispensable. Ce serait cependant dépasser de beaucoup les limites de notre sujet que d'exposer ici les travaux fort nombreux qui ont été entrepris pour jeter quelques clartés sur cette question encore obscurcie par bien des inconnues. Nous ne retiendrons de l'étude de l'état colloïdal que certains points paraissant aujourd'hui établis : ceux auxquels nous serons amenés à faire allusion dans le cours de notre travail.

L'ÉTAT COLLOIDAL

Dans presque toutes les solutions colloïdales l'ultra-microscope permet de constater la présence de particules animées d'un mouvement continuel parfaitement irrégulier dit *mouvement brownien*, qui les précipite les uns sur les autres et les fait rebondir pour s'entre-choquer à nouveau. La dimension de ces éléments est en général de l'ordre de 3 à 250μμ, on a proposé de les appeler alors *submicrons*. Certaines suspensions colloïdales sont composées d'éléments plus gros, visibles au microscope ordinaire; d'autres, d'éléments beaucoup plus petits que l'ultra-microscope ne peut même plus mettre en évidence et que l'on nomme *amicrons*.

Ce sont des amicrons et des submicrons que le biologiste retrouve dans la plupart des colloïdes naturels qu'il étudie.

La présence de particules suspendues dans les solutions colloïdales se traduit par le phénomène de Tyndall que l'on observe chez elles : un faisceau de lumière intense qui traverse une semblable solution laisse apercevoir une trace visible de son passage comme l'est celle d'un rayon de soleil éclairant dans une chambre obscure les poussières en suspensions dans l'air. Ce phénomène a été utilisé dans la construction d'un certain nombre de photomètres dont nous serons amenés à parler au cours de cette étude.

Les particules en suspension des solutions colloïdales sont le plus souvent transportées par le courant électrique à l'un ou à l'autre des pôles; elles possèdent donc une charge électrique. On appelle *colloïdes anodiques* ceux dont les particules chargés négativement vont à l'anode, *colloïdes cathodiques* ceux dont les particules chargées positivement vont à la cathode. Cependant certains colloïdes naturels que l'on dit *amphotères* peuvent engendrer une suspension négative ou positive suivant les conditions expérimentales : ainsi l'albumine forme une suspension positive en présence d'acide et une suspension négative en présence d'alcali.

La charge électrique des particules colloïdales explique le mouvement brownien. Toutes ces particules portent, dans une suspension donnée, une charge de même nom et de ce fait elles se repoussent constamment. On comprend que si pour une raison quelconque la charge électrique des particules vient à être annulée, l'action de répulsion n'aura plus lieu; le mouvement brownien cessera et les particules auront tendance à s'agglomérer. C'est ce qui se produit par exemple lorsqu'à une solution de colloïdes artificiels on ajoute une petite quantité de sel. On assiste dans ces conditions à la précipitation sous

forme de flocons des particules que la dissociation électrolytique du sel ajouté a amenées à la neutralisation. On appelle *point iso-électrique* de la solution colloïdale la concentration en ions H pour laquelle ces particules ou micelles sont neutres électriquement et où la coagulation se fait. On conçoit que par une addition progressive croissante d'une substance alcaline à une solution colloïdale acide on puisse arriver d'abord au point iso-électrique et à la floculation puis dépasser ce point rendre ce colloïde alcalin et le voir alors se remettre en solution.

Ce que nous venons de dire des colloïdes artificiels est également vrai pour les colloïdes naturels : l'addition d'un sel les précipite au point iso-électrique ou dans son voisinage mais cette précipitation n'a lieu qu'en présence d'une plus grande quantité d'électrolytes.

Les sels ne sont pas seuls capables de faire floculer les colloïdes. Deux colloïdes artificiels de signes contraires mis en présence annulent leurs charges électriques et de ce fait prépitent.

Il en est de même pour les colloïdes naturels, mais ici le phénomène est plus complexe et le facteur charge électrique n'intervient pas seul. Il y a pour chaque cas un optimum de précipitation répondant à des limites définies de concentration au delà desquelles la floculation cesse de se produire : c'est *le phénomène de zone.*

Quant à un colloïde artificiel, on ajoute certains colloïdes naturels, on observe non seulement qu'il n'y a pas floculation mais que la précipitation ne se produit pas même en présence d'un électrolyte qui l'aurait certainement provoquée si l'adjonction d'un colloïde naturel dit *protecteur* n'avait pas eu lieu.

Enfin abandonné à lui-même, un colloïde naturel ou artificiel, peut se comporter de différentes manières. Il peut rester stable indéfiniment, ou au contraire évoluer spontanément vers la floculation par mûrissement c'est-à-dire par agglutination et grossissement progressif des micelles.

Nous en avons assez dit pour montrer toute la complexité des réactions qui se produisent entre colloïdes, et entre colloïdes et électrolytes expérimentalement mis en contact. *Ces réactions se passent également dans les humeurs et les tissus d'un être vivant.*

Dans un organisme sain et au repos, les colloïdes se trouvent dans un état d'équilibre plus ou moins stable que troublent seuls surtout pour le sang les légères fluctuations que provoquent les besoins de la nutrition cellulaire. Mais que survienne un incident pathologique, que des éléments étrangers, causes d'infection, s'introduisent, au sein des tissus et s'y développent, l'équilibre colloïdal de l'organisme est considérablement modifié.

Ainsi s'explique pourquoi le sérum d'un malade se comporte, vis-à-vis des colloïdes et des électrolytes avec lesquels on le met en contact au cours des réactions d'immunologie, si différemment du sérum d'un individu normal. Dans l'interprétation des réactions qui font l'objet de cette étude, tous les principes que nous venons d'exposer entrent en jeu. Qu'il s'agisse de la réaction de fixation ou de la floculation de Vernes un colloïde, l'antigène, est mis en présence du sérum du malade, et ce sérum est lui-même un complexe de colloïdes. Un précipité se forme si les proportions de ces colloïdes sont convenablement choisies (phénomène de zone), ainsi que la concentration des solutions qui leur servent de véhicule, le pH, le temps de contact.

Nous n'insisterons pas plus longuement ici sur ces considérations qui trouveront leur application au cours des chapitres qui vont suivre.

LA DÉVIATION DU COMPLÉMENT

Il nous semble inutile de reprendre dans leurs détails les expériences qui amenèrent Bordet et Gengou à démontrer la présence de l'alexine dans un sérum et comment la rencontre d'un antigène avec un anticorps qui lui correspond, provoque la fixation de cette alexine sur l'antigène, ce qui empêche, dans un deuxième temps de la réaction, cette alexine de provoquer l'hémolyse de globules rouges sensibilisés. Les applications courantes de ce principe biologique au diagnostic ou à l'étude étiologique des maladies en ont assez montré, à notre sens, le bien-fondé et la portée générale.

Notre intention est d'insister sur la nature colloïdale de cette réaction, de montrer l'évolution des idées originelles que l'on avait pu concevoir à son sujet avant que Levaditi et Marie aient découvert qu'un antigène en syphilis pouvait ne pas être obligatoirement un extrait spirillaire. Surtout nous désirons mettre en valeur le fait que la déviation du complément rentre dans le cadre des réactions de floculation, que les différences observées entre elles et l'agglutination, la précipitation, relèvent uniquement des méthodes utilisées pour mettre en évidence le complexe colloïdal anticorps-antigène.

Il y a en un mot entre ces diverses réactions plus que des relations de voisinage mais des degrés de parenté.

A la base en effet de la déviation du complément, il y a trois éléments indispensables : l'alexine, l'anticorps, l'antigène. Chacun d'eux est un colloïde et l'étude que nous en ferons montre que la réaction qu'ils engendrent est forcément de nature colloïdale.

Alexine. — L'alexine se présente comme une substance contenue dans tous les sérums frais et dépourvue de spécificité.

Détruite par agitation, par vieillissement, par l'addition d'acides lorsque la concentration en ions H dépasse le point iso-électrique, par chauffage à 56 degrés avec chute de la tension superficielle due vraisemblablement à une agrégation des colloïdes du sérum, elle apparaît comme se trouvant dans les liquides à un état d'équilibre assez instable et manifestant une tendance assez prononcée à se condenser sur des matériaux appropriés. *C'est le type le plus parfait d'un colloïde hydrophile de nature protéique.*

Mise en présence d'un complexe anticorps-antigène, selon la conception de Bordet, l'alexine est entièrement absorbée par l'antigène au point de disparaître complètement du liquide ambiant à condition bien entendu que celui-ci n'en contienne pas

une dose exagérée. Cette notion oblige à doser chaque élément de la réaction puisqu'elle ne se trouve possible, que lorsque les constituants se trouvent réunis suivant certaines proportions.

Lorsque l'on aura constaté la fixation de l'alexine sur un antigène, l'on aura par là même démontré qu'il y a eu union spécifique d'un antigène et d'un anticorps car cette alexine ne peut s'unir qu'avec un antigène spécifiquement sensibilisé.

Anticorps. — « Pour qu'un principe actif soit un anticorps, il est nécessaire qu'il soit le produit d'une réaction spécifique de l'organisme vis-à-vis d'un antigène injecté ou s'il existe dans le sérum normal, qu'il présente avec les anticorps engendrés par l'immunisation des analogies évidentes. Il faut en outre que le complexe issu de la réaction anticorps-antigène soit avide d'alexine » Bordet.

Ces anticorps présentent les caractères remarquables d'être de grande stabilité et d'être strictement spécifiques (sauf quelques réactions de groupe).

Mais si l'on veut bien réfléchir à la possibilité de créer pour ainsi dire à l'infini des anticorps spécifiques, il est difficile de concevoir chacun d'eux de composition chimique distincte car la complexité de constitution d'un tel sérum serait véritablement inadmissible. Sans reprendre les opinions de Bordet et de Landsteiner, et, tout en admettant son caractère hypothétique, est-il possible de se rallier à l'idée exprimée par Bordet dans son Traité de l'immunité : qu'un seul et même anticorps peut se trouver dans le sérum à des états physiques différents, dans des conditions de divisions colloïdales poussées plus ou moins loin, à divers degrés intermédiaires entre la suspension et la solution parfaite, et manifester des affinités de contact en rapport précisément avec les particularités de certains états physiques. Ainsi tout ce qui serait capable de jouer le rôle d'un anticorps, que ce fussent des sensibilisatrices, des coagglutines, des agglutinines, des précipitines ou des antitoxines, serait de constitution chimique bien proche, mais ne se trouverait pas toujours sous le même état physique.

Or tout concourt à faire admettre l'identité des sensibilisatrices avec les précipitines et les agglutinines. Tout plaide en faveur de l'unité des anticorps. Zinsser montre que lorsque l'on dit agglutinine ou précipitine, on exprime par là l'action d'un anticorps sur un antigène plus ou moins dispersé selon les cas. Richard Weil établit l'identité des précipitines et des anticorps sensibilisants anaphylactiques. Went estime que l'évolution parallèle des courbes des agglutinines et des opsonines constitue un argument en faveur de leur identité. Depuis les travaux de Ramon on tend à assimiler les antitoxines aux précipitines. Gay et Moreschi reconnaissent dans le précipité formé dans la réaction de précipitation la présence de sensibilisatrices. Les exemples pourraient être multipliés. Les anticorps se comportent donc comme des colloïdes dont les structures moléculaires ne sont pas très distinctes les unes des autres. Les complexes colloïdaux qu'ils engendrent avec l'alexine et l'antigène tiennent un peu à la chimie, mais surtout traduisent des modifications physiques apparemment différentes selon les cas, mais obéissant toujours aux lois qui régissent l'état colloïdal.

Antigène. — Depuis que l'on sait qu'un antigène n'est pas forcément un extrait microbien, on est forcé d'admettre que la propriété antigénique d'un corps dépend moins de sa constitution chimique que de son état physique, ou pour mieux nous exprimer, de son état colloïdal. L'antigène idéal est recherché parmi les colloïdes albuminoïdes qui n'ont aucun pouvoir anticomplémentaire tout en manifestant en présence d'un anticorps donné une affinité remarquable pour l'alexine. L'avidité de l'antigène pour l'alexine est fonction de l'intensité de la sensibilisation de cet anticorps. Ce qui explique qu'entre certaines limites les quantités de sensibilisatrices mises en jeu et les doses corrélatives d'alexine exigées pour la réaction sont inversement proportionnelles.

La réaction. — La déviation du complément est donc la résultante de l'action mutuelle de certains colloïdes entre eux, conséquence d'un phénomène d'adsorption, d'agrégation des particules des colloïdes anticorps-antigène. Si l'on admet que beaucoup des complexes colloïdaux créés par l'affinité d'adsorption sont floculables, que la rencontre de deux colloïdes aboutit souvent à la formation de petits agrégats, il est rationnel d'admettre que la déviation du complément ne fait nulle exception à la loi commune et qu'elle se trouve être une floculation.

L'idée nouvelle d'interpréter le premier temps du Bordet-Wassermann par exemple comme une floculation et de considérer tout l'ensemble de cette réaction comme la mise en évidence d'une floculation qui ne se voit pas macroscopiquement, par un phénomène de dispersion moléculaire, d'hémolyse, commence seulement à voir le jour. D'après Kolmer, le mécanisme fondamental de la fixation du complément dans la syphilis est identique à celui des réactions de floculation colloïdale macroscopique et selon toute vraisemblance la substance qui se comporte comme un anticorps dans la réaction de Bordet-Wassermann est la même qui provoque les diverses réactions de floculation. Kopaczewski et Mlle Seguin ont de plus montré qu'une réaction positive de Bordet-Wassermann s'accompagnait d'une augmentation de la tension superficielle et d'une diminution légère de la viscosité sérique, argument en faveur de la théorie d'après laquelle la base du phénomène Bordet-Wassermann serait une précipitation micellaire.

C'est ainsi qu'il faut considérer bien des réactions colloïdales comme étant placées à diverses hauteurs sur les degrés d'une même échelle.

Tout en bas, la précipitation avec ses gros agrégats qui ne peuvent rester en suspension ; au-dessus l'agglutination ou un antigène a été rendu coagglutinable par les électrolytes du mélange, mais où les agrégats sont moins importants, moins denses. Plus haut enfin, la floculation que l'on peut mettre en évidence par des artifices comme dans le Bordet-Wassermann ou que l'on peut examiner directement, à

l'œil nu dans certains cas, ou mieux encore à l'aide d'un photomètre comme dans la réaction de Vernes.

Une phrase de Gideon Wells, dans la traduction de Boez, mérite d'être rapportée : « La précipitation répond à la dernière phase d'un phénomène dont le degré initial peut être mis en évidence par la fixation du complément. »

La réaction de fixation type Bordet-Gengou ou celles qui comportaient l'appréciation directe de la valeur du floculat seront donc les procédés les plus sensibles qui sont à notre disposition pour sonder l'équilibre colloïdal d'un sérum pathologique.

Cette théorie nouvelle s'est trouvée en contradiction *avec les données cliniques* où l'on voyait qu'au cours d'une immunisation, les sensibilisatrices apparaissaient les premières : les précipitines et les anaphylactines ne venant qu'ultérieurement; *avec les données* de laboratoire qui montraient l'impossibilité dans certains cas d'appliquer à un même sérum à la fois une recherche de fixation de complément et d'agglutination : d'où le dogme que l'on en avait déduit, de l'existence de différentes catégories d'anticorps; chacune de ces catégories étant mise en lumière par une méthode distincte; *avec les principes de physique* qui considèrent, en distinguant les réactions d'agglutination ou de précipitation des phénomènes de cytolyse ou hémolyse suivant, qu'il s'agit d'une réduction de la dispersion des colloïdes ou d'une augmentation.

1° Tout en reconnaissant que bien des points obscurs subsistent, les « réactions de zone et l'importante question des proportions » expliquent comment les conditions les plus favorables à la manifestation d'une réaction sont généralement défavorables à une autre. Dean en particulier fait remarquer que lorsque l'antigène et l'anticorps sont mélangés de façon à produire une précipitation, il y a peu de chances pour que l'on obtienne avec les mêmes éléments et un couple hémolytique une déviation nette. Il semble qu'il existe un rapport direct entre la surface des particules du précipité et la quantité du complément fixé. Expérimentalement, en variant les proportions d'un antigène et d'un antisérum correspondant, on peut obtenir des mélanges présentant une précipitation sans fixation du complément ou une fixation du complément sans précipitation visible.

2° Il importe encore de connaître les qualités et les quantités de chacun des éléments de la réaction puisque cette dernière repose sur la donnée pratique qu'un excès d'antigène ou d'anticorps peut l'inhiber (Calmette-Massol). Un précipité peut se redissoudre par excès d'antigène. Le phénomène de Neisser-Wechsberg où l'alexine semble avoir perdu toute activité lorsqu'il y a excès d'anticorps, est à ranger dans le cadre de ces études.

Peut-être devons-nous comprendre ainsi la négativité de certaines réactions de déviation à la période ultime de certaines maladies.

3° Enfin l'accord semble s'être réalisé au sujet de l'interprétation de la valeur pathologique des floculats mis en évidence par la déviation du complément.

Des auteurs comme Vernes ont considéré l'augmentation du pouvoir floculant d'un sérum comme étant lié aux degrés de l'infection. Ceci n'est pas surprenant puisqu'il a été démontré pour la syphilis que la fixation de l'alexine n'est pas forcément déterminée par l'union d'un anticorps sensibilisateur à un antigène spécifique et ne trahit pas un effort d'immunisation; la déviation n'apparaît plus être l'expression d'une défense, mais d'une lésion. L'anticorps n'est plus qu'un témoin de l'infection (Calmette).

Ainsi des procédés de recherches comme la réaction de fixation du complément, tout autant que la réaction d'Abderhalden, les précipito et agglutinodiagnostics, étudient le trouble de l'état colloïdal d'un sérum. La mesure de la tension superficielle et la méiostagmine réaction tentent également de déceler les inter-réactions colloïdales. Mais la spécificité de l'anticorps prouvée par les travaux des bactériologistes a fait accorder jusqu'à ces dernières années une plus grande faveur à cette déviation dont l'application pratique facilitée par des améliorations successives permet de mettre en évidence certains floculats pathologiques. Il est intéressant d'opposer à ce type de réaction colloïdale d'autres procédés, basés sur l'appréciation directe des floculats comme ceux tentés et réalisés par Jacobstal, Sachs et Georgi, Vernes.

Nous ne nous occuperons ici que du dernier en date, de celui de Vernes.

LES RÉACTIONS DE VERNES

Les réactions de Vernes ont pour but l'appréciation directe, à l'aide d'un photomètre, de la floculation qui se produit lorsqu'on provoque la rencontre d'un sérum pathologique avec un colloïde ou un électrolyte déterminé.

M. A. Vernes, dès le début de ses recherches, s'attacha à démontrer que dans le sérum des malades les sensibilisatrices étaient en quantités proportionnelles au degré et à l'activité de l'infection. Il chercha à en apprécier la valeur. Dans ce but, et pour la syphilis qui fit l'objet de ses premières etudes, il mit sur pied, en 1909, une réaction — type Bordet-Wassermann — où l'hémolyse finale se lisait suivant une échelle colorimétrique graduée selon huit teintes. Mais cette échelle d'appréciation lui apparut comme insuffisante; et il fut amené à abandonner la déviation du complément pour lui substituer un nouveau procédé.

Seul ou avec ses collaborateurs, il nota tout d'abord que tout sérum humain, mis en présence de solutions colloïdales minérales ou organiques, donnait naissance selon un rythme périodique, à des précipités qui se dissolvaient puis réapparaissaient lorsque l'un des éléments du mélange variait continuellement dans un même sens. Puis il constata, par l'étude comparée des courbes de ces précipités obtenues dans des conditions analogues de techniques, qu'il existait des différences dans l'importance des floculats et dans le moment de leur apparition selon que le sérum provenait d'un sujet normal ou malade, syphilitique en l'occurence. Il en conclut qu'en choisissant un antigène approprié, dans cer-

taines conditions de technique rigoureusement déterminées (taux de dilution, temps de contact des colloïdes), il était possible d'obtenir une floculation élective, maxima pour le sérum pathologique et minima avec tout autre; d'utiliser ce décalage pour reconnaître ce qui était pathologique.

Pour établir les liens intimes entre la valeur de cette floculation souvent microscopique et le degré d'acuité de l'infection, il fallait en apprécier finement toutes les nuances et les variantes. Avec Bricq et Yvon, il fut ainsi amené à construire un photomètre fort commode basé sur le phénomène de Tyndall.

Deux faisceaux de lumière monochromatique, d'égale intensité aboutissent à une lunette d'observation où ils donnent deux plages lumineuses continues. Si l'on place sur le trajet d'un de ces faisceaux un mélange sérum-antigène, il se produit une absorption de lumière qui est fonction du poids du précipité en suspension et qui se traduit dans la lunette d'observation par une réduction de l'éclat de la plage correspondante. Un dispositif permet d'affaiblir l'autre faisceau de façon à réduire l'éclat de la deuxième plage jusqu'à égalité de teinte avec la première. Ce dispositif est tel qu'il exprime par une simple lecture visuelle la floculation selon des densités optiques. La densité optique est le logarithme du rapport du flux de lumière incidente dans le mélange mis en observation au flux de lumière transmis, et traduit par sa valeur l'importance de la floculation.

Les recherches entreprises dans le but de trouver la substance colloïdale ne faisant floculer que les sérums provenant de malades déterminés, à l'exclusion de tous les autres, n'ont reçu d'applications pratiques jusqu'ici qu'en ce qui concerne la syphilis et la tuberculose. Selon Vernes, le péréthynol pour la syphilis, la résorcine pour la tuberculose, font floculer tous les sérums quelle qu'en soit l'origine, mais surtout et avec une marge d'écart notable, les sérums des syphilitiques ou des bacillaires.

Le contrôle clinique a permis de différencier d'une façon générale le chiffre de l'indice optique à partir duquel il est possible d'affirmer syphilis ou tuberculose, et celui au-dessous duquel l'on doit supposer un état de santé parfait, indemne de toute atteinte du mal présumé. Il existe cependant une zone intermédiaire où des chiffres d'I. O. de valeur croissante indiquent une probabilité de plus en plus grande de la maladie.

D'après son auteur, la méthode de floculation ne sert pas seulement au diagnostic. Elle est encore utile pour juger de l'activité des lésions. Elle permet de suivre sérologiquement le malade, d'étudier par l'allure de la courbe si la thérapeutique est efficace, et de posséder ainsi par elle un élément de pronostic. Tout au moins en ce qui concerne la syphilis, ce fait se trouve parfaitement exact et a permis à Vernes d'établir les bases de la syphilimétrie. La question est encore controversée. Cependant une méthode analogue a été mise en œuvre pour la tuberculose, puisque tout récemment certains auteurs ont tenté d'utiliser la réaction à la résorcine pour faire de la tuberculométrie.

Notre intention n'est pas de discuter les résultats de cette méthode utilisée soit pour juger de l'activité d'un processus infectieux, soit comme moyen de diagnostic et de pronostic. Nous avons désiré montrer que la réaction de Vernes était le type parfait d'une réaction colloïdale simple, facile à réaliser, où un floculat pathologique grâce à l'emploi d'un instrument d'optique précis est apprécié avec exactitude par rapport à celui que l'on peut obtenir chez les sujets normaux ou atteints d'autres maladies.

Bien que Vernes n'ait pas été le premier dans cette voie d'études, et en cela Hugo Hecht, 1899; Jacobstal, 1910; Meinicke, 1917; Sachs et Georgi, 1918; Georges Dryer et Hygh Kingsley Ward ont été ses précurseurs, il est juste de reconnaître qu'il a été le premier à coordoner, à synthétiser les conceptions émises avant lui, et à en constituer une œuvre homogène marquée par sa forte originalité, où l'on voit qu'une même réaction permet d'établir un diagnostic, un pronostic, et même, fait nouveau et très personnel à Vernes, le tracé sérologique de l'évolution de l'infection.

COMPARAISON DES DEUX MÉTHODES

Points de contact. — Les deux méthodes ont un même but : la recherche des modifications de l'équilibre colloïdal provoquées dans un organisme par la maladie. Toutes deux sont basées sur l'appréciation du floculat résultant de la mise en contact d'un sérum de malade avec un colloïde ou un sel convenablement choisi (que l'on désigne communément sous le nom d'antigène). Les mêmes données théoriques se retrouvent à leur base et elles sont toutes deux l'application des principes physico-chimiques qui régissent les réactions intercolloïdales.

POINTS DE DIVERGENCE

A. *Différences dans la lecture des résultats.* — Les deux réactions étudient un phénomène de floculation mais l'apprécient différemment.

1° Dans la déviation du complément, l'importance du floculat est jugée par l'intermédiaire d'une hémolyse. Une quantité connue d'alexine est mise en présence d'un mélange, sérum antigène, et se fixe en partie sur le floculat formé d'autant plus que celui-ci, est plus considérable. Dans le second temps de la réaction, des globules sensibilisés sont ajoutés au mélange précédent. L'hémolyse alors constatée est proportionnelle à la quantité d'alexine qui n'a pas été fixée par le floculat et peut par la suite servir à le mesurer. Les résultats se lisent en général suivant une échelle de 4 à 8 degrés.

2° Dans la réaction de Vernes, le trouble produit dans le sérum floculé est apprécié directement grâce à un photomètre qui permet d'établir toute une échelle d'appréciations notées de 0 à 300 unités.

B. *Différences dans les moyens mis en action.* — Les antigènes employés ne sont pas de même nature.

Pour la syphilis, que ce soit celui de Bordet-Ruelens, de Desmoulières, ou le péréthynol, on est toujours en présence de solutions colloïdales organiques. Ceci explique peut-être le parallélisme fréquemment noté entre les résultats du Vernes et

ceux de la déviation. En général à un Bordet-Wassermann positif correspond un I. O. élevé du Vernes péréthynol et réciproquement à un Vernes bas correspond un Bordet-Wassermann négatif. Il existe cependant une zone douteuse (indice compris entre 3 et 6) où les cas reconnus syphilitiques sont d'autant plus nombreux que les chiffres sont plus élevés et où le parallélisme avec les résultats du Bordet-Wassermann ne peut plus être établi.

Pour la tuberculose, il en est tout différemment. La déviation du complément use d'un antigène spécifique, bacilles de Koch ou un extrait bacillaire, qui jusqu'ici n'a pu être remplacé par un colloïde organique comme cela a été fait pour la syphilis. Signalons ici que le travail originel de Widal et Le Sourd (1901) est toujours, à juste titre, le premier que l'on doit consulter lorsque l'on cherche à se faire une opinion sur la valeur exacte de la méthode de Bordet et Gengou appliquée au diagnostic de la bacillose. Pour le Vernes tuberculose, non seulement on n'utilise pas un antigène spécifique, mais le réactif employé n'est même plus un colloïde organique; c'est une substance chimique bien définie : la résorcine, qui entre en jeu dans la réaction. C'est là, à notre sens, ce qui peut expliquer les différences considérables constatées dans les résultats obtenus par les deux méthodes.

Bien souvent la déviation est négative, et l'I. O. du Vernes Résorcine très élevé ou vice versa la déviation est positive et le Vernes très faible. La réaction de Vernes donne dans les tracés sérologiques faits à l'aide de prises de sang en série une courbe régulière qui suit souvent les données de la clinique. La déviation au contraire donne des résultats inconstants variables sans raison d'un jour à l'autre, et que l'on ne peut utiliser pour suivre l'évolution d'un processus infectieux. Sans doute faut-il voir dans la différence des antigènes employés (solutions colloïdales pour le Bordet-Gengou, non colloïdales pour le Vernes) la cause de variations dans l'apparition et l'importance des floculats formés, et par suite des résultats observés.

C. *Différences dans l'interprétation des résultats.* — L'appréciation du floculat suivant une échelle limitée de 4 à 8 degrés dans la déviation étendue à près de 300 unités pour le Vernes donne à cette dernière réaction une plus grande facilité d'interprétation. Il est à remarquer en outre que l'on est obligé dans la déviation de répondre toujours par moins ou par plus suivant que l'hémolyse existe ou n'existe pas. Or il est des cas où cette hémolyse n'est que partielle et pour ces sérums la réponse variera suivant l'observateur, certains les diront positifs, d'autres négatifs. La réponse ne sera donc qu'en apparence toujours nette. Le Vernes pour ces mêmes sérums donnera les chiffres d'I. O. de la zone douteuse ou plutôt intermédiaire entre les chiffres correspondant à des résultats certainement positifs et certainement négatifs. En apparence sa réponse sera moins nette, elle sera pourtant plus utile en attirant l'attention du médecin sur une possibilité d'infection, en lui faisant admettre des probabilités croissantes de présomption.

En dehors de la question du simple diagnostic, l'échelle étendue du Vernes permet de mesurer l'activité d'une infection et comme nous l'avons vu l'établissement de courbes; ce que la déviation trop limitée dans ses réponses qui varient de un à huit au plus est incapable de faire.

D. « La réaction de Vernes est le type de la réaction Standard » où le facteur personnel du chercheur est réduit à son strict minimum. Les résultats obtenus pour un même sérum par plusieurs observateurs sont toujours identiques, ce qui est un fait fort appréciable lorsque l'on cherche à se faire une idée exacte de la valeur d'une méthode.

La réaction de fixation est appliquée dans les laboratoires selon des techniques fort différentes les unes des autres. Les appréciations de chacun seront difficiles à opposer à celles des autres.

Cette étude théorique de la fixation du complément comparée à celle de la réaction de floculation de Vernes, montre l'intérêt puissant de connaître les éléments du mécanisme intime de ces deux méthodes sérologiques, avant de vouloir se faire quelque opinion à leur sujet d'après les résultats obtenus en pratique. Cette mise au point est utile pour comprendre l'évolution des idées dans la sérologie de la syphilis et de la tuberculose.

OUVRAGES CONSULTÉS

LAMBLING. *Précis de biochimie*, Masson, 1919.

LASSEUR et SPILLMANN. *Réactions anticorps. Etude quantitative de la fixation de l'alexine*, f. 1, Masson, 1921.

LUMIÈRE. *Rôle des colloïdes chez les êtres vivants*, Masson, 1922; — *Théorie colloïdale de la biologie et de la pathologie*, Chiron, Paris 1922.

CORNUBERT. *Généralités de chimie*, « Les Presses universitaires », 1927.

H. Gedeon WELLS. Traduit par BOEZ. *Les Aspects chimiques de l'immunité*, Doin, 1928.

J. BORDET. *Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses*, Masson, 1920.

A. BRETON. *Contribution à l'étude de la réaction de Vernes à la résorcine pour le diagnostic et le pronostic des tuberculoses* (comparaison avec la réaction de fixation), Masson, 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1928)

Insuline, folliculine et glycémie chez le chien normal. — MM. F. RATHERY, KOURILSKY et Mlle Yv. LAURENT ont expérimentalement constaté qu'insuline et folliculine ont des effets antagonistes sur la glycémie : la folliculine freine l'action de l'insuline. Chez l'animal à jeun, elle diminue son effet hypoglycémiant; chez le chien ou la chienne en état d'hyperglycémie alimentaire, la folliculine empêche l'insuline de réduire, dans ses proportions habituelles, la poussée initiale hyperglycémique consécutive à l'ingestion du glucose et retarde, sans la supprimer le plus souvent, l'hypoglycémie tardive due à l'insuline.

Electrocardiographie au moyen d'oscillographes industriels. — M. Philippe FABRE.

Transmission de la piroplasmose bovine à Theileria dispar de l'Afrique du Nord par la tique Hyalomma mauri-

tanicum. — MM. Ed. SERGENT, DONATIEN, PARROT et LESTOQUAND.

L'homme est moins sensible que le macacus rhezus au virus de la fièvre jaune. — M. E. MARCHOUX.

Le stovarsol spécifique de l'agalaxie contagieuse du mouton et de la chèvre. — MM. BRIDE, DONATIEN et HILBERT.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1928)

La teneur du sang en sucre (libre et protéidique) au cours de l'occlusion intestinale. — MM. F. RATHERY et Léon BINET démontrent, par des expériences poursuivies chez le chien, que l'occlusion intestinale perturbe la glycorégulation.

Le sucre libre peut s'élever dans le sang des animaux porteurs d'une obturation de l'intestin; mais c'est surtout le sucre protéidique qui subit une augmentation nette. Cette augmentation du sucre protéidique est constante, considérable, progressive et s'observe même chez l'animal traité par des injections hypertoniques de chlorure de sodium.

Injection au cheval d'antigènes du streptocoque dit scarlatineux. — MM. G. RAMON, R. MARTIN et A. LAFAILLE ont injecté un certain nombre de chevaux sous la peau avec des antigènes du streptocoque dit scarlatineux, filtrats non chauffés ou bouillis, cultures totales vivantes ou tuées. Ces injections ont été bien supportées même à doses massives.

Des injections intradermiques ont été pratiquées chez ces animaux et chez de nombreux chevaux neufs, à l'aide de filtrats du streptocoque dit scarlatineux ou de streptocoques d'autre origine. Les résultats obtenus ont montré qu'il n'est pas possible d'utiliser ces injections d'épreuve pour déceler, chez le cheval, la présence ou l'absence d'une immunité spécifique.

De quelques propriétés du sérum chez les chevaux injectés avec des antigènes du streptocoque dit scarlatineux. — MM. G. RAMON, A. LAFFAILLE et R. MARTIN montrent que le sérum des chevaux injectés avec des filtrats de culture du streptocoque dit scarlatineux ne possède pas de pouvoir agglutinant pour ce streptocoque alors que les chevaux injectés avec des cultures totales vivantes possèdent dans leur sérum des agglutinines qui semblent spécifiques pour les streptocoques dits scarlatineux surtout lorsque le cheval a été injecté avec les souches Dick.

On peut mettre en évidence dans le sérum des chevaux injectés avec les antigènes du streptocoque « scarlatineux » une propriété floculante très nette. Très prononcée pour le sérum des chevaux injectés avec la culture totale (en bouillon) vivante, cette propriété est moins accusée lorsqu'il s'agit de sérums fournis par des chevaux injectés avec le filtrat seul. Ainsi qu'il résulte des essais déjà effectués et qui sont actuellement poursuivis, la réaction de floculation en nous fournissant un moyen commode pour doser l'anticorps du streptocoque « scarlatineux » permettrait d'apprécier l'activité des sérums et d'éviter ainsi l'emploi des méthodes actuelles si difficiles à mettre en œuvre.

Réaction de floculation et filtrat du streptocoque dit scarlatineux. — MM. G. RAMON, D. FRASER, R. MARTIN et A. LAFFAILLE ont trouvé dans le filtrat du streptocoque « scarlatineux » une substance capable de réagir avec l'anticorps pour donner naissance à une floculation. Une trentaine de filtrats ont été examinés à la fois in vitro par la floculation et in vivo à l'aide de réaction de Dick. Ces essais ont montré qu'il existe un parallélisme très étroit entre le pouvoir floculant des filtrats exprimé en fonction de la quantité de sérum intervenant dans la floculation et la valeur de ces filtrats chiffrée en « doses cutanées ».

Il est alors possible d'établir une échelle de comparaison qui servira pour la détermination par la floculation seule de la valeur en « doses cutanées » des filtrats du streptocoque dit scarlatineux.

La floculation permet ainsi d'apprécier facilement et avec une précision suffisante la valeur du filtrat du streptocoque « scarlatineux » utilisé pour la pratique de la réaction de Dick ou pour d'autres recherches.

L'accoutumance au nitrate d'urane. — MM. Marcel GARNIER, E. SCHULMANN et J. MAREK établissent que si on injecte à doses progressivement croissantes du nitrate d'urane sous la peau d'un lapin ou d'un chien, on reconnaît que les doses mortelles chez les sujets neufs deviennent inoffensives chez les animaux préparés. La seule précaution à prendre est d'espacer suffisamment les injections.

L'accoutumance ne porte que sur les phénomènes de néphrite, l'albumine, déclanchée à chaque injection, a la même évolution chez les sujets neufs et chez les sujets déjà en expérience. Ainsi se retrouve l'indépendance relative que les auteurs ont déjà relatée entre l'albumine et les différents symptômes de la néphrite.

Composition du sang et cycle menstruel : IV. Phosphore minéral; V. Calcium et potassium. — MM. Ch. GUILLAUMIN et H. VIGNES ont mis en évidence une légère tendance à l'hypercalcémie dans la période prémenstruelle. L'hypercalcémie était inexistante dans les cas observés de règles longues. L'hypocalcémie se voit surtout dans les intervalles longs. Les postarriémies élevées se voient surtout dans les règles longues.

Action de la folliculine sur la glycémie des chiennes dépancréatées. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle Y. LAURENT montrent que l'action de la folliculine n'est pas modifiée sensiblement par l'ablation partielle du pancréas. Chez les chiennes complètement dépancréatées on observe au contraire, dans la majorité des cas après l'injection de folliculine, une hyperglycémie plus importante, plus ample, plus prolongée que chez la chienne normale. Chez le même animal l'action de la folliculine n'est pas la même avant et après la pancréatectomie. Celle-ci inverse le type de la réaction glycémique à la folliculine.

L'insuline n'est donc pas nécessaire à l'action propre de la folliculine sur la glycémie, mais elle intervient pour en déterminer le type.

Sur l'absorption du glucose par les hématies normales. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle S. GIBERT ont étudié l'absorption du glucose par les hématies — propriété sur laquelle Loewi et ses collaborateurs ont fondé leur théorie de la « glycémine » et leur conception physiopathologique du diabète. Utilisant une technique plus perfectionnée que celle de Loewi, les auteurs montrent que le glucose mis en contact avec les hématies diminue dans des proportions très variables suivant qu'il est en dissolution dans du plasma ou dans du sérum physiologique. Mais, même dans des conditions d'expériences rigoureuses, les causes d'erreur restreignent considérablement la portée des différences constatées. Celles-ci ne peuvent servir de base aux déductions générales de Loewi et de ses élèves.

Neutralisation des toxines diphtériques hautement toxiques par le bacille pyocyanique. — M. L. DUCHON confirme la propriété du bacille pyocyanique de neutraliser la toxine diphtérique, et en particulier la toxine américaine. Les toxines de deux souches de ce bacille de provenance différente, l'une tuant à 1/250, l'autre à 1/1.000 sont rendues complètement atoxiques en six à huit jours; tandis que, après ces délais, la toxine modifiée peut être injectée à la dose de 1 centimètre cube sans même provoquer de lésion locale, la toxine témoin tue encore à 1/600.

Réflexes conditionnels et immunité antitoxique. — MM. G. RAMON et Chr. ZOELLER rapportent les essais qu'ils ont tentés dans le but de mettre en jeu dans la production des antitoxines le mécanisme des réflexes conditionnels. Ils ont utilisé la technique des vaccinations associées par bi-anatoxine (diphtérique + tétanique). Les sujets ainsi traités, réinjectés ultérieurement à l'aide d'une seule des anatoxines n'obéissent qu'à l'antigène spécifique; il n'y a pas dans ce cas de stimulation non spécifique de l'immunité. De même l'injection d'huile pure laisse indifférents les sujets antérieurement traités par un lipo-vaccin. Les chevaux qui ont reçu le mélange anatoxine + tapioca n'obéissent pas à l'injection de tapioca seul.

A cet égard comme à bien d'autres les antitoxines se montrent différentes des autres anticorps moins rigoureusement spécifiques (agglutinines par exemple).

Application de la photométrie à la numération des hématies. — MM. M. MARCANDIER, I. BIDEAU et DUBREUIL montrent comment le photomètre Vernes, Bricq et Yvon peut être utilisé pour la numération des globules rouges. Ils indiquent la technique de dilution du sang leur ayant donné les résultats les meilleurs. Les résultats sont d'une précision au moins aussi grande que celle obtenue avec les divers hématimètres.

Tuberculo-réaction A. Vernes et infections fébriles. — M. V. LABERNADIE a appliqué la photométrie à Pondichéry avec toute satisfaction pour le diagnostic de la syphilis et de la tuberculose. La réaction à la résorcine s'est montrée également élevée dans un certain nombre d'infections fébriles et dans les cas d'élévations thermiques dues à des injections de certains vaccins. Mais l'élévation est alors éphémère, tandis que chez les tuberculeux la courbe tracée par des examens répétés reste constamment au-dessus de l'indice 30.

Races sérologiques du vibrion septique. — M. J. DAVESNE a étudié vingt et une souches de vibrion septique comparativement avec les souches des quatre types sérologiques décrits par Miss Robertson (1920), puis admis par Mac Ewen (1926). A ces quatre types, différenciables par l'épreuve de l'agglutination, il montre qu'il faut ajouter deux nouveaux types, type V et type VI; ces nouvelles races sérologiques donnent naissance à une quantité minime de co-agglutinines. Leur toxine est neutralisée par le sérum antivibrion septique.

Quelques considérations sur la réaction de Bordet-Wassermann. Présentation d'une modification de la technique au sérum chauffé. — M. William LÉVY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 MAI 1928)

Introduction du titane en thérapeutique. — M. Jacques METADIER attire l'attention sur l'intérêt que présente l'étude du titane et de ses sels. Il apporte les résultats des recherches déjà faites. En biologie, c'est la constance de la teneur du protoplasma en titane, qu'il s'agisse de tissus humains ou animaux. En pharmacologie, ce sont des propriétés antiputréfiantes et antifermentescibles encore jamais atteintes par aucun corps, l'absence de toxicité et de causticité. En thérapeutique, ce sont des essais cliniques fait surtout sur des affections dermatologiques et qui ont dévoilé des propriétés kératoplastiques et anti-prurigineuses qui classent d'ores et déjà le titane parmi l'un des premiers traitements externes de diverses dermatoses : eczéma, étrythèmes diverses, intertrigo, prurits variés, névrodermites.

A propos de l'appendicite chronique. — M. Victor PAUCHET montre que l'appendicite est trouvé malade chez la plupart des sujets atteints de péricolite, de cholécystite, d'ulcère gastrique, d'ulcère duodénal, de pancréatite, d'ovaire scléro-kystique, de gastroptose. Il faut, dans ces conditions, compléter l'intervention principale par l'appendicectomie, sinon des malaises peuvent persister. L'appendicite chronique paraît précéder tous les cas d'ulcères gastriques et duodénaux et de cholécystites. L'infection se fait par voie veineuse et lymphatiques. Nombre de dyspepsies prises pour des ulcères gastriques et duodénaux sont purement réflexes et dues à la cholécystite ou à l'appendicite, et souvent aux deux. L'ablation de l'appendice suffit très souvent à supprimer la dyspepsie et même la gastrorragie.

Le massage dans les fractures des enfants. — M. MOUCHET discute la question et conclut que le massage chez les enfants n'a aucun avantage et qu'il présente en revanche de gros inconvénients qui ont pu aboutir à des cals exubérants, à des ostéomes musculaires. Après avoir conseillé autrefois ce massage, M. MOUCHET y a renoncé et le considère comme dangereux dans les fractures et les luxations du jeune âge.

Sur l'anémie pernicieuse. — M. BECART montre à l'aide de photographies microscopiques très démonstratives que l'anémie pernicieuse est caractérisée hématologiquement par une reviviscence embryonnaire, ainsi que l'avait signalé EHRLICH en 1880. Pour l'auteur, cette reviviscence embryonnaire traduit un vice de développement des organes hémopoïétiques, substratus constitutionnel de l'anémie pernicieuse laquelle ne se déclanchera qu'à la faveur d'un facteur étiologique secondaire (infection, intoxication, carence, etc...) L'infection intestinale est le facteur étiologique le plus communément rencontré. L'auteur étudie ensuite la méthode Whipple : celle-ci n'est nullement spécifique et n'agit que sur l'activité de la moelle osseuse, dont elle est un puissant régénérateur, à condition que cette dernière soit encore en état de réagir. Associée à la transfusion, elle sert de traitement d'épreuve et permet de porter un pronostic suivant le mode de réaction qu'elle produira.

Il convient de distinguer trois syndromes : 1° un syndrome de régénération médullaire, 2° un syndrome de dépression médullaire, 3° un syndrome d'agonie médullaire, qui permettent de porter un pronostic. Au traitement symptomatique s'ajoutera un traitement étiologiques, toutes les fois que la cause aura été décelée.

A propos de la sénilite, synergie thyro-hépatique. — M. LÉOPOLD-LÉVY estime que la sénilité reconnaît un mécanisme thyro-endocrinien (Léopold-Lévi), hépatique (Sédillot). Mais il existe une synergie thyro-hépatique, vérifiée par Pende à la suite d'une série d'épreuves. Cette synergie qui se traduit par une instabilité thyro-hépatique est troublée dans l'anaphylaxie, la colloïdoclasie, certains accidents paroxystiques du neuro-arthritisme où existe un hyperhépatisme (constaté chez les basedowiens). L'insuffisance thyro-hépatique est, par contre, en cause dans la sénilité.

Fréquence de la discordance entre l'état subjectif et l'état objectif dans les gastropathies chroniques. — M. PRON (d'Alger) insiste sur le fait qu'à côté de sujets, souffrant depuis longtemps de l'estomac alors que cet organe n'est pas réellement malade, mais ne fait que subir le retentissement d'un autre organe, existe une classe beaucoup plus fournie de vieux gastropathes, atteints d'affection anatomique ou lésionnelle (dilatation, sténose incomplète du pylore, catarrhe acide, ulcère, périgastrite) qui ont une symptomatologie très réduite.

C'est l'examen objectif seul qui permet d'apprécier l'état réel d'un gastropathe et de juger de la valeur de l'amélioration qu'il éprouve durant un traitement.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(MAI 1928)

Trichophytie non suppurée de la barbe. — MM. VIGNE et A. FOURNIER présentent un navigateur atteint de teigne de la

barbe, sous forme de plaques rouges pityriasiques, à poils cassés courts, s'épilant facilement et que l'examen microscopique montre largement parasités de filaments mycéliens. La culture a révélé un trichophyton astéroïde. Le malade nie toute origine animale directe. Il attribue son contage à un rasage de coiffeur.

Caverne tuberculeuse de la base ouverte dans la plèvre diaphragmatique. Pleurésie enkystée diaphragmatique latente. — MM. Boinet et Antoine Raybaud présentent l'observation d'un malade de soixante-quatre ans présentant une infiltration tuberculeuse des deux poumons prédominant à droite. L'autopsie révèle en outre une volumineuse caverne multiloculaire siégeant à la partie antérieure de la base du poumon droit. Au niveau de son plancher cette caverne communiquait avec un gros abcès pleural enkysté occupant toute la cavité inter-pneumo-diaphragmatique droite et du volume d'une mandarine. Ils insistent sur le siège de la caverne et sur le peu de signes cliniques de cette pleurésie médiastine.

Aortite chronique syphilitique. Fissuration aortique. Mort par hémorragie intrapéricardique. — MM. Boinet et Antoine Raybaud. A l'autopsie d'une femme morte subitement les auteurs découvrent une hémorragie péricardique importante (300 grammes). La filiation des accidents paraît être la suivante : fissuration de l'endartère au niveau d'une plaque d'athérome, dissection véritable de la mésartère (aortite disséquante) fuite du sang épanché à travers la péri-artère fragile et irruption subite sous un à-coup de tension du sang dans le péricarde.

Un cas de paralysies diphtériques précoces avec paralysies oculaires. — MM. Bonnet et Massot.

Note sur un cas de paralysie diphtérique de l'accommodation et de la convergence. — MM. A. Raybaud et Jean Sedan. Un enfant présente quinze jours après une diphtérie guérie cliniquement et bactériologiquement, une paralysie complète de l'accommodation et de la convergence, compliquée d'une réduction de la vision de loin due à une forte hypermétropie du sujet. Un traitement sérothérapique intensif a amené en onze jours une guérison complète et définitive. Les auteurs insistent sur l'utilité absolue du traitement sérothérapique et sur la particularité du cas qu'ils rapportent.

Chorée chronique du vieillard à type Huntington non héréditaire. — MM. Roger et Drapé présentent un homme âgé de soixante ans qui depuis deux ou trois ans présente des phénomènes choréiques généralisés à évolution progressif, associés à des signes de déficit intellectuel, troubles amnésiques, et quelques idées de suicide. Pas d'hérédité. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann négatif. Cette association rappelle à s'y méprendre la chorée de Huntington. Ce cas paraît se ranger dans les chorées chroniques non héréditaires du vieillard dont les exemples ne sont pas nombreux.

Gangrène pulmonaire à évolution subaiguë. Sérothérapie. Phrénicectomie. Guérison. — MM. Paoli et Isémein. Gangrène subaiguë de la base chez un malade de vingt-huit ans avec température à 39 degrés et expectoration atteignant un litre par vingt-quatre heures. L'injection de 670 centimètres cubes de sérum antigangréneux amena une très grosse amélioration, mais en raison de la persistance des signes cavitaires de la base on pratiqua une phrénicectomie. Un mois après l'intervention le malade avait grossi de 9 kilos, et trois mois après reprenait son dur labeur de pêcheur. Un examen radioscopique six mois après l'intervention confirme la guérison. Les auteurs insistent sur l'action manifeste de la sérothérapie et sur la phrénicectomie, opération de choix dans ce cas.

L'intervention précoce dans la sténose hypertrophique du pylore du nourrisson. (*A propos de deux observations inédites.*) — M. J. Poucel présente deux nouvelles observations et insiste à nouveau sur le fait que la pylorotomie n'est pas une intervention grave à condition d'opérer tôt dans de bonnes conditions de résistance du sujet. Dès le diagnostic posé il faut supprimer l'obstacle plutôt que de courir les aléas de l'expectative. Plus l'enfant sera résistant plus l'intervention sera bénigne.

Résultats éloignés et récents de la thoracectomie précordiale pour symphyse médiastino péricardique. — M. Rous-Lacroix présente deux malades l'un opéré il y a quatre ans (*Presse méd.*, 14 mars 1925, p. 338) voit sa guérison maintenue. Il a repris sa profession de garçon de restaurant et n'a recours que très rarement aux tonicardiaques. L'autre, concerne une jeune fille âgée de dix-sept ans, atteinte de symphyse viscérale et médiastinale rhumatismale présentant une asystolie douloureuse angoissante, à peu près irréductible accompagnée de neurasthénie très marquée. Opérée le 24 janvier 1928 (docteur Bonnal), la malade se lève le treizième jour; tous les symptômes s'amendent et du point de vue fonctionnel on peut véritablement prononcer le mot de résurrection.

Méningo-encéphalite diffuse. Destruction de la couche optique du côté droit par un foyer hémorragique. — MM. Boinet et Antoine Raybaud présentent l'observation d'un malade vu en état de coma profond sans déviation des yeux ni de la face, azotémie 0.39 p. 1.000. Ni albuminurie, ni glycosurie. Bordet-Wassermann positif. Tension 19-12. L'autopsie révèle des lésions de méningo-encéphalite diffuse (type P. G.) et un foyer hémorragique important dn thalamus droit réduisant ce noyau à une mince coque.

Mort subite par hémorragie méningée au cours d'une hypertension chez un aortique. — MM. Boinet et A. Raybaud présentent les pièces anatomiques d'un aortique mort subitement d'hémorragie méningée par rupture d'une artériole de l'hexagone de Willis. En raison des lésions cardiaques constatées, ils rapprochent ce cas de ceux publiés par eux (Comité médical, 4 mai 1928 et 20 avril 1928) qui représentent divers stades évolutifs de l'atteinte syphilitique cardio-artérielle.

Sur un cas d'anémie cryptogénétique non pernicieuse traitée par la méthode de Wipple. — MM. François, Zuccoli et Aillaud rapportent l'observation d'une malade atteinte d'anémie intense non pernicieuse. Le traitement par le foie de veau amena une guérison rapide. Les auteurs insistent sur les indications et les résultats de la méthode dans les syndromes anémiques de quelque origine qu'ils soient.

Fractures du maxillaire inférieur. — MM. Beltrami et Maurech. Présentation de deux malades traités par le procédé d'occlusion buccale après réduction au moyen de leur dispositif spécial. Cette méthode leur permet d'obtenir des résultats très satisfaisants dans des cas même défavorables dont l'un des blessés présentés est un exemple.

Plaie du péricarde. — M. Marcel Arnaud présente un blessé opéré il y a neuf mois d'hémopéricarde. Sternotomie médiane et péricardotomie. Suites parfaites sans troubles fonctionnels, ni sthétoscopiques. Le blessé a repris sans aucune fatigue son dur labeur de forgeron.

Traitement des rétentions aiguës chez les prostatiques non distendus par les injections intra-vésicales de glycérine boriquée. — M. Martin Laval rapporte six observations dont quatre succès et deux échecs. Ces deux derniers se rapportaient à deux prostatiques distendus. L'auteur conseille de n'utiliser la méthode que chez les malades non arrivés au stade de distension et d'avoir soin de pratiquer l'injection à vessie pleine pour éviter les douleurs et obtenir un bon résultat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — (1° Le lundi 22 octobre 1928) : I. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 6; — II. Clinicat chirurgical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 2; adjoint, 1; — III. Clinicat obstétrical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; adjoint, 1; — IV. Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec traitement, 2; sans traitement, 2; — V. Clinicat des maladies cutanées : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 2; — VI. Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans traitement, 2; — VII. Clinicat ophtalmologique : titulaire, avec traitement, 1; — VIII. Clinicat urologique : titulaire, sans traitement, 1; — IX. Clinicat chirurgical infantile : titulaire, avec traitement, 1; — X. Clinicat gynécologique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; — XI. Clinicat de thérapeutique médicale : titulaire, sans traitement, 1; — XII. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaire, avec traitement, 1; adjoint, 1; — XIII. Clinicat de thérapeutique chirurgicale : titulaire, sans traitement, 1; — XIV. Clinicat propédeutique : titulaire, sans traitement, 1; — XV. Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 4.

(2° Le mardi 30 octobre 1928) : XVI. Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; adjoint, 1; — XVII. Clinicat médical infantile : adjoint, 1; — XVIII. Clinicat de la première enfance : titulaires, avec traitement, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 13 octobre inclusivement pour les concours s'ouvrant le 22 octobre et jusqu'au samedi 20 octobre pour les autres. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 12 à 16 h., à partir du lundi 10 septembre 1928.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 15 octobre 1928, à 14 h.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage), de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du lundi 10 septembre au samedi 22 septembre 1928 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Dezac-Derecq (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Lienard (de Pont-de-Beauvoisin), Mendel et Papillon (de Paris).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret du 5 août 1928, les médecins auxiliaires ci-après désignés sont nommés dans le cadre des officiers de réserve et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — MM. Schumacher est affecté au 7° corps d'armée; Weill est affecté au 20° corps d'armée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

RÉSULTATS OBTENUS AU COURS DE L'ANNÉE 1927 PAR L'OFFICE DE RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Il y a eu en 1927 :

Nouveaux dossiers constitués	63
Fiches	105
Plaintes adressées à la Préfecture	27
Affaires envoyées au Parquet	17
Condamnations	20

1. B..., condamné le 6 janvier 1927 à 200 fr. de dommages et intérêts au S. M. S. et 500 fr. d'amende.

2. W. D..., condamné le 18 février 1927 à 200 fr. d'amende et 1.000 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

3. C..., condamné le 24 février 1927 à 100 fr. d'amende.

4. C..., condamné le 25 mars 1927 à 100 fr. d'amende et 300 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

5. C..., condamné pour exercice illégal, le 14 avril 1927, à 1.000 fr. d'amende et 200 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

6 et 7. F... et L..., condamnés le 18 mars 1927 : le premier à 200 fr. d'amende; le second à 100 fr. d'amende; solidairement à 500 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

8 et 9. Docteur et Mlle D..., condamnés par arrêt Cour du 19 mars 1927 à 500 fr. d'amende, confirmation jugement du 29 janvier 1926; solidairement à 1.000 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

10, 11 et 12. K..., F... et K..., condamnés le 1er juillet 1927 : le premier à 200 fr. d'amende; le deuxième à 200 fr. d'amende et le troisième à 300 fr.; solidairement 600 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

13 et 14. Docteur C... et L..., condamnés le 27 juillet 1927 : le premier à 300 fr. d'amende; le deuxième à 100 fr. d'amende; solidairement à 1.500 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

15. J. F..., condamné le 4 octobre 1927 à 100 fr. d'amende, 500 fr. de dommages-intérêts au S. M. S. et 500 fr. à Mme B... qu'il avait soignée pour un panaris.

16. C..., condamné le 24 novembre 1927 à 200 fr. d'amende, 500 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.; 4.337 fr. 50 de dommages-intérêts à la personne qu'il avait soignée.

17. E..., condamné le 22 décembre 1927 à 200 fr. d'amende, 500 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

18. B..., condamné le 24 décembre 1927 à 100 fr. d'amende, 300 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

19. C..., condamné le 30 décembre 1927 à 1.000 fr. d'amende et 1.000 fr. de dommages-intérêts au S. M. S.

Le Directeur de l'Office :
Dr COLDEFY.

LIVRES NOUVEAUX

Plaies et maladies infectieuses des mains (1),
par Marc ISELIN.

Les lésions traumatiques des doigts et des mains sont d'un grand intérêt tant à cause de leur fréquence croissant avec le développement du machinisme, que par leurs redoutables complications causes d'impotences fonctionnelles considérables.

Leur thérapeutique a été très négligée jusqu'à ces dernières années. En France, le travail du professeur Lecène sur l'incision des phlegmons des gaines de la main (1912) fait faire un grand pas à la question. Aux Etats-Unis des chirurgiens Kanavel, Sterling Bunnel se sont spécialisés dans la chirurgie des mains et y ont apporté de nombreux perfectionnements. M. Iselin qui a été étudier leurs travaux sur place, qui a vu leurs résultats et peut y joindre une expérience personnelle de plusieurs années, nous présente un livre qui a le mérite d'être bref, clair, concis, complet.

Il étudie les plaies des mains (plaies des doigts, piqûres par crayons d'aniline, sections tendineuses, fractures, corps étrangers). Les infections des mains (panaris, phlegmons des gaines, phlegmons de la main), la chirurgie réparatrice (traitement chirurgical et orthopédique des séquelles des phlegmons, des blessures, greffes, autoplasties, reconstitution du pouce).

Le chirurgien comme le praticien y trouvera un guide sûr et sa diffusion contribuera à améliorer le pronostic si grave jusqu'ici de ces lésions de mains. L. G.

Une Grande âme : Ambroise Paré (2),
par Robert MIRABAUD.

Un fidèle serviteur de quatre rois de France, un bienfaiteur des blessés, un pacifique, un écrivain plein de charme et de puissance, un grand croyant évangélique proclamé saint par la voix populaire... Telle revit en cet ouvrage la belle figure trop oubliée d'Ambroise Paré, que M. Mirabaud évoque par des citations puisées dans l'œuvre du grand chirurgien et liées entre elles par une causerie de l'auteur avec le lecteur.
L. G.

(1) 217 pages, 66 figures. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8. — Prix : 7 fr. — Paris, Fischbacher, 33, rue de Seine.

NOTE CLINIQUE SUR L'APHASIE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

On discute toujours, et cliniquement sur la nature de l'aphasie, et anatomo-pathologiquement sur le siège et le degré des lésions. Quant à nous, nous pensons, comme d'autres, qu'il n'y a qu'une aphasie, mais que cette aphasie unique est l'aphasie motrice et non pas l'aphasie sensorielle. Broca (1861) avait appelé aphémie ce que nous appelons aujourd'hui l'aphasie motrice. Le mot aphasie est de Trousseau (1864). La découverte des aphasies sensorielles, surdité et cécité verbales, par Wernike (1874) et Kussmaul (1876) a permis de préciser des faits qui restaient obscurs, sans résoudre en vérité le problème ni cliniquement ni anatomiquement. Chacun doit reconnaître que du point de vue clinique — le seul que nous puissions personnellement aborder — les difficultés de l'observation sont déjà grandes. Mais il semble bien que, dans les travaux entrepris, l'effort d'analyse psychique ait été moindre que l'effort réalisé du point de vue anatomo-pathologique. C'est que la recherche de la lésion a de tout temps excité vivement l'activité médicale; au contraire, la constatation de signes et de faits subjectifs a été longtemps et est encore négligé, comme vaine. Il en résultait, pour l'étude de l'aphasie, qu'on se livrait à une anatomie-pathologique approfondie sans avoir une observation clinique psychique complète. Il en a été de même, au reste, pour la maladie de Bayle, en pathologie mentale, pour les néphrites, en médecine générale : l'excuse possible, c'est que, vis-à-vis de tels travaux scientifiques, l'existence est trop courte ou mieux insuffisamment stabilisée, et que de merveilleux documents accumulés en un endroit sont souvent perdus sans retour pour leurs auteurs. Aujourd'hui, la discussion clinique de l'aphasie paraît se limiter à :

a. L'amnésie;
b. L'agnosie;
c. L'apraxie.

D'autres syndromes sont indispensables à connaître pour éviter des erreurs plus ou moins grossières. Ce sont : 1° le mutisme; 2° l'aphonie; 3° la débilité mentale constitutionnelle; 4° l'hypomanie; 5° la confusion mentale; 6° la démence; 7° l'asthénie nerveuse générale, en particulier l'asthénie psychique; 8° la dysarthrie.

Mutisme. — Avant la découverte de l'aphasie, les troubles du langage étaient surtout confondus avec le mutisme, l'aphonie, la dysarthrie. C'est du moins ce que démontrent les études historiques sur cette question. (Quelques faits assez bien rapportés relèvent très probablement de l'aphasie, par exemple le cas de cet officier hémiplégique droit, dont Larrey (1) relate l'observation). Les phénomènes de mutisme, le plus souvent pris pour de l'aphasie, sont ceux qui se développent à la suite de commotions cérébrales ou de chocs moraux : dans ces cas, de nature dynamique ou fonctionnelle plutôt qu'organique, il s'agit de troubles de la parole très probablement réflexes, spécialisés, portant sur les muscles du voile du palais, de la langue et des lèvres.

(1) LARREY. *Clinique chirurgicale*, 1829, t. I, p. 166.

Aphonie. — La confusion de l'aphonie avec les troubles du langage a surtout été faite encore par les vieux auteurs avant que Broca n'isole l'aphémie. Les troubles, dans l'aphonie comme dans le mutisme, sont purement moteurs et portent uniquement sur le larynx. On peut les prendre pour de l'aphasie quand ils succèdent à des traumatismes craniens ou à des émotions violentes, vives, répétées. Ce sont des troubles sans doute d'ordre réflexe et de nature fonctionnelle (aphonie réflexe). Comme le mutisme réflexe, l'aphonie réflexe est curable soit d'un coup ou brusquement, soit lentement et progressivement.

Débilité mentale constitutionnelle. — Dans l'étude de l'aphasie et de ses répercussions sur l'activité psychique générale, il faut bien tenir compte du niveau intellectuel congénital du sujet. La débilité mentale constitutionnelle est difficile à définir scientifiquement parlant. Où commence-t-elle, où finit-elle psychopathologiquement? Il nous paraît impossible de trouver des tests qui fixeront avec précision et définitivement la valeur intellectuelle d'un individu. Dans les sciences, on ne saurait jouer sur les mots, la fantaisie n'est pas tolérée; ce n'est pas d'un point de vue personnel et subjectif qu'il importe de considérer la faiblesse intellectuelle congénitale, car on peut la confondre avec la sottise et la bêtise, qui ne sont pas des états pathologiques; il faut donc la juger d'un point de vue pratique et objectif. La débilité mentale constitutionnelle vraie est la faiblesse d'esprit qui entraîne l'incapacité d'exercer seul une profession ordinaire, moyenne ou, si l'on veut, l'incapacité de travailler seul et de se diriger seul. Une enquête près de tierces personnes sur le niveau intellectuel est généralement indispensable pour ne pas commettre d'erreurs grossières d'observation.

Hypomanie. — Un certain nombre d'aphasiques paraissent être hypomaniaques; ils sont euphoriques, « parlent » d'abondance, avec gesticulations multiples. Au premier abord leurs discours ne semblent pas très troublés; cependant, à cause de leurs seuls troubles du langage, ils sont incapables de vivre de la vie commune, d'exercer leur métier, assez simple ou facile. Ces malades sont presque toujours des aphasiques complexes, devenus hypomaniaques après un ictus compliqué d'asthénomanie : l'accès maniaque, d'emblée, a pu être de forme légère. Leur suractivité motrice et psychique fait qu'ils sont spécialement fatigants pour leur entourage, difficiles pour l'observateur, surtout quand l'irritabilité vient compliquer l'hypomanie.

Confusion mentale. — La confusion mentale apparaît sous forme d'épisodes aigus ou subaigus, chez des sujets en proie à une intoxication ou une infec-

tion. Elle est essentiellement caractérisée par des troubles de la perceptivité et de la reconnaissance (désorientation dans le temps, non reconnaissance des lieux, des personnes et des objets, confusion dans les perceptions). Elle se complique maintes fois d'hallucinations avec délire (délire hallucinatoire) ou d'hallucinations sans délire (onirisme). Il arrive que le langage de ces malades est très incohérent et fait penser à l'aphasie. Toutefois, ce sont là des erreurs de diagnostic qui ne saurait persister longtemps. Des accès de confusion mentale peuvent s'observer au cours de l'aphasie.

Démence. — La démence est la diminution de l'intelligence, c'est l'affaiblissement des facultés intellectuelles, c'est la perte progressive des souvenirs et des idées. En principe l'aphasie est tout à fait indépendante de la démence; pourtant ces deux syndromes peuvent coexister chez le même malade. Lorsque Pierre-Marie a parlé de diminution de l'intelligence dans l'aphasie, et bien qu'il ait dit que cette diminution était essentielle, il a d'abord méconnu le sens du mot démence, déjà ancien, et de plus il n'a pas vu que, si l'intelligence de l'aphasique pouvait être dite affaiblie, c'était avant tout parce que les troubles du langage entravaient le libre et bon fonctionnement psychique. La diminution de l'intelligence, si elle existe, est donc un phénomène secondaire, sinon accessoire. Lorsqu'un syndrome démentiel se surajoute à un syndrome aphasique (démence et aphasie par lésions circonscrites, uniques ou multiples), lorsqu'un syndrome aphasique complique un syndrome démentiel, comme par exemple dans la paralysie générale, on se trouve en face de problèmes fort complexes que la connaissance seule de cas simples permet d'élucider.

Asthénie psychique. — L'asthénie nerveuse générale, si commune et de diagnostic étiologique si varié, est un syndrome à la fois musculaire et intellectuel, caractérisé par l'anidéation (asthénie psychique ou confusion dans les idées) et l'amyosthénie (asthénie musculaire ou abattement). Dans certains cas, ce syndrome donne lieu à des troubles de la parole, ou bien il s'accompagne de phénomènes d'amnésie d'évocation, qui font penser à l'aphasie. Nous avons trouvé dans les auteurs, croyons-nous, plusieurs erreurs de cette sorte, et nous avons observé nous-même quelques asthéniques chez lesquels le diagnostic d'aphasie était possible.

Dysarthrie. — Avec la dysarthrie, — et tout à l'heure avec l'amnésie, l'agnosie, l'apraxie, — nous serrons de plus près le problème de l'aphasie. Il n'est pas douteux que l'aphasique n'est pas un dysarthrique : on sépare nettement à ce jour les troubles du langage des troubles de la parole; ces derniers, qui sont des troubles de l'articulation, dépendent de phénomènes parétiques ou paralytiques des organes musculaires de la cavité buccale. Dans les aphasies sensorielles, non pas pures, puisqu'elles sont très rares, mais dans les aphasies sensorielles communes, où l'élément aphasie motrice est peu accusé, l'articulation verbale est intacte. En est-il de même dans l'aphémie de Broca? Nous le pensons, car, pour nous, si le sujet ne parle pas, ce n'est pas parce qu'il est anarthrique, mais parce qu'il est apraxique.

Amnésie. — Nous ne considérons pas l'élément amnésique comme essentiel dans l'aphasie. Les signes qu'on appelle dans l'aphasie l'oubli des mots, l'oubli des notions scolaires, l'oubli des actes simples ou complexes, faciles ou spécialisés, ne sont pas pour nous des phénomènes d'amnésie, mais des phénomènes d'apraxie. On distingue dans la fonction mémoire deux ordres de faits : 1. la mémoire proprement dite, c'est-à-dire la mémoire des images et des idées, ou la mémoire du concret et de l'abstrait; 2. la mémoire-habitude, c'est-à-dire les habitudes motrices. Dans l'aphasie motrice, dans l'agraphie, dans l'amimie, la *perte des habitudes motrices* joue un rôle capital, mais cette variété d'amnésie constitue ce que nous appelons l'*apraxie* automatique.

Agnosie. — Les phénomènes de surdité verbale et de cécité verbale sont des troubles de la fonction reconnaissance de l'ouïe et de la vue pour le langage parlé et écrit. Le patient entend parler; il distingue le langage d'un bruit de sonnette ou d'un bruit de clefs; il ne reconnaît ni les mots ni les phrases prononcés devant lui : c'est la surdité verbale. Il voit sur le papier des lettres, des mots; il est incapable de les reconnaître, de les identifier, de les comprendre : c'est la cécité verbale. En fait, l'étude des aphasies sensorielles rentre donc dans l'étude de l'agnosie.

Apraxie. — Il existe, semble-t-il, deux sortes d'apraxie : l'apraxie volontaire, simple ou complexe, et l'apraxie automatique, également simple ou complexe.

L'apraxie volontaire, surtout l'apraxie volontaire simple, est l'incapacité, pour un individu qui n'est ni paralysé, ni ataxique, ni agnosique, d'exécuter les ordres qu'il reçoit, bien que son intention soit précise, par exemple les ordres de faire le salut militaire, de faire un pied de nez, etc. Cette apraxie est dite par les auteurs apraxie idéo-motrice.

L'apraxie automatique, surtout l'apraxie automatique complexe, est, dans les mêmes conditions que l'apraxie volontaire, l'incapacité d'exécuter un acte compliqué, c'est-à-dire un acte nécessitant l'accomplissement d'une série de petits actes ou de petits gestes successifs, comme par exemple les actes de couper du pain, d'allumer une bougie, etc. Cette apraxie automatique simple est souvent dite apraxie idéatoire.

L'aphasie motrice paraît être avant tout une apraxie automatique verbale (perte des habitudes motrices du langage parlé), l'agraphie, une apraxie automatique graphique (perte des habitudes motrices du langage écrit), l'amimie une apraxie automatique mimique (perte des habitudes motrices mimiques). L'apraxie automatique complexe, commune dans l'aphasie sensorielle et motrice (aphasie de Wernicke), indique l'existence de lésions graves au niveau de la région temporo-pariétale (Foix).

Conclusions. — Il résulte de nos recherches cli-

niques spéciales sur l'aphasie et des considérations qui précèdent, que :

1° L'aphasie motrice est une variété d'apraxie;
2° La surdité et la cécité verbales sont des agnosies;
3° L'aphasie sensorielle de Wernicke, ou aphasie temporo-pariétale de Foix, ou aphasie complexe, sensorielle et motrice, est une agnoso-apraxie (1).

LES LIGATURES DIFFICILES[2]

Par H. BILLET,
Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DE L'ARTÈRE CUBITALE

A L'UNION DU TIERS SUPÉRIEUR ET DU TIERS MOYEN DE L'AVANT-BRAS

Il est très regrettable que Farabeuf, après avoir insisté sur *la grande largeur* du muscle cubital antérieur, sur *l'adhérence à ce muscle de la cloison fibreuse intermusculaire*, et démontré *la nécessité d'inciser sur le fléchisseur sublime*, ait cru devoir décrire la ligne d'incision épitrochléo-pisiformienne.

J'affirme, en effet, que c'est cette ligne d'incision qui fait faire fausse route à nombre d'opérateurs. Et c'est grâce à cela qu'une ligature, qui est en somme remarquablement simple et facile, a acquis la réputation d'une ligature difficile.

La ligne épitrochléo-pisiformienne mène presque toujours sur le muscle cubital antérieur : j'ai pu m'en assurer sur de nombreux sujets. Il n'y a guère que les sujets très maigres chez lesquels la ligne de Farabeuf corresponde à l'interstice cubital antérieur-fléchisseur superficiel. Et même en serait-il toujours ainsi, ce serait encore insuffisant, puisque, comme le dit encore Farabeuf, c'est sur le fléchisseur sublime qu'il faut inciser, *donc en dehors de l'interstice cubital-fléchisseur*.

On objectera peut-être que Farabeuf s'est appliqué à décrire les caractères qui différencient l'aponévrose du cubital de celle du fléchisseur; je reconnais aussi volontiers qu'il recommande expressément d'inciser l'aponévrose « parallèlement à l'interstice, à plusieurs millimètres en avant et en dehors ». Mais ce sont là arguments d'anatomiste et non de chirurgien. C'est raisonner comme si la région se trouvait largement disséquée. Or, le chirurgien ne travaille que sur un champ restreint de 6 à 7 centimètres de long sur quelques millimètres de large. A moins de disséquer les lèvres de l'incision opératoire, ce qui est une faute, il lui sera fort difficile de distinguer l'aponévrose du cubital de celle du fléchisseur, et cela d'autant plus que les différences ne sont pas considérables et qu'elles s'atténuent sensiblement, au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Puisque aussi bien tout le monde s'accorde à reconnaître l'importance du fléchisseur superficiel, puisque ce muscle est incontestablement la véritable clef de la ligature, *pourquoi donc ne pas conseiller une incision qui mène d'emblée, et à coup sûr, sur lui*? N'est-ce pas la logique même? Ce n'est donc, ni sur la ligne épitrochléo-pisiformienne, trop souvent trompeuse, ni même sur l'interstice cubital-fléchisseur qu'il faudra tracer l'incision, c'est franchement en dehors de celui-ci (fig. 1).

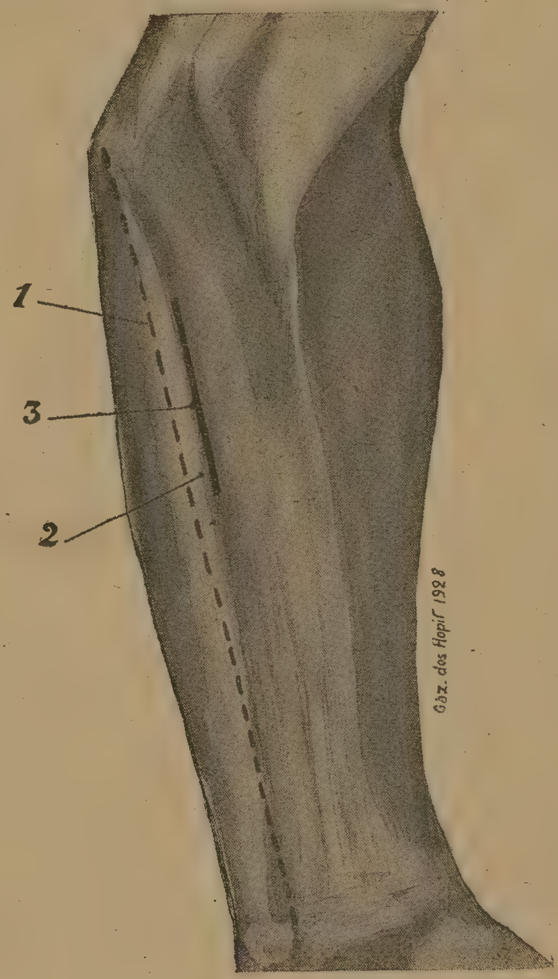


FIG. 1. — *Tracé de la ligne d'incision.*

1. La ligne épitrochléo-pisiformienne. — 2. L'interstice musculaire cubital antérieur-fléchisseur superficiel. — 3. La ligne d'incision rationnelle, en dehors de l'interstice cubital-fléchisseur, qui mène à coup sûr sur le fléchisseur sublime.

Dès lors que vous agirez ainsi, toute cause d'erreur ou de fausse route sera écartée. Le muscle cubital antérieur se réclinera de lui-même, entraîné par l'aponévrose superficielle, dont la lèvre interne, tirée par des pinces, tendra la cloison intermusculaire (fig. 2). Il ne restera plus qu'à récliner le fléchisseur en dehors pour découvrir le plan sous-jacent et apercevoir, à peine voilés par l'aponévrose profonde, le nerf cubital et les vaisseaux qui se por-

(1) V. BENON (R.). — 1. *Éléments de pathologie mentale*; *clinique et médecine légale*, Paris, 1922, p. 165; — 2. Aphasie, agnosie, apraxie, *Journ. des prat.*, 24 déc. 1921, p. 855; — 3. L'aphasie, nature, symptômes et diagnostic, *Prog. méd.*, 23 mai 1925, p. 774; — 4. L'aphasie, essai psycho-clinique, *Gaz. des hôpit.*, 2 juin 1926, p. 709; — 5. Aphasie, agnosie, apraxie, étude clinique, *Bull. méd.*, 1927, 6-9 juillet, et *La Médecine argentine*, 1928, février.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires.

tent à sa rencontre et s'accolent à lui, dans la partie inférieure du champ opératoire (fig. 2).

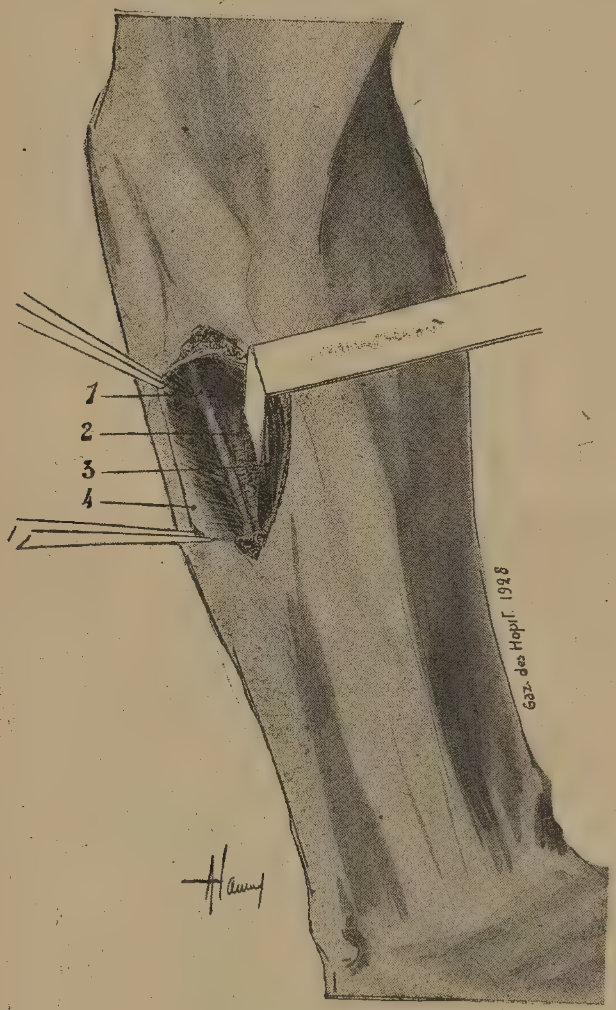


Fig. 2. — *Découverte de l'artère.*

1 et 2. Nerf cubital et vaisseaux cubitaux voilés par l'aponévrose profonde. — 3. Muscle fléchisseur superficiel récliné en dehors. — 4. Aponévrose du fléchisseur tirée en dedans par deux pinces et entraînant simultanément la cloison intermusculaire et le muscle cubital antérieur.

Grâce à ces directives, la ligature de la cubitale se classera parmi les ligatures faciles. En voici les temps successifs :

1° *Incision* de 6 ou 7 centimètres, à la hauteur voulue, parallèle à l'interstice cubital antérieur-fléchisseur superficiel et à 1 centimètre en dehors (fig. 1);

2° *Incision de l'aponévrose*, qui ne peut être que celle du fléchisseur;

3° *Découverte de l'artère*. Saisissez avec une pince la lèvre interne de l'aponévrose. De quelques coups de sonde cannelée, dégagez le muscle fléchisseur et réclinez-le en dehors avec un écarteur. En tirant de plus en plus sur la lèvre interne de l'aponévrose et en réclinant davantage le muscle fléchisseur, vous arriverez très rapidement, en suivant la cloison intermusculaire, sur l'aponévrose profonde, au travers de laquelle vous découvrirez sans peine le nerf et les vaisseaux cubitaux (fig. 2);

4° *Ligature.*

LIGATURE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE

A LA PARTIE MOYENNE DU BRAS

Ce n'est pas une ligature difficile, à proprement parler. On ne la réussit cependant pas toujours; j'ai vu, plus d'une fois, des opérateurs s'égarer dans la loge postérieure du bras et finir par lier, après de laborieuses recherches, une collatérale interne, au lieu de l'artère humérale. Ils sont passés d'emblée au delà, c'est-à-dire en dedans et en arrière du paquet vasculo-nerveux de la loge antérieure, dont la gaine, à ce niveau, est fusionnée à l'aponévrose superficielle; et ils sont entrés dans la loge bra-

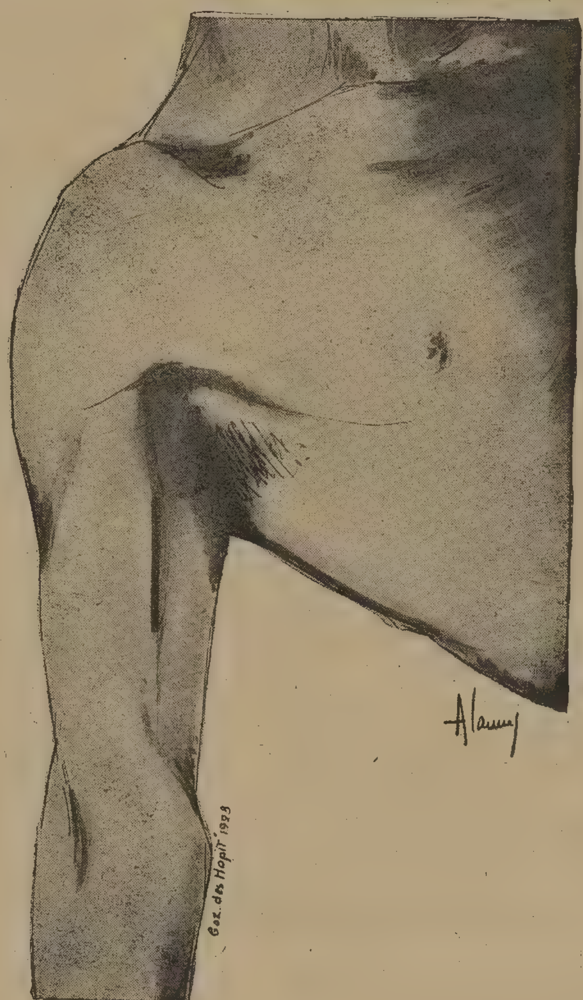


Fig. 1. — *La ligne d'incision (parallèle au bord interne du biceps et un peu en dehors de lui).*

chiale postérieure, de l'autre côté de la cloison intermusculaire interne, sur laquelle reposent également les vaisseaux huméraux et le nerf médian.

Pourquoi commet-on cette erreur? Je lui reconnais deux causes principales.

La première est inexcusable : c'est le manque d'attention, la légèreté de l'opérateur. C'est une cause d'erreur qu'on rencontre trop souvent en médecine opératoire, surtout quand il s'agit de ligatures de difficulté moyenne; la ligature passe pour être facile; on trace au jugé son incision... et l'on fait fausse route.

La seconde cause d'erreur, il faut le dire une fois de plus, c'est la ligne d'incision classique, celle qui

part du point culminant ou sommet de l'aisselle, pour aboutir au milieu du pli du coude. Ce n'est certes pas la plus mauvaise des lignes d'opération : dans un très grand nombre de cas, elle répond assez exactement au trajet de l'artère humérale, et j'ai constaté qu'elle empiétait presque toujours sur le biceps, ce qui est capital. Les erreurs se produisent pour la plupart sur des sujets maigres, sur des femmes aux biceps étroits : sur de tels sujets, la ligne d'incision est généralement trop interne et ne conduit pas sur le biceps.

C'est, en effet, *sur le biceps qu'il faut inciser*, pour réussir la ligature. Farabeuf a eu bien soin de le dire dans les « Notes » qui suivent l'exposé de la ligature; ce qu'il a mis dans ces notes devrait occuper la première place! J'estime que, pour lier

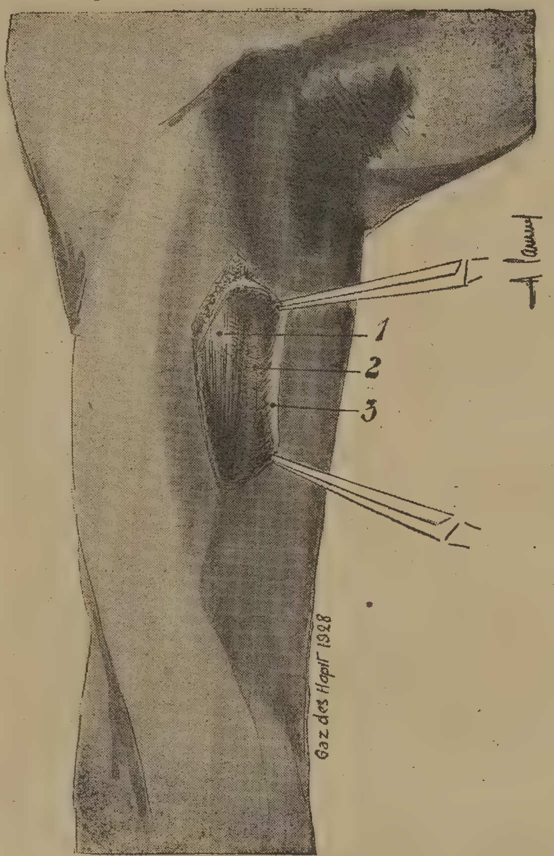


FIG. 2. — *Découverte de l'artère.*

1. Le muscle biceps dans sa loge. — 2. Le paquet vasculo-nerveux entouré de sa gaine. — 3. La lèvre interne de l'aponévrose du biceps tirée en dehors par des pinces.

l'artère humérale à la partie moyenne du bras, le tracé d'une ligne d'incision est parfaitement inutile; le vrai, le seul repère utile, c'est le bord interne du biceps; incisez donc toujours parallèlement au bord interne du biceps et un peu en dehors de lui et vous ne manquerez jamais cette ligature (fig. 1).

Une fois la loge bicipitale ouverte, vous dégagerez le muscle de quelques coups de sonde cannelée, vous le réclinerez en dehors avec un écarteur, cependant que l'aide tend, avec des pinces, la lèvre interne de l'aponévrose (fig. 2). Le paquet vasculo-nerveux apparaît aussitôt, entouré de sa gaine fibreuse. Il ne vous reste plus qu'à libérer l'artère pour la lier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1928)

Sur la présence de l'ergostérol dans le sang humain. — M. DEJUST, Mlle VAN STOLK et M. DUREUIL.

Etude d'un nouveau cas de mycose osseuse. — MM. A. SARTORY, R. SARTORY, Marcel MEYER et Jacques MEYER. Tuméfaction du pied, survenue à la suite d'un traumatisme, chez un enfant de douze ans; évolution très lente. La radiographie donne l'impression d'une ostéite kystique et fibreuse. L'examen microscopique de fragments prélevés par trépanation, étant donné l'absence de pus, montre un paramycétome du groupe des *Hyphomycétomes*, diagnostic confirmé par les cultures. Guérison obtenue par badigeonnage à la glycérine iodoformée, après trépanation, et contrôlée par la radiographie.

Il existe donc en Europe des mycoses osseuses (maduromycoses ou hyphomycétomes) dont les signes cliniques, l'évolution et le traitement diffèrent de ceux qui ont été décrits jusqu'ici dans les mycoses tropicales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1928)

A propos de la cholécystectomie. — M. CADENAT pratique suivant les cas la cholécystectomie directe ou rétrograde; plusieurs fois il a pratiqué une cholécystectomie transcervicale; après section de la vésicule au niveau du col, il enlève la vésicule en liant l'artère cystique, puis suit le canal cystique et le lie près de la voie principale. Cette opération lui semble très recommandable, surtout dans les cas où le cystique n'est pas nettement visible.

Plaie de la rate. — M. J. QUÉNU (rapport de M. Toupet), chez une jeune femme blessée par balle entrée sous le mamelon gauche et sortie sous la pointe de l'omoplate, a pensé tout d'abord à une plaie du cœur; le péricarde étant intact, la plaie diaphragmatique est agrandie, et la rate, éclatée est enlevée par voie transthoracique. Sutures. Guérison après otite suppurée puis infection de l'hémothorax ayant nécessité une pleurotomie.

Syncopes anesthésiques et injections d'adrénaline dans le cœur. — M. TOUPET rapporte une observation de M. S. BANZET et deux de M. M. KHATER (de Damas); dans le premier cas, l'injection d'adrénaline faite au cours d'une syncope après rachi-anesthésie ranima la malade qui mourut après quarante-huit heures; dans les deux autres cas (anesthésie à l'éther et au chloroforme), guérison définitive.

MM. MATHIEU et MOUCHET apportent chacun un cas de guérison chez l'enfant.

Arthrodèse extraarticulaire. — M. MATHIEU fait un rapport sur une arthrodèse extraarticulaire pratiquée par M. YOVTCHITCH (de Belgrade) dans un cas de coxalgie avec pseudarthrose intracotyloïdienne solide chez une enfant de neuf ans, avec guérison par ankylose osseuse.

Ostéochondrite juvénile de l'astragale. — M. FRANCISCO GARCIA DIAZ (d'Oviedo) présente une observation (rapport de M. Mouchet) d'ostéochondrite localisée à l'astragale chez une fille de dix-huit ans.

Fracture de l'épitrochlée. — M. GRIMAULT (d'Algrange) (rapport de M. Mouchet) envoie une observation de fracture

de l'épitrochlée avec interposition du fragment entre la trochlée et la cavité sigmoïde et paralysie du cubital. Guérison après ostéosynthèse.

Paralysie obstétricale du nerf radial. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. A. Richard, de paralysie du radial inclus dans un cal de fracture obstétricale de l'humérus. Guérison après opération.

A propos des injections sous-cutanées d'adrénaline. — M. P. Moure comme conclusion à la discussion sur ce sujet, estime que ces injections ne sont pas sans danger, que la solution doit être scrupuleusement dosée et qu'il ne faut pas dépasser x gouttes d'adrénaline pour 100 centimètres cubes de la solution de novocaïne, avec mélange pratiqué extemporanément.

Myomectomies et fibromes utérins. — M. Pierre Bazy dans un cas difficile pratiqua d'abord l'hystérectomie, puis l'énucléation du fibrome.

Exploration radiologique de l'utérus. — M. Cotte apporte les résultats de son expérience de l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection intra-utérine de lipiodol.

(Séance du 11 juillet 1928)

Infiltration muco-gélatineuse du péritoine. — M. Gaudier (de Lille), après résection du cæcum pour tumeur, trouva une poche remplie de mucus gélatineux.

Arthrodèse extraarticulaire de la hanche. — M. Lance présente un cas d'arthrodèse extraarticulaire de la hanche pour arthrite chronique déformante douloureuse avec guérison après vingt mois.

Ligature des deux uretères. — M. Papin (rapport de M. Legueu) appelé chez une malade qui avait subi cinquante heures auparavant une hystérectomie, intervint, trouva les deux uretères liés, incisa les uretères, y glissa une petite sonde jusque dans la vessie et guérit sa malade.

Opérations pour fistules vésico-vaginales. — M. Bengalea (de Buenos-Ayres) [rapport de M. Legueu] envoie les résultats d'opérations pratiquées par voie vaginale (27 cas avec 64,4 p. 100 de guérison), et par voie transvésicale (3 cas, 3 insuccès).

M. J.-L. Faure reste fidèle à la voie vaginale.

Curettage des vertèbres sacrées par voie postérieure. — M. Lance fait un rapport sur un travail de M. L. Ménard (de Berck), qui chez un enfant de treize ans atteint de mal de Pott sacré infecté, aborda le sacrum par la ligne médiane postérieure. Guérison.

M. Lecène préfère attaquer les corps sacrés par voie antérieure en reséquant le coccyx et refoulant le rectum en avant.

Emploi de la prothèse externe dans la chirurgie osseuse. — M. Alglave fait un rapport sur un travail de M. J. Verbrugge (d'Anvers).

Ostéo-arthrites tuberculeuses. — M. Gaudier rapporte deux cas d'ostéo-arthrites traitées depuis trois mois par la méthode de Robertson-Lavalle.

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. de Fourmestraux (de Chartres) dans trois cas de disjonction de la symphyse, a guéri ses malades par l'abstention.

Sténose hypertrophique du nourrisson. — MM. Fredet et Lesné présentent une pièce anatomique : résultat d'une pylorotomie pour sténose hypertrophique, quatre-vingt-quinze jours après l'opération, l'enfant étant mort d'une bronchopneumonie grippale.

M. Ombrédanne signale que dans son service depuis janvier 1927, treize pylorotomies ont été pratiquées, toutes suivies de guérison.

— La prochaine séance aura lieu le 17 octobre.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 13 juin 1928)

Bronchoscopie et trachéo-fistulisation endobronchique dans leur rôle comparé. — M. Georges Rosenthal soutient que la thérapeutique comme l'expérimentation endobronchique doivent bénéficier des deux grandes méthodes. Si la bronchoscopie a pour elle de voir la bronche et de ne pas nécessiter de manœuvre médico-chirurgicale, elle a contre elle sa difficulté et l'impossibilité de faire des manœuvres en série, au moins chez les grands infectés.

La trachéofistulisation surtout, grâce aux sondes fines opaques qui la prolongent, permet tout prélèvement, toute aspiration, toute injection quotidienne et multiquotidienne. Il ne faut donc pas opposer les deux techniques, mais en préciser les domaines.

Inconstance de l'activité des extraits d'organes. — M. Kopaczewski, en collaboration avec MM. Arciszewski et Rosnowski, a constaté en 1925 que les caractères physico-chimiques des extraits d'organes de diverses provenances présentent des caractères physico-chimiques variables. L'auteur rend compte aujourd'hui de l'application d'une méthode physico-chimique à l'analyse des extraits d'organes. L'analyse électro-capillaire permet de déceler la présence de l'adrénaline à 1 p. 20.000, de la synthaline à 1/50.000 ; la mesure de la tension superficielle donne la possibilité de découvrir les sels biliaires en dilution à 1/10.000. Lorsqu'on applique cette analyse aux extraits d'organes correspondants à ces principes actifs (surrénale, pancréas, foie et autres) on constate que la richesse en principes actifs varie selon la méthode d'extraction, selon la fraîcheur de l'organe, selon la provenance, etc. L'analogie est complète avec les variations connues de la richesse en substances actives des plantes. C'est pourquoi les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'un dosage rigoureux de ces médicaments, afin de donner aux praticiens des corps dont l'activité thérapeutique soit toujours égale, et non comme cela a été constaté par eux, présentant des variations de 0 à 60. Il est évident que certains extraits sont doués d'une grande activité thérapeutique ainsi qu'un récent cas de mort par substitution de l'hypophyse par la thyroïde a permis de se rendre compte.

Vomissements périodiques avec ou sans acétonémie des enfants. Pathogénie et thérapeutique nouvelles. — M. G. Leven montre que ces vomissements sont des vomissements dyspeptiques banaux, sans aucun caractère spécifique, malgré tout ce qui a été écrit à ce sujet.

Ils sont banaux pour lui, au même titre que les vomissements incoercibles de la grossesse dont il les rapproche, car l'observation clinique et les résultats d'une thérapeutique basée sur cette conception si simple prouvent le bien-fondé de cette pathogénie.

Il a observé, chez tous les enfants suivis, traités et guéris, la dyspepsie, avec aérophagie le plus souvent, et ce, comme dans les vomissements de la grossesse. Il a retrouvé parfois, mais moins souvent, car il s'agit de jeunes sujets, la dilatation atonique de l'estomac.

Il a appliqué à tous les cas une technique analogue à celle qu'il utilise dans les vomissements de la grossesse, avec les mêmes succès constants.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 18 MAI 1928)

Fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation de la tête. — M. JUDET en communique deux observations dans lesquelles la tête luxée, qui ne donnait lieu à aucun phénomène de compression vasculaire et nerveuse, fut abandonnée dans l'aisselle. Dans le premier cas, le résultat fut satisfaisant; dans l'autre, il resta une grande limitation des mouvements.

Fracture du col chirurgical de l'humérus avec luxation de la tête. — M. PÉRAIRE en cite deux observations. Dans un cas, la tête était fixée sous la clavicule, et, dans le second, luxée dans l'aisselle. L'auteur fit la reposition sanglante de la tête et obtint des résultats excellents.

Traitement de la colibacillurie. — Pour M. LUYS, le traitement pratique de la colibacillurie comprend trois parties thérapeutiques qui doivent toujours être appliquées ensemble: 1° thérapeutique intestinale (médicale et même parfois chirurgicale) qui s'adresse à l'intestin et à ses annexes; 2° thérapeutique sanguine qui comprend l'emploi des vaccins anticolibacillaires; 3° thérapeutique génito-urinaire qui comprend non seulement des traitements communs à toutes les manifestations morbides génito-urinaires, mais aussi des soins locaux pour chaque complication particulière, urinaire ou génitale.

Le traitement précoce des fractures. — M. R. PETIT fait un rapport sur un travail de M. William Darrach (de New-York). L'auteur insiste sur l'importance de la réduction immédiate, sur l'emploi de la radiographie et de la radioscopie et sur la nécessité de traiter, en même temps que les lésions osseuses, les lésions des parties molles et des articulations.

Relation entre les écoles de médecine et les hôpitaux. — M. R. PETIT fait un rapport sur un travail de M. William Darrach (de New-York) sur ce sujet.

L'histoire clinique du goitre. — M. PAUCHET fait un rapport sur un travail de M. Lewis (de Baltimore). L'auteur expose rapidement l'histoire clinique du goitre, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Il démontre qu'il y a une proportion directe entre l'activité du processus hyperplasique de la thyroïde et les phénomènes toxiques de la maladie de Basedow. Cette étude théorique prouve que, pour amener la suppression des phénomènes toxiques, il faut diminuer le tissu thyroïdien : le traitement chirurgical est le traitement de choix.

Opération ankylosante de la colonne vertébrale. — M. TRÈVES fait un rapport sur un travail de M. N. Allison (de Boston). Cet auteur a complété l'opération de Hibbs (fracture opératoire et abaissement des apophyses épineuses, arthrodèse des articulations intervertébrales) par la pose de greffons ostéo-périostiques empruntés au tibia. La méthode a été employée surtout dans le mal de Pott, les fractures du rachis avec compression médullaire, les scolioses paralytiques ou par malformations congénitales. En dehors de l'infection post-opératoire, le principal danger est le choc, et l'auteur décrit minutieusement les moyens mis en œuvre pour l'éviter.

Les voies d'accès sur la hanche. — M. MASSART fait un rapport sur un travail de M. N. Allison (de Boston). L'auteur et le rapporteur exposent quelles sont les meilleures incisions à utiliser suivant les cas qui peuvent se présenter, soit qu'il s'agisse d'opérations de drainage, de résections faites en milieu infecté, soit qu'il s'agisse d'opérations aseptiques ostéoplastiques pour luxations irréductibles ou pour ankyloses. Parmi les trois voies d'abord habituellement utilisées, antérieure, latérale et postérieure, c'est à la voie antérieure et à la voie latérale qu'il faut recourir dans la majorité des cas.

Deux cas de torsion du mésentère. — M. PAUCHET fait un rapport sur un travail de M. Canessa (de Montévidéo). Celui-ci en cite deux cas : l'un opéré six heures après le début, avec guérison; l'autre opéré vingt-six heures après le début, suivi de mort. La torsion se produit sur un axe qui correspond à l'insertion du mésentère et dans le sens opposé à la marche des aiguilles d'une montre. L'évolution est extrêmement rapide. Le traitement est la détorsion en masse. L'opération doit être faite rapidement dès le début ; car dès que la torsion a provoqué la thrombose des vaisseaux, toute opération est impuissante.

Traitement d'une ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure du tibia par l'ablation en un seul bloc de la lésion et par le plombage avec de la paraffine Quinby. — M. DUPUY DE FRENELLE communique cette observation. Le malade, âgé de trente ans, a marché au bout d'un mois et repris son travail après deux mois.

A propos des ostéo-arthrites suppurées chez le nourrisson. Résultats par l'ouverture immédiate de la collection et l'immobilisation rigoureuse. — M. ROEDERER communique trois observations dans lesquelles ce traitement lui a permis d'obtenir une articulation normale et physiologiquement parfaite.

Sacralisation de la Ve vertèbre lombaire. Névralgie du nerf lombo-sacré. Guérison par résection de l'apophyse transverse. — M. LÉO communique l'observation d'une femme âgée de cinquante-deux ans chez laquelle l'opération a donné un excellent résultat.

Occlusion aiguë par étranglement d'une anse d'intestin grêle dans l'hiatus de Winslow. — M. THÉVENARD communique cette observation rare : ce cas serait le vingt-troisième actuellement publié.

Sur la tuberculose isolée des ganglions mésentériques simulant l'appendicite et sur leur pronostic. — M. CROISIER communique le cas d'un enfant de cinq ans qu'il opéra pour un syndrome appendiculaire et chez lequel il constata la présence de ganglions mésentériques tuberculeux.

Un cas de scoliose pottique diagnostiquée par la radiographie. — M. ROEDERER présente un jeune homme atteint de scoliose ancienne interscapulaire, souple sans douleur, chez lequel la radiographie montre qu'il s'agit d'un mal de Pott dorsal avec abcès.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de la glycorachie (1), par le docteur Paul MÉRIEL, prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse, ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or), lauréat de la Faculté (prix Gaussail).

« L'étude que nous avons faite de la glycorachie et de la glycémie est basée sur 1.200 dosages qui ont été faits par la macro-méthode de Bertrand, modifiée par Guillaumin. Dans les cas les plus importants, nous avons utilisé concurremment la macro-méthode de Lewis et Bénédict.

Chez des sujets jeunes, normaux, la glycorachie ne peut pas être exprimée par un chiffre immuable; elle dépend, en effet, de la glycémie et on sait que celle-ci subit des variations. Suivant l'état de fonctionnement du foie, du muscle, de l'appareil glyco-régulateur, etc., on remarque, à l'état physiologique, chez les différents sujets observés dans des conditions tout à fait semblables, des variations indiscutables de la glycémie et de la glycorachie.

(1) *Th. de Toulouse*, 1927. — Toulouse, Impr. Douladoure.

Chez des sujets jeunes, absolument normaux, à jeun et au repos, on trouve des chiffres de glycorachie qui oscillent entre 0,45 et 0,80 par litre. Mais il n'est pas douteux que la moyenne observée, qui est de 0,55 à 0,65, répond à la majorité des cas. C'est pourquoi Mestrezat a raison de parler d'un chiffre moyen de la glycorachie des sujets normaux.

Cependant il est incontestable que, chez certains d'entre eux, on peut trouver des chiffres de 0,80 à 0,85. Cette constatation montre combien il faut être prudent quand on parle d'hyperglycorachie. Celle-ci doit comporter un taux de glucose liquidien d'au moins 1 gramme et, dans ces conditions, on ne l'observe qu'assez rarement.

Nous pensons qu'il ne faut parler d'hyperglycorachie qu'à bon escient. Il ne faut pas non plus parler d'augmentation du sucre liquidien qui, d'après certains auteurs, serait propre à l'épilepsie, la démence précoce, la paralysie générale; chez certains de ces malades, en effet, observés dans les mêmes conditions et à quelques semaines d'intervalle, on trouvera des chiffres nettement différents. Il en est de même si l'on s'adresse à une série de paralytiques généraux ou de déments précoces, de même âge, présentant la même forme clinique, soumis au même régime et examinés à la même heure; on trouvera dans ces conditions des chiffres très variables oscillant entre 0,44 et 0,90 exactement, comme chez des individus normaux.

La glycorachie dépend en grande partie, pour ne pas dire entièrement, de la glycémie dont elle suit les variations en plus ou en moins, à condition que celles-ci soient suffisamment prolongées.

Pour bien étudier ces rapports, nous avons injecté une quantité déterminée de glucose dans les veines, en même temps que des échantillons successifs de liquide céphalo-rachidien étaient recueillis. On déterminait ainsi une hyperglycémie d'abord très intense atteignant 3 et 4 grammes pour 1.000 pendant les premières minutes, puis se fixant pendant une à trois heures autour de 1g50 à 2 grammes par litre. Dans 47 cas sur 48 étudiés, la glycorachie a été notablement augmentée dans les trente minutes qui ont suivi l'injection et jusqu'à la troisième heure environ.

Mais cette hyperglycorachie provoquée ne s'est pas établie instantanément, elle n'a que très rarement dépassé 1g20 chez l'homme, et on ne saurait lui appliquer les lois des constantes hémoméningées de Derrien qui représentent un état d'équilibre mais qui ne règlent pas la pénétration du sucre sanguin dans le liquide céphalo-rachidien.

Il n'existe pas de parallélisme étroit, immuable et mathématique, entre le taux de la glycémie et celui de la glycorachie parce que les échanges ne se produisent pas instantanément. Les variations brusques et éphémères de la glycémie, même si elles sont notables, influencent moins la glycorachie que des modifications du milieu sanguin minimes et plus continues.

Le passage du sucre sanguin dans le liquide céphalo-rachidien ne se fait pas uniquement au niveau des plexus choroïdes, élaborateurs officiels du liquide céphalo-rachidien. Il a lieu à tous les niveaux du névraxe, grâce à des phénomènes de perméabilité vasculaire; les mêmes lois président aux échanges glucosés entre liquide céphalo-rachidien et plasma au niveau des vaisseaux capillaires plexuels, cérébraux et médullo-méningés. Ceci est prouvé par une série d'expériences et de constatations chez le chien et chez l'homme.

a. Chez le chien, dont les espaces sous-arachnoïdiens ont été cloisonnés, on note un passage important de sucre sanguin dans le liquide au-dessous d'une ligature serrée entourant la moelle et ses enveloppes. Dans ce dernier cas, c'est obligatoirement par les vaisseaux méningés et par dialyse que s'est effectué ce passage.

b. Chez l'homme, il est des cas où la glycorachie ventriculaire ou atlo-occipitale est nettement inférieure à la glycorachie lombo-sacrée, il va sans dire que, dans ces cas, les échantillons des différents liquides examinés ont été prélevés simultanément. Dans ces conditions, il est peu probable que le passage du glucose se fasse uniquement au niveau des plexus choroïdes car on ne pourrait comprendre sa concentration dans le liquide rachidien, aucune espèce de faits ne permet d'étayer une semblable hypothèse.

D'ailleurs nous rapportons l'histoire d'un malade chez qui une tumeur de la base avait réalisé un isolement des cavités sous-arachnoïdiennes et ventriculaires. Le glucose injecté dans le sang enrichit directement le liquide spinal périmédullaire sans passer par les plexus choroïdes.

Enfin, chez l'homme normal lui-même, il est possible de trancher ce point important de physiologie grâce aux recherches récentes sur l'évacuation du liquide ventriculaire. Chez un sujet absolument immobile, en décubitus latéral, qui respire doucement, qui ne parle ni ne tousse, les différentes portions du liquide céphalo-rachidien, liquide ventriculaire, péri-cérébral, péri-cérébelleux, péri-spinal sont, comme l'ont montré Cestan et ses collaborateurs, de véritables « eaux dormantes » à peine agitées par les remous respiratoires. Il devenait donc possible d'étudier le passage du glucose dans chacun de ces liquides et de déterminer l'influence, le rôle des plexus choroïdes. Avec Riser nous avons pu mener à bien une observation tout à fait démonstrative. Chez un homme de vingt-huit ans, dont les liquides ventriculaires et spinaux étaient normaux, nous fîmes une injection intraveineuse de glucose. Il nous a été possible de démontrer que les premiers centimètres cubes de liquide rachidien recueillis une demi-heure après ne provenaient pas des plexus, n'avaient pas été en contact avec ceux-ci depuis l'augmentation artificielle de la glycémie. Or, ce liquide était très nettement enrichi en glucose et celui-ci ne pouvant pas provenir des plexus choroïdes, il avait donc une source extraplexuelle : dialyse au niveau de l'endothélium des seuls vaisseaux spino-méningés. Ce qui n'empêche pas le sucre sanguin de passer dans le liquide ventriculaire par les vaisseaux des plexus choroïdes.

a. La valeur sémiologique de l'hypoglycorachie est considérable, parce qu'elle est de règle presque absolue dans un certain nombre d'états méningés et plus particulièrement dans les méningites septiques et dans la méningite tuberculeuse.

Or, en pratique, il y a un grand nombre de réactions méningées lymphocytaires dont il est fort difficile de déterminer la nature dès le début et qu'il importe absolument de distinguer le plus vite possible de la méningite tuberculeuse; l'hypoglycorachie de celle-ci contrastera très heureusement avec la glycorachie normale ou élevée des méningites, de la poliomyélite, de l'encéphalite, des différentes spirilloses, etc. Il ne faut donc pas dire que le dosage du sucre liquidien soit dépourvu d'intérêt pratique.

b. Par contre, en dehors de ces cas, ce qu'on est convenu d'appeler l'hyperglycorachie (glycorachie de 0,65 à 0,85) ne signifie pas grand'chose parce qu'on peut l'observer dans une foule d'états pathologiques et chez un assez grand nombre de sujets tout à fait normaux. Dans l'encéphalite épidémique elle-même, la véritable hyperglycorachie (de 0,90 à 1,10) n'est pas de règle, et il ne faudrait pas étayer un diagnostic si grave de conséquences sur un symptôme aussi aléatoire. »

Contribution à l'étude du diabète syphilitique (1), par le docteur Paul LEVASSOR, ancien externe des hôpitaux de Paris.

« De cette étude sur le diabète syphilitique, nous concluons que :

1° Le mécanisme de la glycorégulation est souvent troublé au cours de la syphilis.

---

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, Editions de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*.

2° Le diabète est un syndrome, et comme tout syndrome il est dû à un complexe anatomo-clinique d'étiologie variable; nier dans cette étiologie la syphilis est tout aussi exagéré que de la considérer comme sa cause exclusive. La vérité est dans l'opinion mixte.

3° Le diabète syphilitique existe. La proportion de diabètes syphilitiques par rapport aux autres diabètes nous est encore inconnue; elle est peut-être plus fréquente en ville qu'à l'hôpital, comme certains auteurs et notamment M. Villaret l'ont écrit.

4° Le traitement antisyphilitique produit souvent de bons effets dans cette forme de diabète, mais ne semble pas la guérir complètement.

5° Il nous semble que le médicament de choix à employer soit le bismuth, plus actif que le mercure, mieux toléré souvent que l'arsenic.

6° L'étude du diabète syphilitique est capable de fournir une base pour l'étude de la syphilis viscérale, spécialement de la syphilis hépatique, pancréatique et nerveuse, et de même elle permettra peut-être de dissocier des affections, étiologiquement différentes, actuellement réunies sous l'étiquette « syndrome diabétique ».

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE

GÉNÉRALITÉS

L'intestin est, après le poumon, un des organes les plus fréquemment atteints chez l'adulte par la tuberculose. La bacillose intestinale se présente sous des aspects bien différents, au point de vue clinique, pronostique, thérapeutique, et on peut opposer des formes :

1. **MÉDICALES**. — Presque toujours *secondaires*, *diffuses*, à tendance *ulcéreuse*. Le pronostic, *toujours sombre*, ne serait pas forcément fatal, et certains auteurs ont récemment insisté sur l'existence de formes *localisées et bénignes*, quelquefois curables sous condition d'un diagnostic précoce et d'un traitement précoce et approprié.

2. **CHIRURGICALES**. — Le plus souvent *primitives*, *localisées*, à tendance *fibreuse* et *sclérosante*, aboutissant à des sténoses *hypertrophiques* ou à des sténoses *simples*.

CLINIQUE

I. **Forme granulique**. — Nous ne ferons que la signaler. Elle est exceptionnelle. Chez un malade qui présente le tableau de la granulie généralisée le ballonnement du ventre, la douleur iliaque droite, la *constipation* (rarement la diarrhée avec entérorragies) donnent la note intestinale.

II. **Formes ulcéreuses**. — *A*. Forme commune a l'entérite tuberculeuse. — Dans la règle, elle est *secondaire* chez l'*adulte* et relève de la déglutition des crachats. Elle apparaît donc chez un *tuberculeux pulmonaire*, à titre de complication *précoce* ou plus souvent *tardive*, aggravant toujours le pronostic.

Classiquement, le diagnostic d'entérite tuberculeuse équivaut à un arrêt de mort. Tout en reconnaissant la haute gravité de cette complication, certains auteurs (Burnand, Perret, Bonafé) ont souligné l'existence de formes *relativement bénignes*, et insisté sur les symptômes de début, si importants à connaître pour un diagnostic précoce.

Début. — Il s'agit donc d'un tuberculeux pulmonaire qui se plaint de troubles gastro-intestinaux. Une question capitale se pose : ces troubles sont-ils d'ordre banal ou trahissent-ils l'existence d'une entérite tuberculeuse au début?

Signes fonctionnels. — Les selles sont pâteuses, brillantes, enduites de mucus et ne se modifient pas malgré un traitement bien suivi. Le malade se plaint de crampes gastriques, de nausées, de *douleurs à type névralgique* dans les hypocondres, le flanc droit, et on sait le rôle qu'on a fait jouer aux *entéronévrites* dans la pathogénie de ces douleurs.

Dans certains cas très rares, une *entérorragie* abondante, isolée, sans gravité propre, peut venir donner l'*alarme*, événement révélateur comparable à l'hémoptysie de la tuberculose pulmonaire.

Signes généraux. — A ces symptômes, qui n'ont rien de spécifique, s'ajoutent un ensemble de troubles généraux très importants. Ce sont :

1. *Le manque de parallélisme entre l'état du poumon*, siège de la lésion tuberculeuse, et la courbe thermique.

L'immobilité topographique des lésions pulmonaires ne cadre pas avec une température subfébrile installée depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. Parfois, on observe des poussées thermiques coïncidant avec une accentuation des troubles gastro-intestinaux, sans modification des signes pulmonaires.

2. *L'amaigrissement persistant ou croissant du malade*, malgré un état pulmonaire satisfaisant.

En somme, rien de caractéristique. Mais un ensemble de signes qui doivent mettre en éveil et faire soupçonner la tuberculose intestinale. On ne pourra aboutir à une présomption solide qu'en faisant appel aux données de la *clinique totale*.

Signes physiques. — Rien de caractéristique. Fosse iliaque droite sensible et douloureuse à la décompression brusque.

Signes coprologiques. — *a*. La présence du sang à des examens répétés est d'une certaine valeur diagnostique.

b. Le *bacille tuberculeux* ne se trouve généralement qu'après *homogénéisation*. S'agirait-il de bacilles de Koch authentiques (car il faut éliminer d'autres acido-résistants fréquents dans les selles) sa présence n'est *pas pathognomonique* puisqu'il s'agit de pulmonaires pouvant déglutir leurs crachats. On s'accorde cependant à attribuer une certaine valeur diagnostique aux *gros amas de bacilles*, lorsqu'il s'en trouve à l'examen *direct*.

Radiologie. — N'apporte guère de renseignements dans l'entérite tuberculeuse au début. On a recommandé la palpation sous l'écran, dans le décubitus dorsal, d'heure en heure, après repas opaque. On peut ainsi bien localiser le siège de la douleur et dissocier le cæcum de l'iléon inférieur.

La traversée digestive est souvent *accélérée* avec péristaltisme exagéré. Parfois on note des *taches résiduelles*.

En résumé, *on peut arriver à une présomption solide* de tuberculose intestinale au début, mais le diagnostic précis est pratiquement impossible. On se gardera bien d'étiqueter simplement colite muqueuse, colotyphlite, insuffisance digestive, ces troubles observés chez un pulmonaire. On appliquera le *traitement médical sévère* le mieux approprié : régime et médicaments adéquats, héliothérapie abdominale, cure sanatoriale prolongée, traitement de la tuberculose pulmonaire (pneumothorax).

Les signes d'entérite spécifique probable rétrocèdent dans un nombre appréciable de cas. Sinon, la marche de la tuberculose intestinale, devenant inquiétante, l'accentuation des troubles fonctionnels et généraux autorisant un pronostic de haute gravité, on pourra faire une *laparotomie exploratrice qui seule permet un diagnostic de certitude* (Burnand) et a pu, dans certains cas exceptionnels, être le premier temps d'*exérèses* suivies de guérisons durables (Burnand et Perret).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 67. — SAMEDI 18 AOUT 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 18 AOUT 1928. — N° 67.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ATTRIBUTION DU TITRE DE PROFESSEUR DE FACULTÉ SANS CHAIRE. — L'article 1er du décret du 4 janvier 1921 est complété de la manière suivante :

« Peuvent également, dans les formes prévues audit décret du 4 janvier 1921, recevoir le titre de professeur titulaire sans l'attribution d'une chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des facultés de médecine pourvus, sans limite de temps, d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement et remplissant depuis quinze ans au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique. »

Est abrogé le décret du 12 juillet 1928. (*J. O.*, 14 août 1928.)

CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE EN 1928. — Par arrêté en date du 15 mai 1927, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 15 octobre 1928.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 6 octobre, à 16 h.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — Sont admis à concourir :

A. *Régime d'étude de 1893-1899.* — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

B. *Régime d'études de 1911-1912.* — Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. *Régime fixé par le décret du 10 septembre 1924.* — Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. *Régime d'études de 1893-1899 et de 1911-1912.* — Etudiants à quatre inscriptions : Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b.* Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. *Régime d'études de 1924.* — Etudiants à quatre inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie; *b.* Une composition d'histologie.

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition de physiologie; *b.* Une composition de physique et de chimie biologiques comportant :

1° Une question de physique biologique (une heure);

2° Une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie pathologique; *b.* Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de

médecine générale; *b*. Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention *assez bien* au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de la mention *bien* audit certificat.

GUERRE. — Un concours sera ouvert le 3 décembre 1928, à 9 h., à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales, sans limitation de nombre.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens, admis à la suite de ce concours, seront nommés médecins ou pharmaciens lieutenants au 31 décembre 1928 avec, pour les médecins, une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade, sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de 10.000 fr. à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française : cinq par Madagascar; cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois sus-visés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* des 6 et 7 août 1928.

Tous renseignements complémentaires, ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial, seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 21e décade (21-30 juillet 1928), 966 décès, au lieu de 1.000 pendant la décade précédente, et au lieu de 993, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La rougeole a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 10). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 67, au lieu de 102 pendant la décade précédente (moyenne 88).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 116; il s'élevait à 121 pendant la décade précédente (moyenne 73).

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 14 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 87, au lieu de 72 (moyenne 64).

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE HYDROPIGÈNE

Repos prolongé au lit.

Régime hydro-lacté pendant quinze jours, puis lacto-végétarien et déchloruré.

Prescrire un mois de suite la *Théosalvose scillitique*, à la dose de deux cachets de 0g50 par jour, puis continuer la médication cinq jours sur dix.

Deux fois par semaine, laxatif léger (sulfate de soude, une cuillerée à café à jeun, ou décoction de bourdaine, 3 à 4 grammes au coucher).

Ferrugineux, Vanadarsine.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies du cuir chevelu : IV. *Les Maladies suppuratives et exsudatives. Pyodermites et eczémas* (1), par le docteur R. SABOURAUD, directeur du Laboratoire municipal de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.

Consacré aux maladies suppuratives et exsudatives du cuir chevelu, cet ouvrage comprend à lui seul une grosse partie de la dermatologie élémentaire. Le docteur Sabouraud y expose le résultat de ses recherches et de sa pratique thérapeutique touchant les « pyodermites et les eczémas ».

Cette double monographie n'a pas seulement pour but de fournir au médecin une thérapeutique simple et précise pour tous les cas qu'il peut être appelé à rencontrer, mais elle vise aussi à élucider des faits trop incompris de la plupart des médecins et dont le rôle est capital en dermatologie.

Prenant séparément les deux principaux microbes, cause des pyodermites, l'auteur envisage d'abord la lésion initiale créé par le staphylocoque doré, et ce avec assez de précision pour que chacun puisse la reconnaître en toutes ses modalités, à tous les degrés de son évolution et en toutes localisations qu'elle peut affecter. C'est seulement quand on connaît la lésion princeps du staphylocoque doré sur la peau humaine qu'on est susceptible de la retrouver sous les divers aspects cliniques qu'elle peut revêtir et qui diffèrent en apparence sans que leur nature première ait changé.

Ce qu'il a fait pour la première des pyodermites, l'auteur le fait pour la seconde qui est due au streptocoque; ainsi on comprendra les complexes symptomatiques constitués par le mélange des deux infections et les tableaux dermatologiques que ce mélange peut fournir.

Si l'auteur tient compte dans cette étude des problèmes biologiques dont l'importance va en grandissant : réceptivité individuelle aux microbes, défense tégumentaire, sensibilisation anormale de la peau, il ne s'en sert pas pour aboutir à des conclusions péremptoires, il ne s'appuie que sur des faits expérimentaux concrets qu'il a pu voir et reproduire.

Ce nouvel ouvrage de l'auteur se rattache à ses trois volumes publiés il y a quelques années consacrés aux maladies séborrhéiques, aux maladies desquamatives, aux maladies cryptogamiques, sous le titre général de *Maladies du cuir chevelu*.

Comme ces précédents ouvrages, celui-ci a été écrit avec le souci d'être compris du médecin non spécialisé; on y trouvera peu ou point de mots techniques, mais des divisions très claires, une riche illustration, une biographie abondante.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

LA CLINIQUE DE VAUGIRARD, 8 *bis*, rue Léon Delhomme, nouvellement installée, reçoit sur la demande des confrères des accouchements à forfait dans d'excellentes conditions.

(1) In-8 de 284 pages avec 149 figures originales. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES ALBUMINURIES FONCTIONNELLES

Par Jean ALBERT-WEIL,
Interne des hôpitaux de Strasbourg.

L'étude des albuminuries dites fonctionnelles a été à l'ordre du jour ces dernières années. En effet il n'est pas de chapitre de la pathologie qui ne soulève de problèmes aussi complexes, du fait de la multiplicité des causes pathogéniques invoquées. Les hypothèses étiologiques sont très nombreuses, mais pratiquement les problèmes posés n'ont pas reçu de solutions pleinement satisfaisantes.

Etant donnée même l'incertitude de nos connaissances touchant des syndromes aussi importants et aussi fréquents, il nous a semblé intéressant de faire ici une mise au point des notions et des conceptions qui ont actuellement cours en ce qui concerne les albuminuries fonctionnelles.

Généralités sur les albuminuries. La classification actuelle des albuminuries. — On peut classer provisoirement les albuminuries en albuminuries symptomatiques et en albuminuries fonctionnelles. Alors que les premières sont toujours dues à l'existence soit d'une lésion rénale, soit d'un trouble circulatoire *évident* intéressant le rein, les secondes sont présumées indépendantes de toutes lésions organiques, et dues seulement à un vice de fonctionnement du rein. Comme l'a écrit notre maître, M. le professeur Pr. Merklen, « ces dernières albuminuries tiennent bien souvent à des modifications fonctionnelles du protoplasma des reins, sans autre lésion concomitante qu'un retard de développement. Maladies d'évolution, elles s'associent à des troubles généraux de la nutrition, qui impriment leur marque à la plupart des organes, et révèlent une perturbation dans la croissance physiologique de l'individu ».

Les albuminuries symptomatiques. — On peut classer sans discussion dans les albuminuries symptomatiques, *toutes les albuminuries dues à des néphrites*, que ce soient des néphrites, passagères ou durables survenant au cours de maladies infectieuses aiguës, ou à la suite de maladies infectieuses chroniques, syphilis, etc., ou apparaissant consécutivement à des intoxications par l'arsenic, le plomb, le mercure, etc., ou des auto-intoxications : diabète, obésité, goutte, etc., ou se produisant sans cause bien déterminée, sous l'influence du froid par exemple. Par contre, il est d'autres albuminuries telles que les albuminuries gravidiques, qui peuvent reconnaître des causes complexes et variées : d'une part ces albuminuries gravidiques peuvent être dues, et c'est le cas le plus fréquent, à des néphrites infectieuses antérieures, ou intercurrentes, survenant au cours de la grossesse, du fait de l'auto-intoxication gravidique ou d'une infection à colibacilles; d'autre part, elles peuvent tirer leur source dans la compression des vaisseaux rénaux par l'utérus gravide. Le plus souvent elles reconnaissent des causes variées, ou rentrent à la fois le facteur inflammatoire, et les troubles circulatoires. Quoi qu'il en soit, ces albuminuries gravidiques, améliorees le plus souvent par le repos au lit, et le régime, constituent d'excellentes formes de transition entre les albuminuries dites symptomatiques, et les albuminuries purement fonctionnelles.

Il faut jusqu'à nouvel ordre rattacher aux albuminuries symptomatiques les albuminuries par troubles circulatoires évidents au niveau du rein, stase survenant au cours de l'asystolie et les albuminuries des affections du système nerveux produisant par réflexe des troubles vaso-moteurs au niveau des reins (tumeur cérébrale, hémorragies cérébrales, méningées, crises épileptiques, etc.).

Les albuminuries fonctionnelles. Leurs caractères généraux. — Les albuminuries dites fonctionnelles reconnaissent une pathogénie qui n'est certainement pas univoque, et l'absence de lésion organique n'est pas démontrée dans tous les cas.

Extrêmement fréquentes, elles ont depuis une cinquantaine d'annees retenu l'attention des cliniciens et reçu divers noms : albuminuries fonctionnelles intermittentes, passagères, albuminuries de Croissance (car elles surviennent volontiers pendant la croissance), albuminuries cycliques, etc. Elles ont des aspects cliniques assez variés et ont constitué pendant longtemps un véritable *caput mortuum* dans lequel on classait beaucoup d'etats morbides différents. Leur étiologie, leur mécanisme sont restés longtemps inconnus. On s'est efforcé de les rattacher à une lésion rénale. Il semble actuellement que cette lésion rénale, si elle existe, soit d'un type particulier, et qu'il s'agisse avant tout d'albuminuries liées à un état général.

Ces albuminuries, quelque dénomination qu'on leur donne, quel que soit le chapitre de pathologie dans lequel on les range, sont caractérisées par un certain nombre de particularités.

1° L'albuminurie n'existe qu'à certains moments de la journée, par conséquent est intermittente et nécessite pour être bien reconnue un *examen fractionné*, il n'y a souvent qu'un échantillon d'urine qui contient de l'albumine, et si l'examen portait sur l'ensemble des urines des vingt-quatre heures, la quantité d'albumine serait réduite à des traces impondérables, et pourrait passer inaperçue.

2° C'est une albumine le plus souvent peu abondante dans l'échantillon où on la constate, constituée surtout par de la serine.

3° Cette albuminurie survient d'habitude chez des adolescents à la période de croissance.

4° Elle ne s'accompagne pas de symptômes d'insuffisance rénale. Les epreuves destinées à déceler l'insuffisance rénale sont absolument négatives, en général. Il y a en effet absence dans les dépôts urinaires centrifugés du moindre élément cellulaire ou autre provenant du parenchyme rénal ou des voies urinaires supérieures. La perméabilité rénale est entièrement conservée. Il y a intégrité complète des propriétés endo-sécrétoires des épitheliums rénaux. D'autre part on ne trouve aucun signe révélateur d'urémie.

5° Ces albuminuries évoluent un certain nombre de mois, parfois d'années, et finissent par guérir; ce sont donc *des albuminuries curables*.

6° Elles ne surviennent jamais dès le premier âge, mais apparaissent souvent vers l'âge de six à huit ans et durent jusqu'à quinze à dix-huit ans; elles disparaissent avec les années.

Si l'on constate de telles albuminuries, on peut en général les classer dans l'un des grands syndromes suivants :

Albuminurie orthostatique.
Albuminurie digestive.
Albuminurie cyclique.

L'albuminurie orthostatique. — L'albuminurie orthostatique est celle qui a été le plus étudiée. C'est une albuminurie qui échappe totalement à l'action du régime alimentaire, du travail digestif ou du travail musculaire exécuté dans le décubitus horizontal et qui n'apparaît que sous l'influence de la station debout.

C'est l'albuminurie que l'on observe quand on la recherche chez certains enfants lorsqu'on les a mis dans la station dite de *garde à vous*, situation de rectitude et d'immobilité dans la station debout, c'est l'albuminurie dite de posture.

« Il s'agit en général de sujets, dont les membres sont grêles et longs, le faciès pâle, le thorax étroit, le dos voûté, ayant souvent, les fillettes surtout, une tendance marquée vers la scoliose. On dit d'eux qu'ils se tiennent mal. Leur taille s'est rapidement accrue, mais ils sont restés maigres. Ce contraste surprend et inquiète leur entourage. Ils se plaignent de fatigue, de malaises vagues, d'insomnies, de vertiges, d'essoufflement au moindre effort. Le travail leur est pénible, peu fructueux, et en les stimulant on réussit mal à vaincre leur soi-disant paresse. L'entrain se ralentit même pour le jeu, le repos devient leur principal objectif, par moments éclatent des céphalalgies, engendrées surtout par une attention tant soit peu soutenus, ou bien ce sont des sensations douloureuses indéfinissables » (1).

Chez ces sujets, en général l'albuminurie se montre une demi-heure ou une heure après le lever pour disparaître une heure environ après le coucher, et cela quel que soit le moment du jour ou de la nuit auquel s'effectuent ces changements de position.

Dans la station verticale, l'albuminurie s'accompagne *constamment d'oligurie*.

Dans la station horizontale, au contraire, on observe de la *polyurie*.

Chez ces sujets l'examen complet ne révèle presque rien d'anormal, on décèle seulement des troubles dyspeptiques minimes (digestions lentes, paresse intestinale, des palpitations, plus rarement des troubles vaso-moteurs, acrocyanose, syndrome hyposphyxique).

A cette albuminurie orthostatique typique, réglée avant tout par la station debout se rattachent tout en s'en distinguant par certains côtés les *albuminuries dites de fatigue*, c'est-à-dire celles qui surviennent du fait de l'exercice, de la marche, de la course, de la bicyclette, du cheval, etc. Il y a une série de circonstances dans lesquelles un enfant à la suite d'une fatigue musculaire exagérée, présente de l'albuminurie; souvent alors celle-ci apparaît à la fin de la journée, allant de pair avec la fatigue physique.

Ces albuminuries sont connues depuis Leube, à la suite des travaux allemands de von Noorden, de la thèse française bien connue de De La Celle de Chateaubourg, des travaux de Marcacci, etc.

A côté des albuminuries orthostatiques et de fatigue, il convient de considérer un deuxième groupe. Les *albuminuries dites digestives* bien étudiées par Tessier et Cade (de Lyon).

Les albuminuries digestives. — Ici l'albuminurie est intermittente encore, mais ce n'est pas tant la station debout, ou la fatigue qui semble la faire apparaître, que le repas. L'albuminurie existe après le repas du matin, de midi, du soir. Elle existe en général en assez petite quantité, moindre encore que lorsqu'il s'agit d'albuminurie orthostatique et est associée à diverses manifestations digestives. La fréquence de cette albuminurie a été diversement appréciée. D'après Bouchard, cette fréquence serait de 17 p. 100 sur le chiffre total des albuminuries non rénales. A. Robin donne 19,5 p. 100, Hayem, plus sévère, n'admet qu'une proportion de 1 p. 100. Selon J. Tessier, elle constitue une modalité de choix parmi les albuminuries d'ordre fonctionnel, puisqu'elle représente 25 p. 100 des faits d'albuminurie non brightique. Les divergences entre des statistiques documentées d'auteurs compétents s'expliquent, d'après Cade, par les milieux différents où les malades ont pu être observés. On trouve en effet relativement peu de cas semblables à l'hôpital, car les troubles subjectifs que ces malades éprouvent ne sont pas en général de ceux qui les obligent à s'aliter et à demander leur admission dans un service. Par contre dans la clientèle de ville, chez les malades de la classe aisée, atteints si souvent des phénomènes dyspeptiques fonctionnels, les albuminuries digestives s'observent avec une fréquence relative. De plus il n'est pas douteux que parmi elles un certain nombre doivent passer inaperçues en raison de leur caractère intermittent.

D'après Castaigne et Chiray on peut distinguer trois variétés principales d'albuminuries digestives :

1° *Les albuminuries digestives au cours des dyspepsies.* — Ici l'albuminurie généralement peu abondante et ne dépassant guère 0g50 par litre fait défaut le matin. Elle apparaît après les repas, principalement après celui de midi, et atteint son maximum en pleine période de digestion. A la longue, cette albuminurie peut devenir continue, elle ne s'accompagne d'aucun symptôme de néphrite.

En revanche, il existe constamment des symptômes de dyspepsie consistant toujours en hypochlorhydrie avec dilatation de l'estomac; quelquefois on a affaire à des enfants atteints d'entérite chronique, de coprostase, ou de diarrhées répétées, faisant des poussées d'entérite aiguë récidivante, plus habituellement encore présentant un syndrome à la fois

(1) Prosper MERKLEN. Les albuminuries fonctionnelles, in *Traité des maladies des enfants* (Hutinel et Pr. Merklen).

gastrique et intestinal (étant bien entendu que l'on doit faire sortir du cadre des albuminuries digestives les albuminuries que l'on observe dans les infections aiguës du tube digestif et notamment dans les infections intestinales, albuminuries qui rentrent dans les albuminuries des néphrites aiguës passagères et qui sont souvent la première manifestation de ces pyélonéphrites d'origine intestinale, sur lesquelles M. Heitz-Boyer a récemment appelé l'attention).

2° *Les albuminuries digestives d'origine hépatique.* — Ce sont celles qui accompagnent certaines lésions congestives ou dégénératives du foie. On est en effet dans certains cas frappé chez quelques sujets par une augmentation de volume du foie, lié d'ordinaire à une perversion du chimisme hépatique, et à un degré d'insuffisance glandulaire. L'albuminurie hépatique en dehors de toute lésion organique du rein a été admise formellement par Gubler, Jaccoud et Huchard. Il s'agit bien là d'un syndrome associé à des troubles hépatiques, dépendant d'eux et disparaissant complètement et d'une façon permanente, lorsqu'ils ont été dissipés. Pour M. Tessier l'albuminurie hépatogène serait le témoin soit d'un hyperfonctionnement, soit d'une insuffisance partielle ou temporaire du foie. Dans ce dernier cas, il faudrait incriminer tantôt de simples modifications fonctionnelles tantôt des lésions variables de la cellule hépatique telles qu'en produisent par exemple le diabète, l'impaludisme, l'adéno-cancer avec cirrhose. Mais avant de poser le diagnostic d'albuminurie hépatogène, on devra chercher si des lésions concomittantes de l'émonctoire rénal ne sont pas à l'origine de la filtration albumineuse.

D'après J. Tessier, les albuminuries hépatogènes seraient toujours intermittentes et diurnes et seraient presque exclusivement composées de globuline. De plus elles présenteraient le plus souvent le caractère de l'acéto-solubilité (1).

On a aussi signalé d'autres données accessoires : l'hyperazoturie, la glycosurie spontanée, la peptonurie, l'albumosurie. Enfin dans certains cas on a pu retrouver certains tests d'insuffisance hépatique : Urobulinurie, réaction de Hay, etc.

3° *Les albuminuries dites alimentaires.* — Elles comportent deux groupes de faits :

Tantôt l'albumine apparaît exclusivement à l'occasion d'une alimentation spéciale, toujours la même (œuf, lait, fromage, etc.). Généralement modérée, elle peut être abondante, et s'accompagner de *troubles généraux graves.* Il s'agit alors vraisemblement de phénomènes que l'on peut rattacher à l'anaphylaxie, se manifestant sous forme d'albuminurie.

Tantôt elle survient constamment après les repas, quelle que soit leur nature, sans que le sujet accuse de troubles dyspeptiques, ou autres, persiste des mois et des années, puis disparaît sans qu'on en connaisse la raison. Quelques auteurs supposent comme nous le verrons plus loin que les albumines nocives pour certains sujets ont cette action parce qu'elles ne subissent pas l'action des ferments digestifs et pénètrent à l'état d'albumines hétérogènes dans la circulation. Elles se ramènent alors en définitive aux albuminuries hépatogènes.

Il ne faut pas classer dans les albuminuries proprement digestives d'une part les albuminuries des néphrites bénignes d'origine digestive comme nous l'avons dit plus haut et d'autre part les dyspepsies secondaires aux lésions rénales. A la vérité la différenciation entre les albuminuries par lésions rénales s'accompagnant de troubles digestifs, et les albuminuries digestives n'est pas toujours facile. Il faudrait connaître le déterminisme de chacune des deux modalités cliniques avant de se prononcer sur la possibilité pour l'albuminurie simple de passer à l'état de néphrite. En tous cas on a le droit de tenir pour curable une albuminurie nettement associée à des troubles digestifs, à condition naturellement que manquent tous les signes d'insuffisance rénale (Prosper Merklen).

En dehors des albuminuries orthostatiques, et des albuminuries digestives, il convient encore de considérer un troisième groupe, qui a son importance à savoir celui constitué par les *albuminuries intermittentes cycliques des adolescents.*

Les albuminuries cycliques. — Elles surviennent le plus souvent chez des sujets de souche arthritique dont les parents ou les grands-parents étaient goutteux, obèses; le plus souvent diabétiques ou encore frappés de tares nerveuses, épilepsie, etc.

Bien étudié par Pavy en Angleterre, et par Teissier en France, elles sont caractérisées par ce fait qu'elles apparaissent selon un cycle. L'albuminurie apparaît le matin, a son maximum vers quatre heures de l'après-midi, disparaît le soir.

On a signalé dans certains cas l'existence d'un second cycle entre sept heures et onze heures du soir.

Les différentes phases par lesquelles passe l'urine ont été bien étudiées par Teissier et son élève Merley.

On constate 1° une élimination initiale exclusive de matière colorantes (pigment brun rouge) qui cesse un peu après le début de l'apparition de l'albumine;

2° Elimination d'albumine;

3° Elimination d'urates en quantité excessive;

4° A la fin de la journée, élimination d'urée en quantité excessive, si bien que l'on a pu décrire le cycle successif des matières colorantes, de l'albuminurie, de l'uraturie et de l'azoturie. L'urobilinurie serait constante.

Toujours peu abondante, cette albuminurie évolue

(1) Pour J. Tessier, en effet, l'albumine acéto-soluble se rencontre surtout lorsque le foie est intéressé dans le processus morbide et c'est le cas chez les syphilitiques, chez les paludéens, chez les éclamptiques, etc. Elle fait partie du syndrome hépato-rénal bien plus que du syndrome rénal pur des néphrites chroniques. La synergie fonctionnelle du foie et du rein (organe vicariant du rein déficient, le foie accentue la destruction des poisons que le rein laisse s'accumuler dans l'organisme; pour suppléer temporairement le foie dans la dépuration de l'organisme, le rein redouble d'activité fonctionnelle) l'explique sans difficulté.

L'albuminurie acéto-soluble indique avant tout une tranformation insuffisante ou viciée des albumines devenues inutilisables dans l'économie par le foie déficient. Tel pourrait en témoigner le passage par le rein de la *globine* provenant de la désintégration des hématies, et qui est une albumine acéto-soluble (Robert et Parisot).

sans grands troubles fonctionnels ou généraux. Teissier cependant considère comme habituelle l'existence d'inappétence, d'asthénie, de somnolence d'idées mélancoliques. On a note aussi les crampes musculaires, des palpitations et de la céphalée.

L'évolution de ce syndrome est longue et dure des années. Teissier considère que la guérison est de règle (78 p. 100 des cas) et pense que jamais cette forme d'albuminurie n'est le point de départ d'une néphrite chronique. Pour cet auteur, l'albuminurie et la décharge de pigments qui l'accompagne sont dues à d'abondantes destructions de globules rouges sous l'influence d'un hyperfonctionnement hépatique lié à la goutte. En effet, l'hérédité goutteuse se trouve toujours à l'origine de ce syndrome.

Castaigne au contraire conteste la bénignité absolue de cette forme, qu'il considère comme pouvant être le point de départ d'une néphrite. Nous étudierons plus loin avec plus de détails la conception de Castaigne sur le rôle de la *débilité rénale* dans l'étiogie des albuminuries fonctionnelles.

Cette classification en albuminuries orthastiques, digestives, cycliques, ne laisse pas d'être un peu schématique. Comme le fait justement remarquer M. Merklen, bien des albuminuries digestives sont influencées par l'orthostatisme chez de nombreux sujets. « Plusieurs auteurs ont remarqué que l'extension ou le séjour au lit suffisent à rendre normales les urines de la digestion. Il est même fort probable que certaines observations rattachées aux albuminuries digestives rentrent franchement dans la classe des albuminuries orthostatiques ». Il ne sera pas rare que dans bien des cas un examen complet comprenant la recherche des modification imprimées par l'orthostatisme permette de rapporter l'albuminurie à la fois à des troubles dyspeptiques et à la stption debout, et d'autre part, il faut se demander si certaines observations rapportées aux albuminuries cycliques ne peuvent être assimilées à certains cas où l'albuminurie, régie par l'orthostatisme, ne se rencontre qu'à une heure déterminée de la journée, à la suite des repas par exemple. De plus, les réactions urinaires spéciales qui sont pour nombre d'auteurs les caractéristiques des albuminuries cycliques manquent souvent ou sont atténuées dans nombre d'albuminuries cataloguées cycliques. On peut donc se demander si on peut rationnellement s'appuyer sur leur présence pour édifier une entité morbide bien définie.

Il semble également difficile d'opposer nettement l'aspect des malades atteints d'albuminurie cyclique à celui des sujets atteints d'albuminurie orthostatique. Alors que les premiers seraient des enfants gros en général, tout au moins forts, rarement maigres, assez grands, bien constitués, les seconds offriraient un aspect malingre caractéristique. Mais M. Teissier ne signale-t-il pas chez les albuminuriques cycliques l'asthénie, l'inappétence, la somnolence, les idées mélancoliques, etc.

En réalité, il s'agit chez ces sujets de manifestations d'un déterminisme encore très mal connu. Nul n'a encore pénétré l'intimité des phénomènes d'albuminurie fonctionnelle. Il semble logique de rapporter toutes ces diverses albuminuries à des causes multiples. Selon les cas, un ou plusieurs facteurs apparaîtront prédominants à l'observation clinique.

Cette multiplicité des facteurs étiologiques nous a amené à traiter dans un chapitre unique de la pathogénie des albuminuries fonctionnelles.

Pathogénies des albuminuries fonctionnelles. — La question de l'orthostatisme. — Toute modification circulatoire amenant un ralentissement du courant sanguin a pour conséquence le passage de l'albumine dans l'urine. Un simple fil de soie posé sans serrer chez l'animal sur la veine rénale de façon à en diminuer l'élasticité sans en rétrécir le calibre produit immédiatement une albuminurie assez considérable avec oligurie (Courcoux). De même en clinique, la stase rénale par abaissement de la tension artérielle et augmentation de la pression veineuse au cours de l'asystolie provoque de l'oligurie et une légère albuminurie, disparaissant aussitôt que retrocède la stase sous l'influence du repos ou de la digitale.

Comme le fait remarquer M. Hanns, le phénomène de l'exsudation albumineuse hors des vaisseaux sous l'influence de *troubles circulatoires constitue un phénomène général dans tout l'organisme* (1). *Mais il semble que le rein soit spécialement sensible aux effets de la stase.*

Il semble que l'orthostatisme ait pour effet de créer un certain degré de stase au niveau du rein. Et en effet, comme l'a noté M. Merklen, les urines dans l'albuminurie orthostatique sont des *urines de stase.*

Toute la statique urinaire subit une inversion. Contrairement à la normale il y a plus souvent oligurie diurne et polyurie nocturne avec abaissement de la densité, les urines du jour sont hyperacides, sédimenteuses, ont un poids spécifique assez fort, et témoignent par rapport à celles de la nuit d'un ralentissement dans les échanges moléculaires. Il suffit de mettre l'enfant en extension dans la journée pour élever le taux de l'urine, la rendre plus claire et lui conférer les mêmes caractères que la nuit. L'albuminurie consécutive au lever s'accompagne d'une diminution de la quantité des urines et d'une augmentation de leur degré de concentration [Pr. Merklen (2)].

Les théories des actions orthostatiques. — Les théories actuelles attribuent ces phénomènes de stase produit par l'orthostatisme à des troubles circulatoires engendrés par la station debout. J. Tessier pensait à l'existence de simples troubles vasomoteurs au niveau du rein. Pour cet auteur le passage de la position couchée à la station debout amenait au niveau des reins un spasme engendré par un réflexe dont le point de départ était l'excitation de la plante du pied par le contact avec le sol.

(1) Il y aurait là matière à tout un vaste travail de synthèse concernant l'élimination d'albumine, non plus seulement dans l'urine, mais aussi dans d'autres humeurs, expectoration, sérosités, etc.

(2) Voir en confirmation de cette inversion du rythme urinaire dans l'albuminurie orthostatique une note de M. Labbé et P.-L. Violle parue dans les *Annales de médecine*, août 1923, t. XIV, n° 2 : « L'épreuve de la diurèse provoquée dans l'albuminurie orthostatique. »

C'est la théorie de l'albuminurie orthostatique par réflexe plantaire, théorie complètement abandonnée aujourd'hui, le réflexe plantaire, s'il existe, n'intervenant pas dans la production de l'albuminurie orthostatique, puisque celle-ci se produit dans l'orthostatisme, même lorsque la plante des pieds n'entre pas en contact avec le sol (expérience de Daversen et d'Aubertin).

Merklen et Courcoux ont fait remarquer que l'albuminurie orthostatique apparaît entre treize et quinze ans chez des sujets à croissance rapide; l'appareil cardio-vasculaire ne pourrait suivre d'après eux le développement du tissu osseux; ces enfants auraient donc de l'atonie vasculaire caractérisée par de l'hypotension artérielle et une tendance marquée à faire de la stase veineuse. Ils seraient ainsi dans des conditions favorables pour avoir de l'albumine. Mais il faut cependant objecter que certaines albuminuries orthostatiques n'ont pas de ces troubles vasculaires.

Lemoine et Linossier, en 1903, ont invoqué le rôle de la ptose rénale. Ils attribuaient l'apparition de l'albumine à une diminution du calibre des vaisseaux résultant d'une torsion légère du pédicule rénal. Cette torsion serait elle-même provoquée par l'action de la pesanteur sur le rein dans la position debout.

Lemoine et Linossier ont pu fournir une confirmation indirecte de cette hypothèse par l'étude des effets de l'orthostatisme sur les femmes enceintes : « chez celles-ci, le rein étant soutenu pendant la station debout par l'utérus gravide, il n'était pas probable que l'effet fâcheux de l'orthostatisme sur la sécrétion rénale se fît sentir. Par contre, dans la position horizontale il était possible que la pression de l'utérus sur le rein provoquât une torsion du pédicule rénal en sens inverse de la torsion due à l'orthostatisme, et qu'il en résultât une *oligurie clinostatique.* »

C'est ce que l'expérience a permis à ces auteurs de vérifier chez un certain nombre de femmes enceintes. Or, dans ces cas, à l'oligurie s'ajoute l'albuminurie.

La gêne de la circulation rénale a été expliquée différemment par d'autres auteurs. Pour Jehle, la position debout déterminerait la production d'une lordose et par suite d'une flexion des vaisseaux rénaux entraînant un ralentissement de la circulation rénale, cause de l'albuminurie. Ce qui prouverait ce mécanisme, c'est la possibilité de faire disparaître l'albuminurie dans la position debout en modifiant l'attitude du malade de manière à supprimer la lordose, et c'est aussi la possibilité de faire apparaître l'albuminurie dans la position couchée, en réalisant artificiellement une lordose par l'introduction d'un coussin sous les lombes.

Récemment W. Rieser et S. I. Rieser (de New-York) ont admis le rôle de ces deux facteurs étiologiques, ptose organique et lordose lombaire, mais ils ont compris différemment leur action sur la circulation des reins.

Pour ces auteurs, la stase rénale serait unilatérale et gauche, elle serait due à la position anatomique de la veine rénale gauche placée dans une pince artérielle constituée en arrière par l'aorte, en avant par l'artère mésentérique supérieure. Cette pince n'agirait que si l'aorte était projetée en avant par la lordose, ou que si l'artère mésentérique supérieure était tendue par la ptose du méso-colon contemporaine habituelle de la ptose rénale.

A la gêne circulatoire produite par la lordose pourrait s'ajouter comme le fait remarquer Jeanneret (de Lausanne) le ralentissement du sang dans la veine cave inférieure engendré par l'immobilité des membres inférieurs dans la station debout (immobilité qui supprime l'action du cœur périphérique exercée par les contractions musculaires des jambes sur la circulation veineuse), et encore la pléthore du système veineux rénal en raison de l'apport considérable de sang qu'y amène la contraction des muscles lombaires dans la station debout, muscles dont les veines sont tributaires de la veine rénale.

M. Jeanneret a étudié d'une manière très précise l'influence du mobilier scolaire dans la production de l'albuminurie.

Il a vu que chez les enfants immobiles, dans la situation du garde à vous, l'on pouvait observer 61 p. 100 des écoliers ayant gardé cette situation un certain temps, qui présentaient de l'albuminurie, mais que cette proportion énorme de 61 p. 100 était tombée à 15 p. 100 lorsque dans la station debout on leur permettait de remuer les jambes.

Lorsque l'enfant est assis dans la classe avec le mobilier scolaire à distance positive, ce qui veut dire que la chaise ou le banc est éloigné de la table, et si l'enfant assis est penché en avant et non pas en arrière, et n'est par suite pas en lordose, il n'y a pas d'albuminurie.

Lorsque la distance est nulle, c'est-à-dire lorsque l'avant du siège est exactement à la hauteur de la table, il y a de l'albuminurie dans 3 p. 100 des cas.

Lorsque la distance est négative, c'est-à-dire lorsque le siège avance sous la table, et que par conséquent l'enfant est en lordose, il y a 34 p. 100 des enfants présentant de l'albuminurie. Mais ces 34 p. 100 reviennent à un chiffre faible ou à zéro, si l'on permet à l'enfant de mouvoir ses jambes.

Selon M. Jeanneret donc, pour qu'il y ait albuminurie orthostatique, il faut qu'il y ait lordose, orthostatisme et immobilité, et il conclut qu'il s'agit d'une maladie liée très directement aux conditions de la vie scolaire.

D'autres auteurs enfin ont noté que des albuminuriques orthostatiques présentent le plus souvent de l'hypotension artérielle, ce qui rend encore plus compréhensible l'influence de la station debout sur la circulation rénale. Le passage à la station debout entraînerait d'ailleurs le plus souvent un léger abaissement de pression. Pour Potain, cet abaissement de pression serait de 2cm5 chez les sujets normaux. Il en résulterait de la congestion rénale; c'est à cette légère congestion rénale par hypotension artérielle orthostatique, qu'antérieurement on attribuait l'albuminurie orthostatique. Les travaux modernes n'ont pas infirmé d'une manière certaine cette théorie.

Les troubles circulatoires ne sont pas les seuls que l'on puisse incriminer dans l'étiologie des albu-

minuries orthostatiques. Des symptômes d'insuffisance rénale légère ont été depuis fort longtemps mis en évidence dans l'albuminurie orthostatique. Mais la question se pose de savoir si ces symptômes ne sont pas dus au facteur circulatoire.

Lemoine et Linossier ont noté en même temps que l'albuminurie et l'oligurie, une diminution de la sécrétion de l'urée, des chlorures, des phosphates.

Widal, Lemoine et André Weill, Pasteur-Vallery-Radot ont noté, d'autre part une élévation de la constante d'Ambard subordonnée à la station debout (1).

Nous reviendrons sur cette « débilité rénale », quand nous parlerons des théories de M. Castaigne.

On a incriminé encore dans la genèse de l'albuminurie orthostatique la sympathicotonie. Ce serait pour Leven l'explication de certaines albuminuries liées à la dilatation ou à la ptose gastrique et susceptible de guérir avec le port d'une pelote relevant l'estomac. En réalité, cette hypothèse est purement gratuite et il faut reconnaître que l'exploration clinique de l'appareil neuro-végétatif et la mise en œuvre des épreuves pharmaco-dynamiques dans l'albuminurie orthostatique a donné lieu aux résultats les plus contradictoires (Uyeda).

L'albuminurie orthostatique vraie ne subit d'autre influence que celle de la station debout, suffisante, nécessaire et exclusive, écrit Teissier.

Mais, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, bien plus nombreux sont les cas dénommés par Teissier. Albuminurie orthostatique associée, où l'orthostatisme intervient en même temps que d'autres facteurs : influence de la fatigue, influence des repas, etc., des troubles digestifs, des chocs nerveux et cela nous permet maintenant à propos de ces formes de passage d'aborder les théories pathogéniques des albuminuries dites digestives.

Les théories pathogéniques des albuminuries digestives. — Ces albuminuries ressortissent à trois groupes principaux de faits. Albert Robin le premier, puis Castaigne et Chiray ont expliqué les albuminuries des dyspeptiques et des hépatiques par le passage dans l'économie d'albumines insuffisamment élaborées autrement dit d'*albumines hétérogènes* : chez l'individu sain, les albumines alimentaires subissent sous l'influence des glandes digestives une série de transformations chimiques à la suite desquelles elles sont fixées par les tissus.

La présence des albumines étrangères s'expliquerait par divers mécanismes :

1° *Par la surcharge alimentaire.* — Certains malades brady-trophiques absorbent des matières protéiques d'une façon disproportionnée à leurs besoins. Ces gros mangeurs ne pourraient utiliser en totalité les protéiques qu'ils absorbent en excès. Ils les rejetteraient incomplètement transformés et non combinés (J. Tessier).

2° *Par le régime spécial auquel est soumis le malade.* — Il n'est pas exceptionnel de voir des sujets, qui, soumis à l'usage exclusif du lait, ont présenté de l'albuminurie d'une façon plus accentuée du fait d'un pareil régime. La cessation du lait l'atténue, ou la fait disparaître.

Chez certains individus, on voit de l'albuminurie apparaître à la suite d'une alimentation spéciale, toujours la même, sans troubles dyspeptiques apparents. Il s'agit là, de faits d'ailleurs très rares, d'albuminuries *alimentaires*, plutôt que d'albuminuries digestives, ressortissant avant tout, semble-t-il *à un mécanisme d'ordre anaphylactique*.

3° *Par l'insuffisance de la muqueuse stomacale* et la digestion imparfaite des albuminoïdes par le suc gastrique.

4° *Par un trouble dans la fonction absorbante de la muqueuse intestinale*, qui normalement transforme en protéine spécifique, avant de les livrer à la circulation, les protéines hétérogènes, qu'elle puise dans le contenu intestinal.

Il s'agirait soit d'irritation directe du rein par les toxines résorbées par la muqueuse intestinale, ou d'une action intermédiaire de ces toxines, exercée sur le foie, dont elles viendraient troubler le fonctionnement de manière à provoquer l'albuminurie.

5° *Par une déficience plus ou moins marquée de la glande hépatique*, celle-ci fixant et transformant mal les albuminoïdes, albumoses et acides aminés venus du tube gastro-intestinal. La déficience de la fonction protéopexique du foie pourrait donc entraîner le passage dans la circulation d'albumines étrangères et nuisibles.

Action expérimentale sur les reins des albumines hétérogènes. — Castaigne et Chiray ont étudié ce que deviennent les solutions de substances albuminoïdes injectées sous la peau et constatent que, jusqu'au moment de leur élimination rénale, elles ne subissent aucune modification, et conservent les caractères qui les spécifient. Or toutes ces albumines hétérogènes sont plus ou moins toxiques. Elles peuvent léser au passage l'épithélium rénal, ne déterminant, il est vrai que des lésions superficielles et facilement réparables. Lecorché et Talamon expérimentant sur des cobayes, des lapins et des chiens ont pu prolonger pendant trois mois des injections d'albumine étrangère sans obtenir autre chose que des glomérulites subaiguës, avec petits foyers d'infiltration embryonnaire autour de quelques artérioles. Si l'on cesse les injections, l'urine redevient normale en quinze jours, même au bout de trois mois d'expérimentation. Ces expériences réalisent en quelque sorte des albuminuries digestives expérimentales.

Mais d'autre part, nous devons signaler les intéressantes expériences de MM. Linossier et Lemoine. Ces expériences ont montré en effet que, injectées

(1) Mais dans ces cas d'élévation de la constante d'Ambard, élévation assurément non » constante », il faut se souvenir des nombreux facteurs susceptibles de la faire varier : oligurie, etc. Il ne semble donc pas que dans les cas d'élévation passagère de la constante d'Ambard au cours d'albuminurie orthostatique, on soit en droit de se fonder uniquement sur cette élévation pour en déduire une atteinte rénale, si tous les autres signes d'insuffisance rénale font défaut, bien entendu.

Associée à un ou plusieurs de ces signes, la constante conserve évidemment toute sa valeur.

sous la peau du cobaye, ou du lapin, les albumines d'origine animale ont une action néphrotoxique. Elles ont mis en évidence aussi que ces albumines perdent leur effet toxique après un contact suffisamment prolongé, soit du suc gastrique soit d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 p. 1.000. Ces expériences font comprendre par quel mécanisme les désordres digestifs interviennent pour favoriser l'albuminurie d'origine alimentaire, quand les sucs digestifs ne remplissent pas suffisamment leur rôle de neutraliser les néphrotoxines contenues dans les aliments. Elles expliquent également que si la cuisson des aliments les rend moins nocifs pour le rein, la raison en est sans doute, que, étant coagulées par la chaleur, les albumines ingérées ne peuvent être absorbées qu'après avoir été solubilisées et modifiées par le suc gastrique.

En dehors du mécanisme de l'élimination par le rein d'albumines hétérogènes anormalement formées dans l'organisme, on pourrait envisager aussi un autre processus dans les albuminuries digestives. C'est l'auto-intoxication, d'origine intestinale.

Discussion du rôle de l'insuffisance gastro-intestinale. — Rôle du foie. — Elle pourrait s'exercer suivant une double modalité : ou bien il s'agirait d'irritation directe du rein par les toxines résorbées par la muqueuse gastro-intestinale, ou bien on aurait affaire à une action intermédiaire de ces toxines, exercée sur le foie dont elles viendraient troubler le fonctionnement de manière à provoquer l'albuminurie.

La prépondérance de l'atteinte hépatique serait indiquée d'après M. J. Tessier par la prédominance de la globulinurie sur la sérinurie. En somme, au niveau d'un estomac chroniquement enflammé dilaté, contenant des liquides de stase pourraient naître des produits toxiques, qui exerceraient une action irritante sur les bouquets glomérulaires, et surtout les épithéliums rénaux. D'ailleurs il pourrait s'agir non seulement des substances nées par les fermentations chimiques du contenu gastro-intestinal, mais aussi des toxines microbiennes ; ces dernières proviendraient d'infection passagère du tube digestif et en particulier de l'exaltation de la virulence de la flore colibacillaire.

Cette théorie de l'auto-intoxication avait été soutenue autrefois par J. Tessier et Arnozan. Contre elle, A. Robin s'était inscrit en faux. Ayant recherché avec Kuss la toxicité du contenu gastrique dans les dyspepsies hypersthéniques compliquées d'albuminuries, il lui fut impossible de démontrer l'existence de ces toxines.

Quelle que soit l'opinion à laquelle on se rallie, il est vraisemblable d'admettre que le foie intervient fréquemment dans la genèse de ces albuminuries digestives : il est en effet l'*intermédiaire par lequel doivent passer les produits de l'élaboration digestive avant d'être livrés à la circulation générale.* Par ailleurs, si l'on envisage maintenant la pathogénie des albuminuries dites cycliques, le rôle du foie semble également devoir être incriminé.

Pathogénie des albuminuries cycliques. — Pour Tessier l'albuminurie, et la décharge de pigments qui l'accompagne dans cette forme serait due à d'abondantes destructions de globules rouges, sous l'influence d'un hyperfonctionnement hépatique lié à la goutte. En effet l'hérédité goutteuse se trouverait toujours à l'origine de ce syndrome.

Pour Lécorché et Talamon, au contraire le syndrome de Pavy Teissier serait l'indice d'une lésion rénale minime. Le rôle du foie semble cependant probable dans la pathogénie des albuminuries digestives et cycliques. Il ne serait pas logique de ne pas mentionner son rôle possible dans l'albuminurie orthostatique.

Il en est, en effet, bien imprudent d'incriminer un seul facteur lorsqu'il s'agit de phénomène aussi complexe qu'une albuminurie fonctionnelle. Nous avons déjà dit la fréquence, sinon la constance des formes associées. Or le foie ainsi que l'a montré autrefois Chauffard a pour *mission d'assurer la continuité de la sécrétion des reins.*

En réalité la question des albuminuries d'origine hépatique pose toute la question du rôle du foie dans le métabolisme des matières protéiques. Or si l'on connaît assez bien la fonction uréopoiétique du foie, on est en fait assez mal renseigné, sur sa fonction probable de fixation et de formation des matières protéiques.

Telles sont donc les théories pathogéniques actuelles qui ont été émises pour expliquer les albuminuries fonctionnelles. Quelque rapprochées de la réalité qu'on puisse les supposer, aucune d'elles ne semble nécessaire et suffisante. Et d'autre part, surtout en ce qui concerne la pathogénie de l'albuminurie orthostatique, comment expliquer que la lordose ainsi que l'a constaté autrefois M. Merklen reste sans action sur des sujets sains? Il faut donc de toute nécessité admettre en plus de tous les différents facteurs que nous venons d'énumérer un certain état de ce que M. Castaigne a cru devoir appeler débilité rénale. Cette expression, bien qu'assez vague, répond à un certain nombre de faits indéniables.

La débilité rénale. — « Dans de nombreux cas en effet le viscère du fait, vraisemblablement d'un retard de l'évolution des protoplasmes rénaux, de l'appareil glomérulaire et des vaisseaux qui restent aplasiés est incapable de répondre aux exigences que nécessite l'intensité des échanges nutritifs provoqués par la fixation d'albumine et des substances minérales durant la croissance et l'adolescence ; filtre encore suffisant pendant le repos, il fléchit au moindre effort de l'économie. C'est ainsi que par l'intermédiaire des troubles vasculaires et de la prédisposition nerveuse, interviennent, au cours de l'albuminurie orthostatique, la station debout, seule ou combinée à la fatigue, à la marche, à des accidents nerveux, aux troubles du tube digestif et des glandes annexes, du foie surtout ; au cours de l'albuminurie cyclique, l'orthostatisme combiné à l'élimination des produits d'un chimisme hépatique vicié. Dès lors se manifeste la débilité : les glandes quoique indemnes de toute altération ou frappées seulement de lésions évolutives, minimes et curables, président mal à la sélection des éléments de l'urine ; elles s'opposent à la sécrétion aqueuse (oli-

gurie) laissent passer un excès produits normaux (urates, oxalates, etc.) et une petite quantité de substances anormales (albumine) ».

« *La coïncidence des troubles des autres organes prouve que le rein n'est pas seul en cause.* Il existe une méiopragie généralisée à plusiéurs tissus que leur constitution anatomique empêche d'être à la hauteur de leur tâche physiologiques (systèmes cardio-vasculaire, gastro-intestinal, nerveux, glande hépatique, etc.). La nutrition tout entière est défectueuse. La chlorose, la scoliose, les accidents digestifs, nerveux, circulatoires sont proches parents des albuminuries fonctionnelles, et expérimente comme elles la souffrance de viscères surpris par la suractivité nutritive de la puberté et de l'adolescence.

Cet état n'est d'ailleurs que transitoire. Des soins appropriés et avant tout, le repos, l'interdiction absolue à l'économie des dépenses supérieures à ses moyens, donneront à tous les organes le temps de se développer et gagner en force et en résistance. Lorsque l'âge adulte succédera à l'adolescence et que sera terminée cette période d'évolution, ils seront à même de recouvrer leur fonctionnement antérieur; les cellules glomérulo-tubulaires et les vaisseaux du rein sauront de nouveau, en régularisant la sécrétion urinaire, retenir l'albumine » (Pr. Merklen).

Cette notion de la débilité rénale, quelque imprécise qu'elle puisse être, est importante : il faut bien savoir en effet que, encore que maintes des albuminuries fonctionnelles soient susceptibles de disparaître (albuminuries curables) ou tout au moins de laisser indéfiniment intactes les fonctions rénales, *d'autres au contraire, ne sont que la préface, dans un délai plus ou moins éloigné, d'altérations du rein fonctionnellement plus graves.* M. Lian a dans un article récent insisté sur la fréquence relative des cas d'albuminurie paraissant cliniquement simples, ou fonctionnelles, et qui sont la conséquence d'une néphrite avérée (1).

Il importe donc, en présence d'une albuminurie indéterminée compatible avec la santé la meilleure de ne pas s'endormir dans une fausse sécurité, il faut au contraire en suivre l'évolution, explorer de temps à autre les fonctions rénales, s'assurer qu'il ne se fait pas de rétention ni hydrochlorurée, ni azotée, qu'il n'y a pas d'élévation de la constante d'Ambard et qu'il ne se produit pas de retentissement sur l'appareil cardio-vasculaire. L'existence de la débilité rénale peut être révélée par plusieurs procédés, notamment *par les épreuves d'élimination provoquée.* L'épreuve de l'albuminurie provoquée proposée par Castaigne a son intérêt, mais on peut lui objecter qu'il est tout aussi possible qu'elle renseigne sur une déficience hépatique ou tissulaire que sur une débilité rénale (2).

Conclusions cliniques et thérapeutiques. — De toute cette étude, il ressort que la pathogénie des albuminuries fonctionnelles est liée à des facteurs variés. Il est bien rare qu'il y ait une albuminurie purement orthostatique, ou une albuminurie purement digestive. Il importera en clinique de mettre à leur juste place, par un examen rationnel du malade, les différents agents étiologiques. *Le rôle de la débilité rénale semble de plus indéniable dans bien des cas.*

La thérapeutique s'inspirera de ces notions. Elle devra s'attaquer aux facteurs rénaux et extrarénaux des albuminuries fonctionnelles.

Elle devra tâcher de guérir non seulement la lordose et la ptose rénale, mais encore les troubles de croissance, les troubles digestifs, la dystrophie générale.

Il faut éviter les régimes trop rigoureux. Les régimes lacté, déchloruré, hypoazoté sont absolument inutiles. Ils sont par ailleurs souvent debilitants. Le régime lacté est facilement cause de fermentations digestives.

Le régime alimentaire devra être assez varié. Eviter cependant de donner trop d'œufs, et notamment des œufs insuffisamment cuits, en raison de l'action nocive de l'albumine hétérogène, introduite ainsi dans l'organisme (Lereboullet). Eviter de donner des aliments irritants ou épicés en raison de leur action nocive sur le rein. Eviter les aliments qui sont aussi déconseillés dans l'urticaire, l'asthme, etc., afin d'éviter les phénomènes d'anaphylaxie alimentaire.

La viande doit être permise en quantité modérée de préférence grillée ou rôtie.

Eviter le gibier et les viandes fermentées, irritantes, la charcuterie, les crustacés, les poissons gras et les fromages fermentés. Il faut en résumé prescrire un régime antidyspeptique. Le régime demande à être particulièrement surveillé en cas d'albuminurie digestive.

Il faut éviter l'immobilité trop absolue, ainsi qu'il ressort des travaux de M. Jeanneret.

Néanmoins, il faut obtenir que le sujet ait un repos suffisant, qu'il dorme suffisamment la nuit, et que volontiers dans la journée il reste une demi-heure, ou trois quarts d'heure étendu.

Il faut éviter également que l'enfant ait un mauvais mobilier scolaire. Il importe de veiller à ce qu'il garde une bonne attitude, non-lordotique.

La ptose rénale, si elle existe, devra être combattue par une sangle abdominale, ou une ceinture avec pelote spéciale.

Pour combattre l'atonie vasculaire, l'hypotension

(1) C. Lian. De l'atteinte rénale et du régime alimentaire dans les albuminuries des adolescents, *Revue méd. franç.*, nov. 1924.

(2) Cette épreuve qui s'inspire des expériences de Berzelius et de Claude Bernard sur l'albuminurie expérimentalement provoquée par l'introduction dans l'organisme de l'albumine du blanc d'œuf se pratique de la façon suivante : On s'assure préalablement que l'urine du sujet à examiner ne contient pas d'albumine. Puis, ou bien on lui fait une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes de blanc d'œuf, prélevé aseptiquement en ponctionnant le pôle préalablement flambé d'un œuf frais, ou bien on lui fait ingérer le matin à jeun six blancs d'œufs, ou bien encore on lui fait prendre un lavement albumineux (Chiray) composé de six blancs d'œufs après administration d'un lavement évacuateur pris la veille. Cette introduction d'albumine dans l'organisme étant faite on recueille pendant trente-six heures, et séparément, les mictions dans le produit desquelles on recherche l'albumine par le procédé du chauffage avec acidulation légère par l'acide acétique; quand l'épreuve est positive l'albumine apparaît dans l'urine vers la deuxième heure en cas d'injection et vers la vingtième heure en cas de lavement.

Normalement l'urine doit rester exempte d'albumine.

artérielle, la mauvaise circulation périphérique, on tirera bénéfice des frictions sèches, de l'hydrothérapie maniée avec douceur, lotions, enveloppements, bains, douches). La prédominance de l'élément nerveux exige l'usage d'eau chaude. L'apaisement des phénomènes d'excitation cérébro-spinale autorise l'emploi d'eau tiède, avec jet froid terminal.

Le travail intellectuel devra être surveillé chez les malades. Ordonner le repos intellectuel et retirer l'enfant du collège, ou de l'école semble un peu exagéré. Mais on doit veiller à éviter le surmenage scolaire et le travail trop intensif, ou désordonné.

Enfin, bien souvent l'air sera un adjuvant précieux du traitement : le malade devra dormir de préférence les fenêtres ouvertes.

Une cure thermale à Saint-Nectaire sera aussi dans certains cas profitable, non pas tant peut-être du fait des vertus spécifiques de ces eaux, que par le repos forcé, et le délassement physique qu'entraînera la cure.

Enfin faut-il médicamenter ces malades? On se trouvera bien de quelques stimulants généraux tels que le sirop iodo tanique, les glycéro phosphates, etc.

S'il existe des manifestations nettement dystrophiques, une hypotension marquée, quelquefois l'opothérapie surrénale et hypophysaire à doses moyennes aura une action favorable.

On cessera l'administration médicamenteuse ou glandulaire au moindre signe d'intolérance digestive ou autre accusé par le malade.

Certains auteurs recommandent le chlorure de calcium à la dose journalière de 1 gramme à 1g50, pendant quinze jours par mois. En fait cette médication semble assez inutile et inopérante, le chlorure de calcium n'ayant, contrairement à certaines opinions, aucune action nette anti-albuminurique.

Il faudra se garder dans le traitement des albuminuries fonctionnelles des mesures brutales et des thérapeutiques trop actives. Comme l'a dit M. Pr. Merklen : « le traitement exige de l'attention de la part du médecin, et de la patience de la part du malade. Il est long, et l'art du praticien sera de n'ordonner ni trop, ni trop peu ».

BIBLIOGRAPHIE

En ce qui concerne la bibliographie de tous les articles et travaux ayant paru sur la question jusqu'à 1909 on se reportera à l'article que M. le professeur MERKLEN a consacré aux albuminuries fonctionnelles dans le *Traité des maladies des enfants* de HUTINEL, et qui s'accompagne des références les plus complètes concernant la question.

Dans la bibliographie ci-dessous, nous ne mentionnons jusqu'à 1909 que les travaux que nous avons cités dans le cours de ce travail.

LEUBE. Sur l'apparition de l'albumine dans l'urine des gens bien portants, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, 1878, Bd LXXII.

MARCACCI. Nouveaux faits prouvant l'existence d'une albuminurie physiologique, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 avril 1879, p. 255.

DE LA CELLE DE CHATEAUBOURG. Recherches sur l'albuminurie physiologique, *Th. de Paris*, 1883.

MERLEY. De l'albuminurie intermittente cyclique ou maladie de Pavy, *Th. de Lyon*, 1887.

LÉCORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, Paris 1888.

ARNOZAN. Le pronostic des albuminuries, *Congrès franç. de méd.*, 3e session, Nancy 1896.

ROBIN (A.). Des albuminuries dyspeptiques, *Acad. de méd.*, 17 août 1897.

CHAUFFARD. La perméabilité rénale au cours des ictères infectieux, *Presss méd.*, 8 janv. 1898.

TEISSIER. *Les Albuminuries curables*, Paris 1900.

CASTAIGNE. La débilité rénale, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 déc. 1902.

COURCOUX. Les albuminuries orthostatiques ; études pathogénique et clinique, *Th. de Paris*, 1904.

DAVERSEN. Les albuminuries intermittentes, Revue critique, *Th. de Paris*, 1906.

CHIRAY. Des effets produits sur l'organisme par l'introduction de quelques albumines hétérogènes, *Th. de Paris*, 1906.

CASTAIGNE et CHIRAY. Des albuminuries digestives et de leur traitement, *Congrès franç. de méd.*, 1re session, Paris 1907.

VON NOORDEN. L'albuminurie, *Soc. allemande d'urol.*, Ier Congrès, Vienne, oct. 1907.

LEMOINE et LINOSSIER. Le mécanisme de l'albuminurie et de l'oligurie orthostatique, *Presse méd.*, 1909, t. XVII, p. 211.

HUTINEL. Albuminurie orthostatique, *Revue gén. de chir. et de thérap.*, Paris 1910, t. XXIV, p. 372.

COURCOUX. Les albuminuries orthostatiques, *Presse méd.*, 1910, p. 353-370.

WIDAL (F.), LEMIERRE (A.) et WEILL (André). Etude des échanges urinaires et particulièrement de l'excrétion uréique dans un cas d'albuminurie orthostatique, *Journ. d'urol. méd. et chir.*, Paris 1912, t. I, p. 27-32.

ROBERT (H.) et PARISOT (J.). Recherches de la globine dans les urines, *C. R. de la Soc. de biol.*, Réunion biologique de Nancy, 28 mai 1912.

JEANNERET. L'albuminurie posturale de l'enfance, *Arch. de méd. des enf.*, Paris 1915, t. XVIII, p. 461-489; — Recherches relatives à l'albuminurie dite orthostatique, *Corresp. Bl. Schw. Ærtz.*, 18 sept. 1915.

ACHARD. L'albuminurie orthostatique et son traitement, *Revue gén. de clin. et de thérap*,, Paris 1916, t. XXX, p. 625-678.

SONNE (C.). Beitrag zur Aetiologie derlordotischen orthostatischen Albuminurie, *Zeit. f. klin. Med.*, Berlin 1920, t. XL, p. 1-5.

JEHLE. *Die orthostatische Albuminurie* (*Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, von Kraus von Brugsh*), Bd VII, Wien und Berlin 1920.

RIESER (W.) et RIESER (S. L.). The etiology of orthostatic albuminuria, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1922, t. LXXVIII.

HANNS. A propos d'un cas d'albuminurie orthostatique, *Strasbourg méd.*, 1922, t. LXXX, p. 90-107; — Volume et chlorure de sodium urinaires dans l'albuminurie orthostatique. Formes frustes de celle-ci, *Revue de méd.*, 1923, n° 6.

RAMOND (L.). Albuminurie orthostatique. Diagnostic des albuminuries intermittentes, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, Paris 1923, t. XCIV, p. 733-753.

QUINAN (C.). Is orthostatic albuminuria a unilateral discorder? *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1923, t. LXXX, p. 899-902.

UYEDA. Beiträge zur Kenntnis der orthostatischen Albuminurie, *Zeit. f. klin. Med.*, Berlin 1923, t. XCVII, p. 394-412.

CADE (A.). Les albuminuries digestives, *Journ. de méd. de Lyon*, 1924, t. V, p. 35-42.

TEISSIER (J.). Albumines urinaires acéto-solubles, *Journ. de méd. de Lyon*, 1924, t. V, p. 35-42.

LEREBOULLET. Diagnostic et traitement des albuminuries intermittentes et fonctionnelles chez l'enfant, *Progrès méd.*, Paris 1924, t. XXXIX, p. 597-602.

LIAN (C.). De l'atteinte rénale et du régime alimentaire dans les albuminuries des adolescents, *Revue méd. franç.*, Paris 1924, t. V, p. 289.

UYEDA. Recherches sur l'albuminurie orthostatique, *Mitt. aus der med. Fak. der Kaiser. Univ. zu Tokio*, nov. 1924, t. XXXI, n° 4.

TEISSIER (J.). Les albuminuries curables, considérations générales, *Journ. de méd. de Lyon*, 1926, t. VII, p. 521.

WIESE (O.). Die Beandlung der orthostatichen Albuminurie mit Gymnastik, *Münch. med. Woch.*, 1926.

HANNS. *Pathogénie de l'albuminurie*, Editions universitaires de Strasbourg.

Le Directeur gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Les services automobiles P.-L.-M. relient la station de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire. — Par la qualité de ses eaux, la station thermale de Saint-Nectaire s'est fait une renommée mondiale; les baigneurs y viennent, chaque année, plus nombreux.

Deux services quotidiens d'auto-cars P.-L.-M., en correspondance avec les trains de et pour Paris, Nîmes, Montpellier, Cette, Marseille, relient cette station, l'un jusqu'au 30 septembre à Clermont-Ferrand, l'autre, du 1er juin au 25 septembre, à Issoire.

De Saint-Nectaire, les auto-cars P.-L.-M. mènent à Murols, au Lac Chambon et au Mont-Dore et facilitent ainsi la visite de la région pour le plus grand agrément des baigneurs.

Les principales gares du réseau P.-L.-M. délivrent des billets directs pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont-Dore. Ces billets permettent d'enregistrer dès le point de départ les bagages pour les trois stations précitées, sans que le voyageur ait à s'en préoccuper à Clermont ou à Issoire.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Paris. — *Année scolaire 1928-1929.* — **Immatriculation. Inscriptions.** — I. Immatriculation. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897.)

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 h.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1928-1929, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre, du 3 au 20 octobre 1928 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre, du 2 au 19 janvier 1929 (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre, du 10 au 27 avril 1929 (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre, du 4 au 20 juillet 1929.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de

ravaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

— BORDEAUX. — MM. Barthe et Le Dantec, anciens professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

— Une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mercredi 14 novembre 1928, à 8 h. du matin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1929, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — Le Conseil général de la Seine vient de décider de porter de 1.200 à 2.400 fr., à partir du 1er janvier 1928, l'indemnité attribuée à M. Rodiet, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard.

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Limperofoulo (de Paris), Julliand (de Chambéry), Pradel, médecin principal de la marine, à Toulon.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Chasseray (de Paris).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Tournier (de Tien-Tsin).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bellon (de Metz), Troude et Neveu (de Mayence), Guenole (de Tien-Tsin).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Couturat (de Saint-Mandé), Fajolles (de Mayence).

IXe CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Le Congrès de l'Association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée le 8 octobre 1919, se tiendra pour la neuvième fois à Paris, dans une salle de la Faculté, le lundi 8 octobre prochain, à 17 h. 15.

En raison des futures assurances sociales, et vu la nécessité de l'union des groupements médicaux, ce Congrès est particulièrement opportun.

Voici l'ordre du jour actuel : Marche de l'Association. Représentation du Corps médical des hôpitaux dans les commissions administratives. Assurances des médecins des hôpitaux contre maladies ou accidents en service. Honoraires pour payants et droits communs dans les hôpitaux. Séance et décision du Conseil supérieur de l'Assistance publique (29 février 1928). Accidents du travail. Syndicalisation des groupements hospitaliers. Discussion sur l'adhésion de l'Association au groupement des médecins spécialisés.

Election annuelle du bureau et d'un nouveau président.

Les collègues qui auraient d'autres questions à porter à l'ordre du jour sont priés de les faire connaître aux membres du Conseil : Reynes, président à Marseille; Le Nouene, au Havre; Guyot, à Bordeaux, vice-présidents; Patel, à Lyon, trésorier; L.-H. Rocher à Bordeaux, secrétaire général; Paul Boudin, à Paris, conseiller médico-juridique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chaballier, médecin de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, décédé accidentellement; Saint-Martin (de Saint-Béat), Nauwelaers (de Bruxelles), Isaac (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — GYNÉCOLOGIE. — 1° *Cours de perfectionnement de vacances.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, M. Bonnet et M. Chevalier, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 3 au 15 septembre 1928.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Le droit à verser est de 250 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 heures à 17 heures.

2° *Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Bulliard, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 17 au 29 septembre 1928.

Ce cours, fait après le précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques, à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES

SUR

LE MÉCANISME DE LA MORT DANS L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

ET SUR

LE TRAITEMENT DES DIFFÉRENTS TYPES D'OCCLUSION

Par James C. WHITE (de Boston).

I. **Introduction.** — Il est connu de longue date que les thromboses mésentériques et les étranglements aigus de l'intestin qui s'accompagnent de gangrène représentent un danger beaucoup plus grave que la simple occlusion de la lumière intestinale. Du point de vue statistique, la mortalité qui suit le volvulus, l'invagination et la thrombose mésentérique est de 50 p. 100 dès qu'une étendue appréciable de l'intestin a été privée de sa circulation. Après une obstruction complète, sans troubles circulatoires, d'une durée équivalente telle que celle qui résulte d'une bride, d'un calcul biliaire arrêté très haut dans l'intestin, ou encore d'une masse d'adhérences comprimant le jéjuno-iléon après une opération sur l'estomac ou sur les voies biliaires, les résultats opératoires sont infiniment plus favorables. Si on met à part les cas où une anse gangréneuse a permis à la flore bactériologique de l'intestin de transsuder et de produire une péritonite diffuse, il y a lieu de se demander pourquoi les malades atteints d'étranglement aigu sont tellement plus malades que ceux ayant une simple occlusion de la lumière de l'intestin au même niveau.

On a généralement cru que dans toutes les formes d'obstruction intestinal, la mort était due à la toxémie. La nature de la toxine a été décrite comme une décomposition bactériologique par Dragstedt, Moorhead et Burcky (1), comme une protéose toxique provenant de la muqueuse intestinale par Roger et Garnier (2) et par Whipple et Cook (3), Chenut (4), d'après une grande série d'obstructions intestinales expérimentales dans le jéjuno-iléon, constata que la mort (hors le cas de péritonite) est causée par une toxine et que cette toxine, qui n'est que peu absorbée par la muqueuse normale, traverse la paroi intestinale sphacelée avec une extrême rapidité et est absorbée par le péritoine. Plus récemment Haden et Orr (5) ont pensé que les ions chlorés quittent le sang pour se combiner avec les toxines dues à l'obstruction et les neutralise; car c'est un fait bien connu qu'il y a une réduction de chlorures dans le sang et ils ont supposé que c'était là la cause de la déchéance rapide de l'organisme. Et faisant la contre-épreuve, ils ont montré par un très grand nombre d'expériences sur le chien chez lequel ils avaient créé une obstruction jéjunale (5) l'effet favorable de l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire de grandes quantités de solution salée physiologique.

Gamble et Ross (6), Gamble et Mc Iver (7) poursuivant ces études, ont montré que les vomissements dans le cas d'obstruction haute, éliminent des quantités relativement énormes d'ions de sodium et de chlorure. Ils ont en outre fait ressortir le fait qu'à la suite de la perte de ces électrolytes l'organisme devient incapable de retenir son eau et que la mort est probablement due à une deshydration plutôt qu'à une toxémie.

Enfin Hausler et Forster (8), étudiant expérimentalement l'occlusion mécanique simple et l'étranglement aigú, ont montré que dans le premier type la mort est due à une deshydratation et à une déchloruration lentement progressive, tandis que dans le second ces facteurs sont négligeables, la mort étant due à l'absorption toxique et au choc.

Je voudrais apporter ici d'autres expériences qui permettent d'établir la réalité de cette distinction de cette double nature des accidents liés à l'obstruction intestinale. Cette différence de physiopathologie est si importante que les deux types devraient être séparés radicalement comme deux entités morbides différentes.

1° Dans la simple occlusion haute de l'intestin dans les cas de sténose pylorique, l'obstruction du jéjuno-iléon par adhérences après une gastro-entéro-entérostomie ou une opération sur les voies biliaires la mort, en l'absence de gangrène est due en partie à la deshydratation, mais surtout à la perte des ions de Na et Cl, qui produit un trouble fondamental du métabolisme. Sans doute des substances toxiques se forment dans le segment duodénal au-dessus de l'obstacle, mais elles ne sont pas absorbées, ou du moins ne le sont que très peu, aussi longtemps que l'intestin proximal se vide par les vomissements et aussi longtemps que sa circulation se maintient normale. Le malade perd du sodium, du chlorure et de l'eau du sang et des tissus par la partie supérieure de l'intestin et il tire un grand bénéfice de leur remplacement thérapeutique.

2° Dans l'étranglement d'une anse intestinale, l'altération de la paroi par distension et gangrène permet aux substances toxiques de la traverser, comme l'a montré Chenut (4) et des symptômes foudroyants apparaissent. Ces malades sont beaucoup plus gravement atteints cependant, sauf le cas de vomissements très abondants, leur taux de chlorure sanguin reste normal et la thérapeutique chlorurée n'a que peu de valeur. Seule une rapide ablation de l'anse obstrué peut sauver la vie.

II. **Constatations expérimentales et cliniques dans l'obstruction simple haute.** — Il y a un an, j'ai publié avec Bridge (9) une série d'études faites sur des chiens chez lesquels nous avions sectionné le duodénum à 10 centimètres du pylore et invaginé les deux moignons. Ces chiens furent gardés dans des cages à métabolisme; toutes les urines et tous les vomissements furent analysés dans le but de fixer le chiffre de l'élimination totale d'eau et de chlorure du corps. En même temps, nous fîmes le compte exact de toute l'eau bue ou administrée par d'autres voies. Immédiatement après la mort, l'autopsie fut faite. Des fragments des organes internes furent pris pour l'analyse des chlorures. Ces examens furent faits par la méthode de Van Slyke (10) et leur teneur en chlorure de sodium fut déterminée.

TABLE I

Chien avec occlusion duodénale non traitée.

			Avant l'occlusion.	Premier jour.	Deuxième jour.	Troisième jour. Mort.	Pourcentage d'abaissement des chlorures.
Plasma................	NaCl	mgm	730 (+)	566	459	330	55 %
Peau....................	»	»	395			229	42
Muscle................	»	»	227			128	44
Cœur..................	»	»	260 (=)			100	62
Foie....................	»	»	270 (=)			158	42
Rate....................	»	»	260 (=)			176	32
Rein....................	»	»	400 (=)			176	56
Cerveau...............	»	»	276 (=)			199	28

Hématocrite $\frac{\text{vol. des gl. rouges}}{\text{vol. du sang}}$	43 %	65 %	70 %	73 %
Azote non protéique...............	33	39	58	195
Réserve alcaline, CO^2 vol. %	53,8	53	55	65

(+) Dans cette table et les suivantes, le chlore est exprimé sous forme de milligrammes de chlorure de sodium pour 100 grammes de tissu frais.

(=) Valeurs trouvées chez trois chiens normaux.

La table I montre qu'un chien ayant une occlusion haute meurt en trois jours. Pendant ce temps il vomit à profusion et de ce fait perd une grande quantité de chlorure. Il vomit 24,8 grammes de chlorure, ce qui représentait la moitié de la quantité du sel présent dans la totalité de son organisme à l'état normal. L'élimination par l'estomac et le duodénum correspond à un abaissement de 50 p. 100 de chlorure du sang et de tous les différents tissus.

En même temps que cette déchloruration, on observe une deshydratation marquée (montrée par l'élévation rapide de l'hématocrite), une augmentation terminale très rapide de l'azote non protéique et une élévation mais plus réduite de l'acide carbonique contenu dans le plasma. Nous avons également noté que l'urine ne contenait plus de chlorure et restait ainsi, pendant que les chlorures du sang montraient une valeur subnormale. Cliniquement, le chien présente le tableau d'une deshydratation intense avec peau sèche, sans élasticité, muqueuses desséchées, et enfoncement des yeux. Il est anurique pendant vingt-quatre heures. Les muscles sont raides et présentent un léger tremblement convulsif faisant penser à une tétanie commençante.

A l'autopsie le péritoine paraît normal. Le duodénum obstrué est légèrement ballonné, mais d'une coloration normale, et la muqueuse ne montre aucune lésion macroscopique. A ce moment-là nous ne connaissions pas la communication de Chenut (4) et nous n'avons pas fait d'examen microscopique afin de vérifier l'état histologique de la muqueuse.

Nous avons répété la même expérience chez un deuxième chien et sur plusieurs chats. Chez les chats, l'obstruction siégeait sur l'iléon supérieur. Tous les animaux moururent quand le chlorure du sang et des tissus se trouva réduit à la moitié de son niveau primitif. Des chats, ayant une obstruction plus basse, vomissaient moins et mouraient au bout de cinq jours au lieu de trois.

Ces constatations ne sont pas bien différentes de celles qu'ont faites d'autres observateurs, mais nous avons poussé ces observations un peu plus loin en démontrant que la chute des chlorures dans le sang est en proportion directe de la quantité éliminée par la voie gastro-intestinale et, qu'au fur et à mesure que la quantité des chlorures dans le sang diminue, il y a appauvrissement des tissus en chlorure.

Malgré des recherches minutieuses faites pendant une période de deux ans et portant sur une centaine de cas d'obstruction chez l'homme et chez l'animal, je n'ai trouvé aucun exemple d'un abaissement du chlorure dans le sang sans perte proportionnelle par vomissement ou par sécrétion dans l'estomac distendu et l'intestin proximal. Dans tous les cas examinés, la quantité des chlorures dans les tissus était parallèle à celle du sang. S'il en est bien ainsi, on ne peut plus admettre la théorie de Haden et Orr (5), acceptée par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis (11) d'après laquelle l'ion chlore entre dans les tissus pour neutraliser une toxine hypothétique.

Haden et Orr, pour mieux établir l'hypothèse de toxémie ont avancé qu'il y a une élévation de l'azote non protéique à la suite d'une destruction des protéines tissulaires par une toxine. Or voici ce que nous avons vu à ce sujet. Chez notre chien de la table I l'azote non protéique monta jusqu'à 195 milligrammes. Mais pendant les premières vingt-quatre heures, durant lesquelles le chien urinait normalement, elle ne s'éleva presque pas. Puis, le chien devint anurique par déshydration et c'est alors seulement que le métabolisme azoté s'éleva rapidement. Bucon, Anslow et Eppler (12) ont démontré que les mêmes élévations de l'azote non protéique se forment en six jours chez les chiens que l'on fait mourir de soif et bien plus vite que les chiens qui sont déshydratés artificiellement par injections de solution de chlorure de sodium hypertoniques.

La table II montre que, chez un chien chez lequel on avait fait des injections sous-cutanées de glucose isotonique en grandes quantités pour éviter la déshydratation, l'élévation de l'azote non protéique fut beaucoup plus faible. Malgré cela le chien mourut dès que la perte de chlorure par les vomissements dépassa un certain taux. Il est donc probable que

TABLE II

Chien avec occlusion duodénale, traité par sérum glucosé sous-cutané.

			Avant l'occlusion.	Troisième jour.	Cinquième jour.	Septième jour.	Pourcentage d'abaissement des chlorures.
Plasma	NaCl	mgm	688	483	320	—	50 %
Peau	»	»	360			120	66
Muscle	»	»	200 (=)			70	65
Cœur	»	»	260 (=)			75	71
Foie	»	»	270 (=)			100	63
Rate	»	»	260 (=)			115	56
Rein	»	»	400 (=)			110	72
Hématocrite				35,7 %		41 %	39 %
Azote non protéique				30		40	63
Réserve alcaline, CO^2 vol. %				52		62	83

(=) Valeurs trouvées chez trois chiens normaux.

TABLE III

Chien avec occlusion duodénale, traité par sérum physiologique sous-cutané.

			Avant l'opération.	Troisième jour.	Cinquième jour.	Huitième jour.	Pourcentage d'abaissement des chlorures.
Plasma	NaCl	mgm	605	485	440	540	11 %
Peau	»	»	360			295	10
Muscle	»	»	167			160	3
Cœur	»	»	260 (=)			210	19
Foie	»	»	270 (=)			221	18
Rate	»	»	260 (=)			226	13
Rein	»	»	400 (=)			329	18
Estomac	»	»	400 (=)			411	1
Os	»	»	132 (=)			126	5
Hématocrite			40 %	38 %		39 %	34 %
Azote non protéique			30	32		25	16
Réserve alcaline, CO^2 vol. %			51,4	79,5		78	71

(=) Valeurs trouvées chez trois chiens normaux.

cette élévation de l'azote non protéique est due, au moins en partie, à la déshydratation sans que nous puissions dire actuellement que c'est là le facteur essentiel.

La table III montre que, quand les chlorures vomis sont remplacés par un léger excédent de sérum physiologique, l'état chimique du sang et des tissus demeure relativement normal pendant huit jours. A ce moment le chien, toujours en bonne condition, commençait à souffrir des injections ; donc nous avons arrêté l'expérience et tué l'animal.

Après ces recherches avec Bridge chez le chien, j'ai essayé de trouver si le même processus se passe chez l'homme lors d'une simple occlusion. Y a-t-il également perte de grandes quantités de chlorures par les vomissements? Il est très difficile d'en donner la preuve clinique, parce qu'il faut trouver un malade qui développe son obstruction pendant qu'il est en observation et qu'il faudrait recueillir les vomissements dès le début. Cependant j'ai pu observer trois cas d'occlusion post-opératoire dans lesquels ces conditions furent réalisées.

Cas I. — Un jeune homme de vingt-quatre ans a subi une gastro-entérostomie postérieure pour ulcère chronique duodénal. Pendant la première semaine qui suivit l'opération, tout alla bien. Puis il commença à vomir et continua à vomir énormément pendant deux semaines (voir table IV). Le quatrième jour des études radiologiques montrèrent que la bouche de la gastro-entérostomie ne fonctionnait pas, tandis que le duodénum et la partie supérieure du jéjunum étaient très dilatés. Une seconde opération fut pratiquée et révéla la présence d'adhérences constrictives qui avaient complètement obstrué le jéjunum au-dessous de l'anastomose. On fit une gastro-entérostomie antérieure. Avant l'opération, le malade avait eu une courte convulsion généralisée, probablement due à une tétanie gastrique. Depuis l'opération, il avait subi un régime hypochloruré. L'analyse du sang révéla un abaissement considérable et dangereux des chlorures dans le sang (404) et une élévation de l'azote non protéique (172). Malheureusement, on ne contrôla pas la quantité de l'acide carbonique contenu dans le plasma. Le malade ne fut pas soulagé par la nouvelle anastomose, continua à avoir de grands vomissements et tomba dans un état très grave.

A ce moment, nous commençâmes un régime forcé de sérum physiologique isotonique (2 à 4 litres par injections sous-cutanées dans l'aisselle et 1 litre et demi par voie rectale chaque jour réalisant une ingestion quotidienne de 30 à 50 grammes de chlorure de sodium. Cette thérapeutique provoqua une amélioration marquée de l'aspect général, bien que l'obstruction jéjunale fût complète. En une semaine, la chlorémie s'éleva à 512 milligrammes et l'azote non protéique retomba à la normale. Pendant toute cette période le malade avait vomi jusqu'à 3[5] litres de liquide et avait perdu jusqu'à 12 grammes de chlorure par jour. Il subit alors une troisième opération dans laquelle on trouva un duodénum très distendu. Il fut anastomosé à l'iléon supérieur. L'obstruction disparut complètement et le malade guérit rapidement.

TABLE IV

Cas n° 1 avec obstruction du jéjunum après gastro-entérostomose postérieure.

DATE	VOMISSEMENT		URINE		INGESTION		DOSAGES DANS LE SANG			OBSERVATIONS CLINIQUES
	H^2O.	NaCl.	H^2O.	NaCl.	H^2O.	NaCl.	NaCl.	Azote non protéique.	Réserve alcaline.	
16 août 1927..	—	—	—	—	—	—				Gastro-entérostomie postérieure.
17-23........	—	—	—	—	—	—				Convalescence normale.
24...........	1.000	5,0	1.200	—	2.500	0				
25...........	1.189	5,9	1.200	—	2.100	10				
26...........	600	3,0	1.100	—	3.500	33	404	172		Convulsions généralisées simulant la tétanie gastrogène.
27...........	100	3,5	1.300	—	4.500	40	459	172	67,6 %	Gastro-entérostomie antérieure.
28...........	300	2,5	1.200	0	3.300	30				
29...........	—	—	1.200	0	3.300	30				Aucune amélioration après opération.
30...........	2.500	12,5	1.200	0	3.000	28				Introduction d'un tube duodénal pour drainer l'estomac.
31...........	3.500	21,0	1.100	0	6.300	28				» »
1ᵉʳ sept......	3.100	3,0	1.200	0	8.800	50				» »
2............	2.400	6,0	1.000	0	3.600	22	512	36	72,4 %	» »
3............	2.640	9,0	1.500	0	4.080	28				Duodéno-iléostomie.
4............	1.200	5,2	1.700	Tr.	4.350	38				
5............	3.150	5,6	1.500	0,5	4.400	12				
6............	2.400	5,6	1.000	0,5	3.840	12				
7............	2.300	5,0	1.560	—	2.520	25				
8............	—	—	1.500	—	150	12				Se sent très bien.
9............	—	—	1.000	2,5	1.800	—	533	23	60,6 %	Premières selles. Commence à s'alimenter.
	49 litres H^2O		96 gr. NaCl		63 litres H^2O		420 gr. NaCl			

TABLE V

Cas n° 2. Appendicite avec péritonite suivie d'iléus paralytique et obstruction par adhérences péri-jéjunales.

DATE	VOMISSEMENT		URINE		INGESTION		DOSAGES DANS LE SANG		OBSERVATIONS CLINIQUES
	H^2O.	NaCl.	H^2O.	NaCl.	H^2O.	NaCl.	NaCl.	Azote non protéique.	
7-10 nov.			—	—	—	—			
10.......	0	0	1.100	0	2.000	0			Appendicectomie avec drainage.
11.......	0	0	1.100	0	2.900	16	503	51	
12.......	0	0	780	0	4.200	10			
13.......	3.500	25,2	1.200	0	5.000	27			
14.......	3.600	25,9	800	0	5.000	27	440		Abdomen ballonné, iléus paralytique.
15.......	700	4,5	600	0	5.000	45			
16.......	0	0	300	0	5.000	45			Abdomen moins ballonné.
17.......	600	3,7	400	0	4.000	18		Chlorure	
18.......	2.300 Drainage par iléostomie. 1.866	14,6 12,3	400	0,6	2.000	18	560	de { muscle, peau } normal	Abdomen encore très ballonné, état très grave. Iléostomie.
19.......	2.240	16,0	500	4,0	4.400	39,7			
20.......	2.700	19,2	550	1,5	3.160	24,3	595		Le ballonnement diminue rapidement.
21.......	4.505	28,1	500	4,5	5.315	34,3			Se porte beaucoup mieux.
22.......	8.450	16,0	400	2,3	2.600	19,0	630		Premières selles.
23.......	3.000	16,5	590	2,0	3.950	10,0			
24.......	2.500	25,0	410	1,7	3.700	10,0			
25.......	1.400	10,8	550	8,7	3.515	10,0	577	20	La sonde est évacuée, le drainage est arrêté subitement et suivi de selles normales.
	42,5 litres H^2O		243 gr. NaCl		63 litres H^2O		329 gr. NaCl		

CAS II. — Une femme de trente-deux ans entra à l'hôpital avec une péritonite généralisée. Pendant les trois jours précédents, elle avait vomi dix fois. Sa chlorurémie était un peu basse (503 milligrammes) et l'azote non protéique était modérément élevé (50 milligrammes) (voir table V). On fit l'ablation d'un appendice perforé avec drainage du bassin et de la fosse iliaque droite, mais l'abdomen continua à être très ballonné. Elle vomit beaucoup pendant deux jours et perdit pendant ce temps 7 litres de liquide et 50 grammes de chlorure de sodium. Cela réduisit sa teneur en chlorure de sodium au taux très bas de 440 milligrammes. L'iléus paralytique commença alors à se calmer avec le passage de gaz par le rectum.

Le lendemain, soit une semaine après l'opération, elle recommença à vomir, devint extrêmement ballonnée et présentait un péristalisme évident dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen. Pensant qu'il y avait une obstruction par des adhérences inflammatoires, nous rouvrîmes le ventre. La péritonite était en train de se calmer, mais l'intestin grêle était nettement obstrué et adhérent dans la région de l'iléon supérieur. Une jéjunostomie fut alors faite comme dernière ressource, parce que la malade semblait moribonde. Pendant les trois jours précédents on avait donné de hautes doses de sérum physiologique par voie sous-cutanée et rectale. Par suite, le chlorure plasmatique s'était élevé à 560 milligrammes,

On avait prélevé des fragments de peau, de graisse abdominale et de muscle droit lors de la seconde opération. L'examen de ces fragments avait montré des valeurs normales.

La malade cessa de vomir et commença à se porter mieux, toutefois elle continua pendant la semaine suivante à perdre de grandes quantités de liquide et de chlorure par la jéjunostomie. Ces pertes étant continuellement remplacées par du sérum physiologique, le chimisme du sang demeura tout à fait normal, et le rétablissement fut d'une rapidité extraordinaire.

J'ai rapporté ces cas en détail pour bien montrer quelles énormes quantités de liquide et de sel sont perdues par les vomissements et les quantités encore plus grandes qu'il faut administrer pour maintenir la balance normale.

Les trois cas qui suivent ont également des points intéressants et méritent d'être citées brièvement.

Cas III. — Un homme de cinquante-quatre ans, avec une obstruction jéjunale par une péritonite localisée, suite de gastro-entérostomie postérieure. Très semblable au cas I par le fait qu'il vomissait également tous les jours pendant deux semaines une quantité de 1 à 2,5 litres de liquide, contenant de 5 à 16 grammes de chlorure. Il fut finalement soulagé par une duodéno-iléostomie. Pendant deux semaines d'obstruction complète, son chimisme sanguin fut maintenu à l'état normal par des injections quotidiennes de 2 à 4,5 litres de sérum physiologique. Des fragments de peau, de graisse et de muscles prélevés à la seconde opération montrèrent également des valeurs normales de chlorure. Avec cette thérapeutique, le malade resta dans une condition si bonne qu'elle était vraiment remarquable. Son obstruction guérit, mais il mourut deux semaines plus tard d'un abcès sous-phrénique et d'une complication pulmonaire.

Cas IV. — Je ne citerai ce cas que pour montrer la relation qui existe entre un azote non-protéique élevé et la déshydratation. Une femme de quarante-quatre ans entra à l'hôpital parce qu'elle était incapable de rien avaler depuis quatorze jours. L'examen révéla un œsophage complètement obstrué par un carcinome. Pendant ce temps, elle n'avait pas reçu de liquide, à l'exception de 700 centimètres cubes donnés chaque jour par voie rectale. Par suite, elle présentait une image typique de déshydratation. Sa gorge était tellement sèche qu'elle était incapable de parler, autrement que par un faible murmure. L'analyse de son sang montra un taux normal de chlorure plasmatique, l'azote non-protéique seul était augmenté jusqu'à 215 milligrammes. Sans autre traitement que l'absorption suffisante de liquide, administré par voie sous-cutanée et rectale, l'azote non-protéique fut réduit à 115 milligrammes en deux jours. On fit alors une gastrostomie et quarante-huit heures plus tard il était tombé à 71 milligrammes, avec la disparition de tous les signes de déshydratation.

Cas V. — Je rapporte ce cas pour montrer qu'une fois dépassé un certain niveau critique, aucune suppression opératoire de l'obstruction, aucun remplacement du chlorure et de l'eau perdus ne peuvent guérir le malade.

Une femme obèse de soixante-sept ans, atteinte antérieurement de crises biliaires entra à l'hôpital après quatre jours de vomissements profus. Les vomissements avaient pris un caractère nettement fécaloïde. Elle était très déshydratée. Le chlorure plasmatique du sang était très bas (406 milligrammes), l'azote non-protéique était élevé (97 milligrammes). L'opération pratiquée après injection intraveineuse de solution salée isotonique, montra que l'obstruction était causée par un gros calcul biliaire enfoncé dans l'iléon inférieur. Après l'ablation du calcul et suture de l'intestin, on plaça une sonde dans l'iléon juste au-dessus du point d'obstruction. Le sérum physiologique fut alors poussé à la limite, mais l'intestin était apparemment paralysé. Ni gaz ni matières fécales ne furent éliminés par l'entérostomie, la distension s'accrut et la malade mourut en quarante heures.

Bien qu'elle eût reçu 5 litres de solution salée isotonique (45 grammes Na Cl), la cathétérisme montra que l'excrétion urinaire n'avait été pendant ce temps que de 600 centimètres cubes. En même temps, l'azote non-protéique s'était élevé à 118 milligrammes. La malade avait reçu suffisamment de chlorure de sodium pour ramener sa quantité totale de chlorure à la normale. Malgré cela, le chlorure plasmatique à la mort ne monta qu'à 444 milligrammes.

Chenut (4) a montré que dans les cas d'obstruction par calcul biliaire, la muqueuse au niveau d'obstruction est souvent lésée, bien qu'aucune altération ne soit remarquée à l'opération. Il est bien possible que la muqueuse en contact avec le calcul fût lésée et qu'étant donnée la distension de l'anse, une absorption de toxine ait été la cause principale de la mort.

Il est regrettable que les tissus n'aient pu être analysés au point de vue de leur contenance chlorurée. A l'opération la paroi abdominale fut infiltrée de novocaïne (qui contient du chlorure) et l'autopsie ne fut pas permise.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 AOUT 1928)

Modes d'utilisation, par l'organisme, de l'énergie libérée par les oxydations et problème de la valeur alimentaire de l'alcool. — MM. Emile F. Terroine et R. Bonnet. Les oxydations qui se poursuivent dans les organismes doivent être divisées en deux grandes catégories quant à l'énergie qu'elles libèrent : les unes — et l'oxydation du glucose en est le type — sont entièrement utilisées pour les travaux de toute nature, mécaniques et chimiques; les autres — et l'oxydation de l'alcool en est le type — ne peuvent donner uniquement que de la chaleur. Le vieux problème de la valeur alimentaire de l'alcool doit se résoudre ainsi : l'alcool est uniquement un thermogène; il ne peut être employé par l'organisme à aucun travail ni mécanique, ni chimique; par contre, il peut être utilisé pour la couverture, au moins partielle, des besoins caloriques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 MAI 1928)

Vaccinothérapie locale endopulmonaire contre la gangrène pulmonaire. — M. Georges Rosenthal montre l'erreur des thérapeutiques de hasard qui, sans établir une formule bactérienne précise, utilisent des sérums antigangréneux non adaptées; il faut recourir aux autovaccins aérobies et anaérobies qui seront préparés selon le mode classique dans son tube profond (bouillon de 15 à 20 centimètres de hauteur). Les vaccins seront introduits par injection trans-thoracique avec son aiguille à trous multiples ou mieux, par trachéofistulisation après dilution dans l'huile goménolée. La vaccinothérapie locale s'associe à la vaccinothérapie générale.

M. Georges Rosenthal précise les règles qui président à la vaccination locale endopulmonaire par autovaccins introduits par son aiguille spéciale ou par sa trachéofistulisation.

A propos du service sanitaire des usines Ford à Détroit. — M. Louis-F. Destouches. Il semble prouvé que l'emploi

des malades chroniques et des invalides dans l'industrie moderne bien « mécanisée » constitue une sage mesure industrielle et sociale. L'auteur fait l'exposé des plus graves défauts de l'hygiène sociale en France et pense qu'ils sont en grande partie attribuables au fait qu'on s'obstine dans une conception désuète de la santé publique, qu'on l'envisage comme une affaire administrative ou philanthropique au lieu de s'occuper uniquement de son meilleur rendement économique. Il propose une formule de Taylorisme nouveau dans laquelle la maladie elle-même, loin d'être un empêchement à la production, en devient l'auxiliaire.

Rapport de l'atrésie des mâchoires avec les accidents de l'éruption des dents temporaires. — M. Pierre Robin établit une discrimination des accidents de la dentition temporaire. Chez les nourrissons normaux, l'éruption est normale, physiologique, sans accidents. Au contraire, chez les nourrissons anormaux, c'est-à-dire à mâchoire en retrait, la sortie des dents est accompagnée de manifestations douloureuses et dysfonctionnelles dont l'importance est ordinairement en rapport direct avec celle de l'anaraxie ou défaut de coaptation des crêtes gingivales.

(Séance du 8 juin 1928)

Parallèle entre la diathermo-coagulation et la fibrose curative des hémorroïdes. — M. G. Delater, après M. Ozenne, reproche à la diathermo-coagulation des hémorroïdes, préconisée par M. Lehmann, son escharre, sa crise douloureuse consécutive, son immobilisation de quatre à six jours, sa limitation aux bourrelets bas situés, sa coagulation qui fait redouter l'embolie. La fibrose curative qu'il pratique n'a aucun de ces inconvénients, étant essentiellement ambulatoire, produit une sédation le plus souvent immédiate de tous les symptômes, guérit pour ainsi dire toujours et s'applique à la cause même des bourrelets : la congestion passive des veines anorectales qu'elle fait disparaître. Ses indications et ses mérites sont sans limite.

A propos des péricolites chroniques. — M. Thévenard insiste sur la nécessité d'un traitement médical et physiothérapique post-opératoire. Le traitement chirurgical habituel, colylyse, qui libère l'intestin et assure son évacuation normale, a pour effet de permettre à ce traitement d'être efficace.

Acidité gastrique après résection partielle pour ulcère — M. Pron signale que si la diminution de la surface secrétante amène presque toujours un abaissement de secrétion important, il y a aussi résorption des produits de digestion intragastrique, et reflux dans l'estomac du liquide duodéno-pancréatique dont l'activité est précisément augmentée par compensation de la diminution du chimisme gastrique.

Composition minérale des tissus de l'homme et des animaux. — MM. Lematte, Boinot et Kahane ont analysé les principaux organes de l'homme et des animaux. Un grand nombre de chiffres donnés par les anciens auteurs sont faussés par des erreurs analytiques se rapportant au phosphore et au soufre. Ce travail est une contribution à l'étude du terrain normal. Le cœur, le muscle et le cerveau qui ont des fonctions si différentes ont une composition qui varie dans d'étroites limites. Ils donnent la teneur en Az. S. P. Cl, Na. K. Ca, Mg et Fe des organes. Les auteurs ont démontré que le phosphore n'est pas le minéral spécifique des fonctions de l'encéphale. Le thymus contient plus de phosphore que le cerveau.

La rate est l'organe le plus riche en fer et la thyroïde contient seule de l'iode en quantité notable. Cette étude est une contribution à notre statisme minéral.

La cholécystectomie minima. — M. Victor Pauchet, depuis six mois environ, pratique systématiquement, dans tous les cas de cholécystite calculeuse, suppurée ou catarrhale, la cholécystectomie sous-séreuse.

Cette opération, aussi bénigne que la cholécystectomie totale, présente l'avantage d'éviter les adhérences post-opératoires qui, très souvent continuent à gêner le malade et à le faire souffrir « de sa vésicule enlevée ».

Cette pratique de la cholécystectomie sous-séreuse date de Doyen. Elle consiste à dépouiller la muqueuse comme on dépouille un animal; il suffit d'injecter un liquide ou un gaz (air filtré, sérum, oxygène) entre la séreuse et la muqueuse; le cholécyste se dépouille alors de sa séreuse. La face hépatique n'est jamais mise à nu : le tissu du foie n'est pas dénudé; le suintement sanguin est quasi nul. Enlever toujours l'appendice.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(Juin 1928)

Un cas de zona brachial. — MM. Mathieu et Montcerisier présentent une malade de cinquante ans sans antécédent ni maladie ni intoxication actuelle, atteinte depuis une quinzaine de jours d'une éruption vésiculeuse ayant débuté au niveau du coude droit et s'étant généralisée sur la face interne du membre supérieur sur le territoire radiculaire innervé par C8 et D1. Les auteurs insistent sur la rareté de la localisation.

Endocardite infectieuse à marche lente à streptocoque viridans. — MM. D. Olmer et Y. Jacques. Un jeune homme de vingt-cinq ans atteint de rhumatisme articulaire aigu avec insuffisance mitrale en 1925 présente en 1927 une endocardite infectieuse avec fièvre, douleurs articulaires, splénomégalie. Hémiplégie droite avec aphasie le 14 janvier 1928. Mort en avril. L'autopsie montre des lésions d'endocardite à la face auriculaire de la mitrale. L'hémoculture avait mis en évidence des colonies de streptocoques viridans. Les auteurs tirent diverses conclusions de cette observation et insistent sur la fréquence relative de l'endocardite à marche lente (l'un d'eux en a observé huit cas) sur la gravité du pronostic et sur l'échec des divers traitements. Dans un cas cependant l'immunisotransfusion avait donné une rémission.

Anévrisme sacciforme de l'aorte abdominale, embolie terminale. — MM. D. Olmer et Y. Jacques présentent les pièces d'autopsie de cette malade qui a déjà fait l'objet d'une présentation antérieure. L'anévrisme a le volume du poing. Il n'adhère pas aux organes voisins et s'est développé aux dépens de la face antérieure du vaisseau. En avant de la poche naissent le tronc cœliaque et la mésentérique supérieure. La mésentérique inférieure naît au dessous du sac. La poche anévrismale est remplie de caillots qui obstruent également l'aorte abdominale et l'artère iliaque droite. C'est l'embolie qui a occasionné les accidents terminaux et déterminé la mort.

Lymphogranulomatose maligne type Sternberg-Hodgkin. — MM. François et Zuccoli. L'affection qui a duré trois ans a atteint les ganglions cervicaux, thoraciques et abdominaux qui forment une masse importante que présentent les auteurs en insistant sur le syndrome d'ascite mécanique qu'elle a occasionné et qui pouvait égarer le diagnostic. Formule sanguine : polynucléaires neutrophiles, 85 p. 100; pas d'éosinophilie. L'examen biopsique d'un ganglion avait révélé la nature de l'affection.

Cancers du foie et de la tête du pancréas avec extension aux voies biliaires secondaires à un néo du pylore. — MM. François et Zuccoli présentent les pièces nécropsiques dont le point de départ fut un épithélioma non sténosant du pylore. L'examen anatomo-pathologique a permis d'identifier dans les différents segments des formations d'épithélioma cylindrique typique.

Hémorragie intestinale typhique et hémophilie acquise. — MM. BOINET et Antoine RAYBAUD. Jeune garçon de vingt et un ans atteint de fièvre typhoïde (séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1/100) d'allure moyennement grave. Au quatorzième jour de l'affection le malade meurt d'hémorragie intestinale presque foudroyante. Or le sang du malade prélevé l'avant-veille présentait le syndrome plasmatique de l'hémophilie : temps de coagulation allongé (deux heures et demie) coagulation plasmatique, irrétractabilité du caillot. A l'autopsie altération ulcéreuse hypertrophique du tissu lymphoïde de l'intestin grêle et du cæcum. Ces faits doivent être rapprochés de ceux qu'ont rapporté P.-E. Weill et R. Lévy (*Presse méd.*, 2 mars 1927) et montrent qu'à côté des troubles hémogéniques acquis il peut exister des états hémophiliques acquis, créés de toutes pièces par l'infection éberthienne.

Un cas de monstre pseudencéphale. — MM. A. RATHELOT et J. CHOSSON présentent l'observation d'une quadripare de trente-cinq ans qui a accouché d'un monstre de 3.050 grammes présentant une pseudencéphalie typique. Dystocie réelle des épaules dont eut raison péniblement l'abaissement du bras postérieur. Le diagnostic de cette monstruosité n'a pu être fait qu'au cours du travail en fin de dilatation. Le diagnostic étiologique n'est pas évident. En faveur de la spécificité on a retenu la grosseur du placenta qui pèse 350 grammes.

Un nouveau cas de monstre anencéphale. — MM. A. RATHELOT et J. CHOSSON. Y. P..., vingt-quatre ans, première grossesse deux ans avant, monstre anencéphale de 5.300 gr. né après dix mois et dix jours de gestation; deuxième grossesse actuelle prolongée à dix mois et dix jours ayant donné à nouveau le jour à un fœtus anencéphale de 4.400 grammes, les auteurs soulignent la durée de la gestation qui par deux fois chez cette femme fut de dix mois et dix jours et le caractère itératif du genre de monstruosité. Le diagnostic aidé par les anamnéstiques fut porté pendant la grossesse grâce à l'épaisseur anormale des membres révélés par le palper et la sensation d'un disque à pourtour saillant révélé par le toucher. La cause paraît être une syphilis venue du mari.

La fièvre ondulante au Danemark. — M. A. RAYBAUD signale les travaux du docteur Kristensen (de Copenhague) sur la fièvre ondulante à B. Abortus observée au Danemark. Il fait remarquer combien les faits accumulés par de nombreux observateurs et d'origines très diverses devraient avoir enfin raison de la sotte routine qui fait conserver à la fièvre ondulante les appellations illogiques de fièvre de Malte, de fièvre méditerranéenne et de mélitococcie et fait peser sur les chèvres en général et les chèvres maltaises en particulier l'accusation d'avoir le privilège de conserver et de propager le germe de cette fâcheuse maladie.

Cancer broncho-pulmonaire secondaire à un cancer de la lèvre guéri. — M. J. CHOSSON. La coupe histologique de la métastase pulmonaire montra un épithélioma d'origine malpighienne. L'observation est remarquable par le temps (neuf ans) sur lequel elle porte et par la rareté de la métastase pulmonaire dans l'épithélioma de la lèvre.

Les données essentielles de la biochimie pratique dans le diagnostic des affections digestives. — M. Ch. DE LUNA.

Cirrhose de Laennec avec extrême atrophie du foie et compression extrinsèque de la V. C. I. dans sa traversée hépatique. — MM. ROUSLACROIX et RAFFALLI. Cette pièce d'autopsie montre une cause peu signalée de l'ascite et de sa répétition rapide attribuée en général au développement de la pyléphlébite. La V. C. I. se montre absolument coincée et comprimée dans un tunnel de tissus hépatiques scléreux entre le lobe de Spigel et le lobe droit, fortement dilatée au-dessous du point de striction : il s'ensuit que la circulation subissait à ce niveau une gêne considérable et permanente.

Pleurésie diaphragmatique droite enkystée. — MM. AUDIBERT, TOINON et ASSADA rapportent un cas de pleurésie diaphragmatique droite enkistée ayant entraîné la mort en un peu plus d'un mois. Les ponctions sont restées négatives, aucune vomique ne s'est produite, la face supérieure du foie présente une voussure anormale déprimant le diaphragme au niveau de la pleurésie ayant contribué à rendre impossible le diagnostic radioscopique de pleurésie enkistée.

Hernie diaphragmatique droite étranglée. — MM. AUDIBERT, TOINON et ASSADA. Un syndrome douloureux subit abdominal et thoracique droit, accompagné d'un vomissement apparaît chez un noir de trente ans. La mort survient à la trente-sixième heure par syncope. L'autopsie révèle une hernie de l'intestin grêle à travers le centre phrénique. Le poumon est rétracté vers le hile. Les anses intestinales, nagent dans un abondant liquide pleural. La bascule du foie à gauche autour de son ligament suspenseur a permis aux anses intestinales de traverser l'hémidiaphragme droit. Un cal ancien de fracture de côtes siégeant sur la partie moyenne des IVe Ve et VIe côtes ne doit pas être sans rapport avec la production de cette hernie si rarement observée à droite et dont l'étranglement a été la première manifestation.

Un cas de nevraxite aiguë diffuse guérie par le sérum de Pettit. — M. ROUSLACROIX et Mlle COULANGE présentent l'observation d'une femme de quarante-deux ans qui après un stade initial fébrile, caractérisé par fièvre, frisson, toux, vomissement, d'allure grippale, présenta une paralysie progressive ascendante douloureuse à type Landry. Dans le liquide céphalo-rachidien dissociation albuminocytologique et réaction de Bordet-Wassermann faiblement positive (albumine 0,8 lymphocyte 5) après traitement mixte consistant en injections intrarachidiennes de sérum de Pettit, injections intraveineuses de cyanure de Hg et de genacrine, la malade a guéri rapidement et presque totalement.

Insuffisance triscupidienne définitive, consécutive à une pneumopathie chronique très améliorée par le traitement spécifique. — M. ROUSLACROIX et Mlle COULANGE.

Réapparition de la fièvre exanthématique à Marseille. — M. D. OLMER insiste sur l'intérêt qu'il y aurait pour élucider ces faits à compléter les observations cliniques et l'enquête étiologique par les recherches de laboratoire suivantes : réaction de Weil-Félix, inoculation expérimentale (singes et cobaye), recherches des réactions d'immunité.

Forme exanthématique de la fièvre typhoïde chez un nourrisson de vingt mois. — MM. CASSOUTE, POINSO et AUDIER présentent l'observation d'une typhoïde nette avec séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1 p. 100 caractérisée au début par la présence de taches rosées lenticulaires abdominales ayant diffusé sur toute la surface du corps, face comprise, et s'étant étendues de façon à simuler les macules irrégulières de la rubéole. L'éruption persista sept jours. Guérison en vingt-six jours. Cette observation confirme l'étude de Weill (de Lyon).

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la

dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. MASSEUR

On sait qu'aux termes de la jurisprudence, l'exercice illégal de la médecine peut résulter de toute sorte de traitement, de tout procédé curatif, pourvu qu'il soit habituel et suivi, et qu'aucun médicament n'ait été ordonné (voir Cour de cass., Chambre criminelle, 2 fév. 1924, D., 1924, 1, 184). L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 définit, en effet, l'exercice illégal de la médecine le fait de « prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies... », sans être muni d'un diplôme médical; ce qui s'entend, non pas de conseils généraux donnés dans un livre d'une manière didactique, mais de soins prescrits individuellement à un malade dans un cas actuel et déterminé. Ce principe posé par la loi souffre, comme on le sait, quelques exceptions, notamment dans le cas d'urgence avérée, ou lorsqu'on se trouve en présence d'élèves en médecine qui agissent comme aide d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ou en présence des garde-malades ou des personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Faisant application des principes admis en matière d'exercice illégal de la médecine, la Cour d'appel de Dijon, dans un arrêt du 9 mai 1928, a considéré que commettait le délit d'exercice illégal de la pharmacie le masseur qui, dans des cas réitérés constituant l'habitude, au lieu de se borner à de simples massages, à de simples pressions sur la peau, selon les prescriptions à lui données, soit par le médecin, soit par le malade, a fait lui-même l'examen du malade, a diagnostiqué son état, a essayé de réduire la fracture et a prescrit un traitement.

Il était résulté de l'instruction à laquelle il avait été procédé, à Chaumont, qu'en septembre et novembre 1923, en avril 1925 et août 1927, X..., qui exerçait le métier de masseur, avait reçu quatre personnes qui se plaignaient de fracture ou de foulure du poignet ou de la jambe; il les avait examinées et avait diagnostiqué leur cas, c'est-à-dire, dit la Cour, avait fait connaître la cause, à son avis, de leur souffrance, et s'était mis en devoir, soit par des tractions exercées sur le membre malade, soit par des frictions, de procurer leur guérison; et, en suite de son intervention, il avait prescrit un traitement consistant en bains de guimauve, en frictions et en recommandations d'exercer le membre opéré.

La Cour a reconnu que ces faits étaient suffisants pour dire que X... était sorti de ses attributions.

Le Tribunal correctionnel de Chaumont avait acquitté le masseur, en déclarant dans son jugement, notamment que le délit prévu par la loi du 30 novembre 1892 était un délit continu ou successif. La Cour a indiqué dans son arrêt qu'il y avait une erreur de droit dans cette appréciation; elle dit : « Qu'il s'agit seulement d'un délit d'habitude, c'est-à-dire d'une infraction, d'un fait qui exige pour être punissable la répétition dans le temps de faits distincts de même nature indiquant que l'auteur a continué de se livrer à l'acte pour lequel il était poursuivi. »

« Attendu, ajoute la Cour, qu'on ne peut soutenir que certains faits, datant de 1923 et se trouvant prescrits, comme ayant plus de trois ans de date, ne peuvent servir à étayer la prévention;

« Attendu qu'il suffit au ministère public de poursuivre à l'audience un fait récent non atteint par la prescription pour qu'il soit possible d'invoquer, en vue de prouver l'habitude, des faits de même nature, plus anciens, dateraient-ils de plus de trois ans, pourvu qu'ils se relient avec le fait précédent depuis moins de trois ans;

« Attendu qu'il en est ainsi dans la cause, tous les faits s'enchaînant dans un intervalle de temps inférieur à trois années.

Cette décision de la Cour d'appel de Dijon est très bien fondée en droit et doit être approuvée.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

L'Exploration radiologique en gynécologie. Technique. Résultats (1), par Claude BÉCLÈRE, avec préface du docteur R. GRÉGOIRE. (Couronné par l'Académie de médecine.)

Voici un fort beau volume qui est né d'une très heureuse idée : rendre plus précis le diagnostic gynécologique en opacifiant les cavités de l'utérus et de la trompe.

Cette idée, due en principe à Cary, à Dartigues et à Dimier, a été reprise et sa réalisation en a été perfectionnée de la plus heureuse façon par Claude Béclère.

Dans la préface, Grégoire insiste sur les services nombreux que rend la méthode, et il indique ceux qu'elle rendra encore en devenant peut-être elle-même un moyen de traitement.

L. G.

La fièvre exanthématique, typhus endémique d'été (2), par D. OLMER et J. OLMER.

Excellente monographie qui met au point les recherches de M. le professeur Olmer et du docteur Jean Olmer sur la fièvre exanthématique de la région marseillaise. Rappelons que la *Gazette des hôpitaux* a cité les diverses communications de M. Olmer sur ce sujet, à l'Académie de médecine (juillet 1927) et qu'elle a analysé la thèse très documentée de M. J. Olmer. (*Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 50, p. 901). L. G.

Nouveau traité de médecine, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER. Secrétaire de la Rédaction : M. GARNIER. *Fascicule XVIII* : Pathologie du système nerveux. Séméiologie générale : Coma et apoplexie (W. Janowski). — Céphalées (J. Lévy-Valensi). — Vertiges (Karl Petrén et Sven Ingvar). — Pathologie du sommeil (B. J. Logre, Mlle C. Pascal). — Troubles du langage (Charles Foix; Henry Meige). — Troubles de la motilité (M. Klippel et R. Monier-Vinard; J. Lévy-Valensi). — Troubles de la tonicité (L. Cornil et Mme Athanassio-Benisky; Ladislas Haskovec). — Troubles des réactions électriques (H. Guilleminot; G. Bourguignon). — Troubles de la réflectivité (Foix et Chavany; André Thomas). — Troubles de la sensibilité (Mme J. Déjerine et E. Gauckler). — Troubles sensoriels : Appareil visuel (F. de Lapersonne et Velter). — Oreille interne (A. Hautant). — Le liquide céphalo-rachidien (J.-A. Sicard). — Un volume in-8 relié : Prix : 85 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 avec de nombreuses planches. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. in-8. — Prix : 15 fr. — Paris 1928. Maloine, éditeur.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE [1]

ETAT. — Le plus souvent, l'entérite tuberculeuse n'est ni diagnostiquée ni convenablement traitée de façon très précoce. Fréquemment, malgré le traitement, elle évolue, et de toute manière le malade arrive à la période d'état. La *diarrhée* et les *douleurs abdominales* dominent la scène.

Signes fonctionnels. — *a.* LA DIARRHÉE est le SYMPTÔME CAPITAL. Tantôt elle se réduit à une selle liquide nocturne ou postprandiale. Tantôt elle est intense, incessante, impérieuse jusqu'à l'incontinence, entraînant une véritable déshydratation du malade.

Fait capital : cette diarrhée est *remarquablement tenace et rebelle à toute médication.*

b. Les *douleurs* sont à type de *coliques* avec épreintes, provoquées par l'ingestion des aliments, la palpation. Elles sont localisées aux fosses iliaques et surtout au flanc droit, ou diffuses, continues, très pénibles.

Signes physiques. — *a.* Le *ventre* est *plat* et *déprimé*, rarement météorisé. Il y a de l'*hyperesthésie cutanée.* La palpation, surtout lorsqu'elle est suivie d'une décompression brusque, réveille la douleur, surtout dans les régions *cæcale* et *péri-ombilicale.* A ces signes peuvent s'en ajouter d'autres relevant de bacillose ganglionnaire et péritonéale, et que nous étudierons plus loin.

b. L'étude du *syndrome coprologique* complète utilement l'examen clinique. Les selles sont demi-fluides ou *liquides*, très *fétides*, semées de grumeaux *caséeux* jaunâtres. On peut y distinguer encore des stries sanglantes, des masses muco-glaireuses, des restes d'aliments non digérés (lientérie). Elles sont parfois noirâtres (mælena).

Le laboratoire donne peu de renseignements.

Examen cytologique. — Globules de pus, hématies, concrétions granulo-graisseuses.

Examen bactériologique. — Les bacilles de Koch (vu).

Examen chimique. — Réaction alcaline, présence de sang (vu), d'albumine soluble, augmentation de l'azote total, abondance de graisses non dédoublées, de savons de calcium (en rapport avec la décalcification intense de l'organisme).

Radiologie (vue).

EVOLUTION. — Arrivée à cette période, l'entérite tuberculeuse précipite considérablement l'évolution de la maladie. L'amaigrissement est très rapide et intense, l'anémie profonde, la peau devient sèche et terreuse. La fièvre oscille, suivant le type hectique. Les sueurs sont profuses, alternant parfois avec la diarrhée. Les urines sont rares. Des taches mélanodermiques peuvent apparaître sur la face et les mains.

Et après une phase plus ou moins longue d'arrêts et de recrudescences du processus entéritique, peu à peu atteint de muguet, d'œdèmes, le malade succombe dans la cachexie tuberculeuse, à moins qu'une poussée granulique ne vienne hâter la mort.

COMPLICATIONS. — On peut voir survenir, *très rarement* d'ailleurs :

Des *hémorragies* parfois très abondantes.

Une perforation, aux manifestations discrètes : une chute thermique, de la tachycardie, quelques vomissements, le ventre ballonné, et la mort après quarante-huit heures.

B. FORMES CLINIQUES. — 1. *Forme à début anormal.* — On peut voir l'entérite tuberculeuse débuter *brusquement* sous le masque d'une entérite aiguë, puis évoluer ensuite, les poumons paraissant sans défauts (tuberculose intestinale dite *primitive*, spéciale à l'*enfant*).

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 66, p. 1170.

2. *Suivant les symptômes.* — Signalons les formes :

a. Coprostatiques, avec constipation opiniâtre ;

b. Hémorragiques (anémie extrême) ;

c. Dysentériques, pouvant, si le malade n'est pas manifestement bacillaire, faire hésiter le diagnostic.

3. *Suivant les associations.* — Le processus tuberculeux peut déborder l'intestin et gagner le mésentère et les ganglions.

a. *Forme entéro-mésentérique.* — L'hypertrophie ganglionnaire est particulièrement considérable chez l'enfant et réalise le **carreau**, appréciable à la palpation. L'évolution de cette forme est presque toujours fatale. Les ganglions suppurent et peuvent s'ouvrir dans les organes voisins. Une poussée granulique peut venir hâter la terminaison.

b. *Forme entéro-péritonéale.* — Après une phase plus ou moins longue de diarrhée rebelle, des vomissements apparaissent et l'état du ventre se modifie. Il se météorise. La palpation révèle un empâtement diffus, irrégulier, DOULOUREUX, où les lames d'ascite alternent avec les gâteaux péritonéaux et les anses agglutinées.

En présence d'une tuberculose ulcéro-caséeuse du péritoine, il faut toujours s'inquiéter de l'*état de l'intestin.* C'est de lui que dépend en grande partie le pronostic.

On ne saurait compter sur l'évolution sténosante cicatricielle des ulcérations. Dans la règle, des perforations insidieuses conduisent aux *phlegmons pyostercoraux*, aux *fistules*, à l'*infection secondaire*, à la mort (un à deux mois après ouverture des fistules).

4. *Suivant le siège.* — a. *Angle iléo-cæcal.* — Siège de prédilection de la tuberculose intestinale, il est atteint le plus souvent dans la *forme entéro-péritonéale.* La palpation révèle, dans la fosse iliaque droite, de la contracture et un empâtement flou, irrégulier, immobile, diffusant parfois vers le pelvis où il est accessible au toucher vaginal ou rectal.

b. *Appendice.* — 1° Atteint dans la forme précédente, pas d'histoire clinique.

2° Atteint *isolément : appendicite tuberculeuse.*

Elle est le plus souvent *chronique* ou *subaiguë*, exceptionnellement aiguë. Malgré tous les signes différentiels décrits, le diagnostic est impossible avec une appendicite banale, avant l'*intervention* ou même l'*examen histologique.*

Les *fistules postopératoires* sont *fréquentes*, interminables, dues à une tuberculose cæcale méconnue.

III. **Formes fibreuses**. — Contrairement aux formes précédentes, il s'agit ici de tuberculose *souvent primitive, toujours localisée*, évoluant tantôt vers l'*hypertrophie* (surtout au niveau du cæcum), tantôt vers la *sténose* (surtout iléale ou iléo-cæcale). Par tous ces caractères, on conçoit ici le rôle et les succès de la CHIRURGIE, sous condition d'un *diagnostic précoce.*

A. **Tuberculose hypertrophique du cæcum.** — Elle évolue schématiquement en trois phases :

1° PHASE DE DÉBUT, DE TROUBLES FONCTIONNELS. — *Insidieusement* s'installent :

Signes fonctionnels. — *La douleur* vague, mal définie, dans la fosse iliaque droite, s'exacerbant en CRISES avec *constipation.*

Signes physiques. — *Contracture pariétale* de la fosse iliaque droite.

ON CROIT A UNE APPENDICITE CHRONIQUE AVEC DES POUSSÉES SUBAIGUËS. Après la crise survient une *débâcle diarrhéique.* Puis la constipation revient.

Radio. — Dès cette période, les déformations, le flou des contours, la diminution de la mobilité du cæcale, l'ébauche du signe de Stierlin pourraient révéler l'atteinte du cæcum.

Durée. — Cinq à six mois, jusqu'à deux ans.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Deux places de directeur adjoint du service annexe d'électrothérapie sont mises au concours. Les épreuves commenceront le 27 novembre 1928, à 8 h. du matin.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Couturier (de Trouville), Lanos (de Neuilly), P.-L.-F. Patou (de Fruges).

LES ASSISTANTES D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE PARIS DEMANDE UN STATUT EN LEUR FAVEUR. — Au cours de la dernière séance de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris, le docteur Moulin a proposé le vœu suivant :

« Etant donné l'importance et l'étendue des services rendus par l'assistante d'hygiène scolaire qui font d'elle l'auxiliaire indispensable de l'inspection médicale des écoles et le seul agent rationnel de liaison entre le médecin inspecteur d'une part, l'école, les familles, leurs médecins ou les divers services d'assistance médicale et de prophylaxie sociale, d'autre part.

La Société des médecins inspecteurs des écoles de la Ville de Paris et de la Seine, qui depuis longtemps a reconnu les avantages obtenus par la présence des assistantes d'hygiène scolaire, émet le vœu :

1° Qu'un poste d'assistante d'hygiène scolaire soit créé dans chaque circonscription scolaire ;

2° Que la nomination de l'assistante à ce poste ne soit pas laissée à l'initiative de la caisse des écoles, trop souvent paralysée par l'insuffisance de ses ressources, mais faite par l'administration préfectorale à la suite d'un concours ;

3° Que l'assistante d'hygiène scolaire cesse d'être rémunérée par la caisse des écoles pour recevoir de l'administration municipale une indemnité de fonction au même titre que le médecin inspecteur ;

4° Que son rôle et ses attributions soient déterminés par un règlement ;

5° Qu'elle soit, par délégation de l'autorité supérieure, placée au point de vue technique sous les ordres du médecin inspecteur, et au point de vue administratif sous la dépendance du directeur ou de la directrice des écoles du groupe auquel elle est attachée. »

Ce vœu a été adopté à l'unanimité.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Des séries de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie auront lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 17 à 19 h.

Premier cours. — Ultramicroscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins. — Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

Deuxième cours. — Réactions de Wassermann, de Hecht.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix de chaque cours : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour tous renseignements et dates des séances, s'adresser à Mlle Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 à 11 h.

— CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement. — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques*, par M. Charles Oberling, agrégé, MM. Huguenin et Héraux, préparateurs. — Ce cours commencera le lundi 8 octobre 1928, à 14 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure, jusqu'au samedi 27 octobre.

Il comprendra 18 séances, au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale.

Les élèves seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires au diagnostic histologique.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 250 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — M. le professeur Pierre Sebileau, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Léon Dufourmentel, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront un cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face le mercredi 26 septembre 1928, à 14 h., et le continueront tous les jours, à la même heure. Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours à la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1.000 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur H. Guerrier (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

LA CLINIQUE DE VAUGIRARD, 8 *bis*, rue Léon Delhomme, nouvellement installée, reçoit sur la demande des confrères des accouchements à forfait dans d'excellentes conditions.

LIVRES NOUVEAUX

La constipation et son traitement (1), par le docteur M.-H. BURNIER. Préface du professeur César Roux.

Voilà un sujet dont on ne parle guère, et qui est pourtant d'une importance capitale puisqu'on a pu dire que la moitié des malaises et des maladies dont souffre notre pauvre humanité provenait des conséquences de la constipation. Alors que dans certains pays, les pays anglo-saxons notamment, le public sait que tout retard dans le fonctionnement intestinal mérite la plus grande attention, la négligence continue à dominer chez nous. Le mal n'est pas pris au sérieux. On en plaisante volontiers jusqu'au jour où la maladie s'installe à demeure en provoquant les troubles les plus graves.

Le docteur M.-H. Burnier publie aujourd'hui un petit ouvrage qui, comme le dit le professeur César Roux dans la préface, « peut rendre un fameux service ». Il explique d'une façon claire et à la portée de tout le monde le fonctionnement de l'intestin, montre comment la constipation est provoquée, quels en sont les dangers et quel doit en être le traitement.

Suivant en cela l'opinion de nombreux auteurs, le docteur Burnier voit la cause initiale la plus fréquente de la constipation dans les habitudes de rétention volontaire imposée à l'homme civilisé par les exigences de la vie sociale. L'homme moderne doit, en effet, fréquemment faire violence à la nature parce qu'il ne peut pas toujours répondre immédiatement à l'appel de son intestin, et cela pour des raisons dont chacun a pu faire l'expérience. « La nature se laisse fléchir dans une certaine mesure et consent assez facilement à se soumettre à la volonté pourvu que cette volonté soit régulière et crée une habitude ». Mais cette habitude est instable, si elle se perd, la constipation se produit.

Au lieu d'amener la guérison, les purgatifs et laxatifs provoquent au contraire une aggravation du mal. C'est ce qui a fait dire à un grand médecin français que les purgatifs ne devraient être pris que sur ordonnance médicale, au même titre que les toxiques. En effet, les purgatifs provoquent une nouvelle dilution des résidus alimentaires, irritent l'intestin et favorisent la résorption des produits toxiques qui pénètrent dans le courant sanguin. Au bout de peu de temps, le malade ne peut plus provoquer une évacuation normale et doit chaque fois avoir recours à une dose plus forte de médicament. Les inconvénients des laxatifs sont bien connus et les médecins ne les ordonnent que fort rarement. Mais comment soigner la constipation si l'on doit s'abstenir de purges? C'est ce qu'explique tout au long le docteur Burnier.

Il faut, dit-il, rééduquer l'intestin, l'habituer à réagir normalement à l'aide d'un petit instrument appelé « laxeur », qui, mis un œuvre par le malade lui-même, provoque les mouvements physiologiques de l'intestin. Ce traitement, qui a fait l'objet d'une communication à la Société Vaudoise de médecine, paraît donner des résultats très intéressants. Le fait que le professeur César Roux encourage et félicite le docteur Burnier, donne en tout cas un appui sérieux à cette nouvelle méthode.

La brochure du docteur Burnier sera lue avec intérêt par tous ceux qui souffrent de l'affection qu'il combat.

J. R.

(1) Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils ; Lausanne, Payot et Cie.

CONGRÈS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIIe SESSION

[*Anvers, 23-28 juillet 1928*] (1)

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu cette année sa XXXIIe session, à Anvers, sous la présidence des professeurs Henri Claude (de Paris) et Auguste Ley (de Bruxelles).

Le succès de ce Congrès a été grand et n'a certes pas déçu l'attente des nombreux congressistes venus à Anvers.

Ce succès, il le doit à la préparation parfaite de cette session dont tout le mérite revient au docteur Charpentier (de Paris) et au docteur Meeus (d'Anvers); à l'intérêt des rapports dont on trouvera l'analyse ci-dessous ainsi qu'à celui des nombreuses communications et discussions qu'ils ont provoquées; à la leçon de choses si vivante et si instructive qu'a pu être pour les aliénistes français, et peut-être aussi pour ceux de bien des pays étrangers, la visite des asiles d'aliénés belges tels que ceux de Mortsel et de Merxplas; à la cordialité si franche et si sincère, enfin, que les habitants de la ville d'Anvers, parmi lesquels M. van Cauwelaert, le bourgmestre, et tous les Belges en général ont réservée aux congressistes.

Dans ce dernier domaine, je suis certain d'exprimer les sentiments unanimes de mes compatriotes en adressant ici à nos amis belges, auxquels nous sommes unis par des liens indissolubles, un fraternel remerciement.

De telles manifestations gagneraient d'ailleurs, si ce n'est à se multiplier, tout au moins à s'étendre; et il paraît logique que les médecins, comme tous les savants, qui ont été et demeurent les premiers pionniers de la civilisation, représentent par ces exemples de collaboration scientifique des éléments de concorde et de paix entre les nations.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

LA CATATONIE

Par le docteur Paul Divry (de Liége).

La notion de la catatonie, dérivée de l'observation des états stuporeux bien connus des psychiatres de la première moitié du XIXe siècle, Bellini, Pinel, Esquirol, Georget, Baillarger, Guislain, a été isolée par Kahlbaum dans le cadre nosologique. Mais la conception de cet auteur, sur laquelle nous reviendrons, ne fut pas acceptée tout d'abord par les auteurs allemands. Wesphal, puis Schüle l'incorporent dans les délires hallucinatoires, dans la paranoia. Meynert en reproduit la description sous le nom d'amentia. Wernicke l'englobe dans les psychoses de motilité.

En France, Séglas et Chaslin se refusent à considérer la catatonie comme une entité morbide, mais l'envisagent comme un syndrome.

Défendue par Hecker, Neisser, Tamburini, Morselli, etc., la conception de Kahlbaum devait être déformée à nouveau par Kraepelin qui, sous le nom d'hébéphrénie, l'incorporait dans le cadre de la démence précoce.

Conception de la catatonie. — Pour Kahlbaum la catatonie est une entité nosographique caractérisée par des troubles mentaux et des signes physiques.

Les *troubles psychiques* ont une évolution cyclique et revêtent successivement l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion, et enfin de la démence; l'une ou l'autre de ces phases peut faire défaut.

Les *signes physiques* constitués par des troubles moteurs qui ont fait donner son nom à la maladie (vesania catatonica) sont représentés par : 1. la *stupeur*; 2. la *catalepsie*; 3. les *stéréotypies et la persévération motrice*, qu'il s'agisse de stéréotypie d'attitude ou akinétiques, ou de stéréotypies de mouvement ou parakinétiques; 4. le *maniérisme*; 5. la *suggestibilité motrice*, dans laquelle on range l'échomimie, l'écholalie et l'échopraxie; 6. le *négativisme*; 7. les *hyperkinésies*, manifestations motrices de l'agitation catatonique.

La valeur sémiologique du syndrome moteur catatonique que Kahlbaum considérait comme caractéristique, à tel point qu'il la comparait aux signes physiques de la paralysie générale, a été très discutée par la suite. Et des observations de Knecht, de Séglas et Chaslin, de Neisser, etc., il semble bien que les divers éléments de ce syndrome ne lui appartiennent pas en propre et peuvent se présenter dans d'autres psychoses, en particulier dans la psychose maniaque dépressive.

La pathogénie du syndrome moteur catatonique connaît un renouveau d'actualité du fait des travaux récents sur les syndromes extrapyramidaux qu'a motivés la névraxite épidémique. Antérieurement la discussion déjà amorcée portait sur la prévalence de l'élément moteur ou du facteur psychique dans l'interprétation des faits. Alors que les uns, avec Séglas, plaçaient le syndrome catatonique sur un plan psychologique, y voyaient le corollaire d'un défaut d'unité, de synthèse, d'activité volontaire, d'aboulie en un mot, les autres avec Kleist le considéraient comme un syndrome neurologique, relevant de troubles fonctionnels des voies fronto-ponto-cérébelleuse ou cérébello-rubro-thalamo-frontale.

Actuellement, depuis 1920, des cas d'encéphalite avec syndrome moteur catatonique simulant la démence précoce ont été rapportés, si bien que le problème se trouve posé de savoir dans quelle mesure ce syndrome moteur catatonique a un mécanisme extrapyramidal.

Si dans l'attitude au repos, le catatonique et le parkinsonien postencéphalitique peuvent présenter des analogies, tout change dès qu'on mobilise les malades ou qu'ils font des mouvements actifs. Le parkinsonien est hypertonique; le catatonique ne l'est pas ainsi que le montrent les épreuves de passivité, l'absence des réflexes de posture et de galvanotonus. L'opposition négativiste de ce dernier traduit un mouvement volontaire. La catalepsie est plus fréquente dans la catatonie que dans l'encéphalite où elle ne se rencontre qu'à la phase aiguë.

Les mouvements hyperkinétiques (myoclonies, mouvements choréiques, tics) sont plus automatiques dans l'encéphalite, plus volontaires dans la catatonie.

Enfin, les recherches anatomiques de Deny et Lhermitte, confirmées par celles de Joséphy, ont montré que les lésions de la démence précoce, et en particulier de la catatonie, prédominent dans le cortex.

En résumé, malgré les ressemblances, l'assimilation de la catatonie et du parkinsonisme postencéphalitique ne saurait être admise. Le négativisme et le maniérisme à eux seuls suffiraient à les distinguer.

Toute conception univoque et par trop simpliste est à rejeter; aussi bien la théorie psychologique pure qui ne voit dans les troubles moteurs qu'une traduction des phénomènes psychiques, que la conception neurologique qui les considère comme l'expression d'un syndrome strio-pallidal. Il semble plus opportun d'envisager les diverses manifestations psychiques ou motrices de la catatonie, comme l'expression d'un état de discordance et d'asynergie des fonctions des divers segments du névraxe dont elles constituent un des caractères les plus essentiels.

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

DISCUSSION

Le docteur HESNARD (de Toulon) montre l'importance des phénomènes catatoniques dans les états toxi-infectieux. Il regrette que M. Divry, dans son exposé de la catatonie, se soit trop cantonné dans le domaine neurologique et n'ait pas laissé une place assez importante au facteur psychogène.

Le docteur DE JONG (d'Amsterdam) rappelle ses travaux expérimentaux chez le chat avec la bulbe-capnine déjà publiés à la Société de neurologie et à la Société de psychiatrie de Paris, substance qui lui permet en injection à dose convenable de réaliser chez ces animaux des attitudes cataleptoïdes.

Le docteur d'HOLLANDER (de Louvain) insiste sur le rôle et l'importance des lésions histologiques constatées dans l'interprétation des signes neurologiques de la catatonie, et résume brièvement les lésions de l'écorce, des noyaux centraux et du cervelet qu'il a observées dans trois cas personnels de catatonie.

Le docteur RÉPOND insiste sur l'importance des facteurs psychogènes dans la création du syndrome moteur catatonique. Il considère ce dernier comme un phénomène social dû au séjour des aliénés à l'asile, et susceptible par conséquent de disparaître avec leur mise en liberté.

Le docteur ANGLADE proteste contre l'incorporation abusive de la catatonie dans la démence précoce. Il insiste, en outre, sur l'importance égale des troubles moteurs et des troubles mentaux dans la catatonie.

Le docteur BARUCK insiste sur la perte de l'initiative motrice, élément capital de la catatonie, ainsi que sur la distinction entre cette dernière et les syndromes mésocéphaliques et parkinsoniens.

Le docteur COURBON montre que les syndromes catatoniformes ont pour caractères communs d'être constitués par le rétrécissement et la monotonie extrêmes de l'activité motrice et mentale, avec caprice des réactions de l'individu aux sollicitations du moment. Il s'agit de catatonie quand il y a altération intrinsèque de la motricité, et catatonisme quand cette motricité est intacte.

Le docteur Pierre JANET, rappelant l'histoire de deux de ses malades, insiste sur le rôle de l'élément psychogène dans les phénomènes cataleptiformes, sans méconnaître toutefois l'importance des lésions organiques des centres nerveux, et montre la difficulté extrême qui existe à juger de l'importance relative de ces deux facteurs dans le déterminisme des phénomènes observés.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

LES ALGIES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Par le docteur Henri ROGER (de Marseille).

La fréquence moindre des algies au membre supérieur qu'au membre inférieur, explique le moins grand nombre des travaux qui leur a été consacré, encore qu'il ne faille pas méconnaître les études de Cotugno, de Valleix, de Weir Mitcheel, de Babinski, Bériel, Sicard, Léri, Foix, etc.

Les algies du membre supérieur représentent un tout extrêmement polymorphe, et dont le tableau clinique est aussi variable que leur étiologie, le siège de la lésion qui les détermine. Dans l'impossibilité de les décrire toutes, le rapporteur se borne à l'étude de quelques types isolés.

La névralgie cervico-brachiale rhumatismale. — Cette dénomination que l'on peut remplacer par celui de cervico-brachialite ou de cervico-radialite, a le mérite de préciser l'étiologie et la localisation, cervicale et brachiale à la fois, de l'affection.

La SYMPTOMATOLOGIE évolue en deux étapes, cervicale et brachiale.

C'est d'abord une sensation d'engourdissement douloureux, de raideur des muscles de la nuque et du cou, qui dure de quelques jours à quelques semaines; puis ces manifestations passent au second plan, et des douleurs apparaissent dans le membre supérieur.

Sensations d'élancement, de striction, de broiement, plus profondes que superficielles, continues avec des paroxysmes, ces douleurs sont réveillées par les mouvements, l'effort, la toux, l'éternuement.

De siège en apparence diffus, les douleurs prédominent en général dans le domaine du radial, avec irradiation dans la région scapulaire.

Les douleurs provoquées par la pression pourront être recherchées aux points classiques de Valleix, dont les plus constants se trouvent sur le trajet du radial.

La mobilisation du poignet, de l'avant-bras est en général peu sensible, celle de l'épaule et en particulier l'abduction du bras est la plus douloureuse. La mobilisation de la colonne cervicale est souvent sensible.

Des troubles de la sensibilité objective, hyperesthésie, hypoesthésie, paresthésie, ne sont pas exceptionnels dans le territoire du radial.

La douleur peut immobiliser le membre, mais il n'existe jamais de déficit moteur réel.

Les réflexes tendineux sont normaux; parfois le tricipital est diminué.

Pas de réaction de dégénérescence; pas de troubles vaso-moteurs habituellement.

La radiographie de la colonne cervicale peut montrer des figures de rhumatisme chronique.

Liquide céphalo-rachidien habituellement normal, si ce n'est parfois une albuminose discrète.

ETIOLOGIE. — La cervico-brachialite est une maladie de la cinquantaine, plus fréquente chez la femme, déclanchée par le froid humide, un effort, un mouvement brusque, chez des arthritiques.

FORMES CLINIQUES. — a. *Symptomatiques.* — On peut décrire une forme sensitivo-motrice avec parésie et amyotrophiè; la présence d'un syndrome fruste de Claude Bernard-Horner, de troubles auriculaires, d'arthrite de l'épaule sont susceptibles de compliquer le tableau clinique habituel.

b. *Evolutives.* — Citons une forme de début aigu ou même apoplectiforme, des formes hyperdouloureuses, des formes courtes, atténuées, ou récidivantes.

c. *Anatomiques.* — On peut décrire des cervico-brachialites hautes à type radial, des formes basses à type cubital, des formes totales, des formes bilatérales, des formes associées par la coexistence d'une autre algie (forme occipito-brachiale, dorso-brachiale, cervico-sciatique).

d. *Etiologiques.* — Formes consécutives à un traumatisme sur l'épaule, à un effort.

Les algies brachiales d'origine névraxitique. — Signalées par Verger, Fiessinger, Tinel, sous le nom d'algies épidémiques, d'algies saisonnières, leur diagnostic est aisé quand ces algies s'associent à d'autres signes de névraxite. Les formes monosymptomatiques semblent fréquemment discutables au rapporteur.

Le zona du membre supérieur. — Plus rare qu'au tronc le zona peut laisser au membre supérieur des algies post-zostériennes qui revêtent le type de causalgie.

Les algies traumatiques. — On peut en distinguer trois types :

1. LA CAUSALGIE dont le tableau clinique est bien connu, consécutive à une blessure souvent minime dans le territoire du médian;

2. LA NÉVRITE ASCENDANTE avec ses diverses étapes; blessure légère qui guérit, suivie d'une période algique se propa-

geant de la périphérie vers la racine du membre pour ne dépasser les limites, et enfin une phase de localisation de la zone algique.

3. Les douleurs des amputés.

Les algies par malformations rachidiennes cervicales. — Les algies consécutives aux côtes cervicales se traduisent par des paresthésies dans le membre supérieur, associées ou non à de la parésie et à de l'amyotrophie dans la zone du cubital en général et à des troubles vaso-moteurs.

L'hypertrophie des apophyses transverses peut donner lieu à un syndrome analogue.

Les syndromes douloureux des extrémités supérieures. — Il s'agit d'algies localisées à la main, avec troubles vaso-moteurs prédominants de type variable :

Le syndrome de Raynaud avec ses trois phases de syncope locale, d'asphyxie, et de troubles trophiques.

L'érythromélalgie rare aux membres supérieurs, qui s'accompagne de vaso-dilatation intense.

L'acroparesthésie de Schultze, syndrome moins homogène, caractérisée par ses fourmillements, engourdissements, picotements, dans les doigts et les mains.

L'acrodynie infantile, affection épidémique d'origine encore indéterminée, qui s'accompagne de douleurs avec troubles trophiques au niveau des mains, et des membres inférieurs.

Diagnostic des algies brachiales. — Souvent très malaisé et très délicat, le diagnostic de la nature et de la cause d'une algie brachiale ne pourra être posé qu'après un examen clinique minutieux, associé à tous les examens de laboratoire nécessaires : rachicentèse, radiographie de la colonne cervicale, injection de lipiodol sous-arachnoïdienne ou épidurale.

Le rapporteur classe les algies du membre supérieur en :

Algies paranerveuses. — 1. Par compression des nerfs périphériques (paralysie radiale); 2. par compression du plexus (côtes cervicales), tuberculose pleurale, adénopatie régionale, etc.; 3. par compression funiculaire (cervico-brachialite), mal de Pott, cancer vertébral; 4. par compression radiculaire (tumeur méningée, pachyméningite cervicale hypertrophique.

Algies nerveuses. — Variables suivant le siège de la lésion :

1. *D'origine périphérique* : elles sont d'origine toxi-infectieuse;
2. *D'origine médullaire* : tabes, syringomyélie, sclérose en plaques, névraxite épidémique;
3. *D'origine encéphalique* : la lésion quelle qu'en soit la nature peut siéger dans le cortex ou les ganglions centraux (syndrome thalamique).

Algies sympathiques : causalgie, névrite ascendante, syndrome de Raynaud, érythromélalgie, acroparesthésies.

Algies réflexes d'origine viscérale : cardio-aortique, hépatique, intestinale.

Algies psychiques.

Traitement. — Pour se borner à la cervico-brachialite, il comprendra :

1. Les antinévralgiques et antirhumatismaux comme médication interne;

2. Les injections locales paravertébrales de lipiodol, salicylate de soude, alcool cocaïné;

3. Les agents physiothérapiques : diathermie, radiothérapie sur les racines, rayons ultraviolets et infrarouges; les cures thermales.

DISCUSSION

Le docteur Hesnard signale l'existence d'algies brachiales d'origine encéphalitique, et insiste sur la distinction entre les algies d'origine périphérique et celles d'origine centrale.

Le docteur Mannheimer signale la fréquence de la cervico-brachialite chez les ménagères, que l'on peut attribuer à l'action du froid humide. Il croit à l'utilité des injections locales et à l'action de la scopolamine associée à la cocaïne par la bouche.

Le docteur Porot signale l'existence d'algies des bras chez les femmes amputées du sein, qui ne sont pas liées à des métastases néoplasiques.

Le docteur Molin de Teyssieu signale la fréquence de ces algies chez les tuberculeux, et en particulier chez ceux qui sont maigres à l'encontre des formes florides ou les algies sont beaucoup plus exceptionnelles.

Le docteur Gommès revient sur le rôle du froid et de l'humidité dans la genèse des brachialites des ménagères, véritable maladie professionnelle.

Le docteur Courbon revient sur les caractères des algies des amputés et de leur mécanisme psychologique.

Les docteurs Sicard et Haguenau, à propos du rapport du professeur Roger reprennent l'étude pathogénique de la névralgie cervico-brachiale essentielle. Ils montrent son origine presque toujours funiculaire, qu'explique l'étude anatomique du trou de conjugaison. Ils indiquent les règles diagnostiques qui permettent de différencier ces algies « essentielles ou rhumatismales », d'avec les algies brachiales secondaires et insistent sur le traitement de ces formes par les injections locales, paravertébrales et épidurales.

Le docteur Crouzon publie deux cas de causalgie observés dans la même localité et survenues après une morsure insignifiante de chat avec blessure à peine visible, sans infection, sans lymphangite ni adénite. Quelques heures après la morsure survenaient une enflure considérable et des douleurs, puis de la fièvre. Ces symptômes revêtant l'allure de la causalgie ont duré des mois. S'agit-il là d'une étiologie rare et peut-être spéciale de la causalgie.

LA THÉRAPEUTIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par les docteurs Dujardin (de Bruxelles) et Targowla (de Paris).

Quand on réfléchit au traitement de la paralysie générale et aux essais thérapeutiques tentés dans les dernières années, deux notions s'imposent d'emblée à l'esprit : la faillite du traitement antisyphilitique habituel dans la paralysie générale, le bon résultat donné par les méthodes de choc en général. Cette antithèse frappante ne peut s'expliquer que par un essai pathogénique de la paralysie générale.

Pathogénie de la paralysie générale. — La paralysie générale est une méningo-encéphalite diffuse syphilitique, la présence des tréponèmes dans l'écorce démontrée par Noguchi l'établit sans conteste; mais elle s'oppose à la syphilis cérébrale tertiaire par ce fait que cette dernière est une syphilis *allergique*, la paralysie générale est une forme *anallergique* de syphilis. Cette distinction se manifeste anatomiquement par la présence d'infiltrats gommeux dans la première, leur absence dans la seconde; et biologiquement par la positivité de l'intradermoréaction aux extraits de tissu spécifique ou à la luétine dans la syphilis tertiaire, et la négativité de l'intradermoréaction dans la paralysie générale.

L'état anallergique est donc un état plus défavorable que l'état allergique pour l'organisme, et en effet la syphilis anallergique est toujours une forme diffuse et non localisée de syphilis, intéressant non seulement l'encéphale, mais les vaisseaux, l'aorte, les viscères (foie et reins). Secondement,

c'est une syphilis rebelle au traitement. La transformation de l'état anallergique en état allergique en est une preuve. Elle se traduit par l'apparition de réactions méningées aiguës ou subaiguës, toujours assez marquées, sur lesquelles le traitement a une action nette, alors qu'il reste sans effet sur la réaction méningée de la paralysie générale. Acuité des réactions organiques et allergie sont deux termes comparables exprimant un état de l'organisme où ses propriétés défensives se manifestent.

Modes d'action des traitements dans la paralysie générale. — 1° TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES. — Leur insuffisante efficacité est notoire. Elle peut provenir de trois facteurs : *a.* le siège du tréponème qui se trouve à l'abri du sang circulant; *b.* la résistance particulière de l'agent infectieux aux produits chimiothérapiques; *c.* la carence de l'effort défensif de l'organisme.

Encore que ces trois facteurs puissent intervenir, le troisième cadre tout à fait avec les hypothèses émises ci-dessus.

2° TRAITEMENTS NON SPÉCIFIQUES. — Ils se résument tous dans les méthodes de choc qui peuvent agir par deux mécanismes : *a.* comme agent pyrétogène; *b.* comme agent protéinothérapique dont l'action est de pouvoir déterminer une allergie vis-à-vis de l'antigène injecté, s'il s'agit d'un agent infectieux, et aussi une hétéroallergie. L'injection d'un agent infectieux, autrement dit, est susceptible de sensibiliser l'organisme vis-à-vis d'un autre agent infectieux dont il était déjà le porteur.

La protéinothérapie peut donc transformer une syphilis anallergique en syphilis allergique. C'est le cas pour la paralysie générale.

L'avantage de cette transformation est double : la réalisation d'une meilleure autodéfense de l'organisme contre le tréponème et la sensibilité plus grande de l'organisme au traitement spécifique.

Des preuves anatomiques de cette transformation ont été apportées par Gerstman, de l'autopsie de paralytiques généraux morts pendant la malariathérapie, qui a montré l'intensité plus grande des réactions inflammatoires sous forme de gommes miliaires et de plasmazellen disséminés.

Les rapporteurs comparent l'introduction de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale à celui de la vaccine contre la variole, formule peut-être un peu trop prétentieuse dans sa forme et ambitieuse dans ses résultats.

Étude thérapeutique. — 1. LES TRAITRMENTS SPÉCIFIQUES employés par les rapporteurs ont été les arsénobenzènes trivalents et en particulier le novarsénol à petites doses, ou les arsénobenzènes pentavalents dont le meilleur est à leur avis la tryparsamide, traitement associé le plus souvent à la médication bismuthique ou mercurielle. Les résultats obtenus par cette technique sont loin d'être négligeables, surtout à la période de début de l'affection.

2. LES TRAITEMENTS NON SPÉCIFIQUES sont représentés par tous les agents pyrétogènes d'ordre divers : nucléinate de soude, tuberculine, vaccins divers. Mais le plus actif est la malariathérapie introduite par Wagner von Jauregg en 1917.

C'est le plasmodium vivax seul qui doit être utilisé, et, dès 1924, Targowla avec Claude et Codet rapportaient le résultat de 240 malades traités dont 135 avec résultat favorable, 86 avec résultats défavorables ou nuls, et 19 décès dont 3 de complications infectieuses, 7 par évolution de la paralysie générale et 7 considérés comme évitables.

Le traitement peut être appliqué à tous les paralytiques généraux, en dehors des contre-indications relevant d'un mauvais état général, d'une tuberculose évolutive, d'affections viscérales sérieuses.

La présence d'une réaction albumino-cytologique intense doit faire retarder l'inoculation.

Il importe d'employer un virus que l'on connaît bien. On injectera 5 à 10 centimètres cubes de sang prélevé sur un sujet atteint de tierce bénigne. L'injection sera sous-cutanée. On peut au besoin se servir du sang citraté.

L'incubation est de trois à vingt jours, puis apparaissent des accès tierces ou quotidiens, parfois irréguliers.

Pendant la période des accès on peut observer de l'amaigrissement et de l'asthénie, de l'embarras gastrique, des signes d'insuffisance cardiaque, de petits accidents hépatiques ou rénaux. Des troubles mentaux, tels que des manifestations délirantes, de la confusion, de l'agitation, parfois une exagération de l'état démentiel, ne sont pas exceptionnels.

Mais, d'après les rapporteurs, les accidents sont, somme toute, assez rares et bénins. On peut y parer en général. Le nombre des accès sera de 8 à 12 en moyenne. L'interruption peut s'imposer au moyen de la quinine per os ou en injection.

Le traitement antisyphilitique associé doit être utilisé, soit avant la malariathérapie, auquel cas il réduit les contre-indications et la mortalité du fait de l'impaludation ; soit après la malariathérapie, et il devra alors être très prolongé en général.

Résultats. — Les effets du traitement se font d'abord sentir sur l'état général du malade qui devient meilleur, et engraisse.

Certains signes neurologiques, tels que le tremblement de la langue, la dysarthrie, la fibrillation des muscles péribuccaux, s'atténuent souvent.

Les réflexes tendineux et les réflexes oculaires ne sont dans la majorité des cas pas modifiés.

Exceptionnellement, peut-on constater une aggravation des troubles mentaux : manifestations délirantes, confusion avec aggravation de l'état démentiel. Dans la majorité des cas l'état mental s'améliore dans le domaine de l'activité intellectuelle, des sentiments et de la volonté. L'autocritique réapparaît, et certains malades ont pu, temporairement du moins, reprendre leur activité professionnelle antérieure.

Aussitôt après la cessation des accès le liquide céphalo-rachidien est peu modifié. Ultérieurement seulement on peut constater une réduction de la formule humorale, une réduction du nombre des éléments et du taux des globulines. Le Wassermann du sang peut devenir négatif.

Les résultats du traitement sont d'autant meilleurs qu'il a été pratiqué plus précocement.

DISCUSSION

Les docteurs CROUZON et ZADOK-KAHN rapportent une statistique de paralytiques généraux malariathérapisés avec 30 p. 100 de cas favorables, 26 p. 100 de résultats nuls, 42 p. 100 de cas perdus de vue, 29 cas de décès. Ces résultats leur paraissent favorables, et ils estiment que par un choix judicieux des malades on peut abaisser le nombre des décès.

Le docteur NYSSEN (d'Anvers) parle de 150 cas de paralytiques généraux traités par la malariathérapie avec des résultats à peu près analogues.

Le docteur VERSTRAETEN (de Melle) entretient le Congrès des résultats de la malariathérapie dans les psychoses autres que la paralysie générale.

Les docteurs VERMEYLEN et VERWAECK signalent l'apparition du syndrome hypochondriaque chez les paralytiques généraux malarisés.

Les docteurs SICARD, HAGUENAU et BIZE signalent les résultats obtenus par eux chez 20 paralytiques généraux traités par des injections associées de Dmelcos et de tryparsamide, qui ont été satisfaisants après un long traitement.

Les docteurs COMBEMALE et VULLIEU ont essayés la pyréthothérapie au Dmelcos associée au traitement spécifique chez 39 paralytiques généraux et ont obtenu des résultats satisfaisants.

Les docteurs OTOKAR-JANOTO et ALTSCHULLER (de Prague) rapportent un cas de rémission ayant duré dix ans chez un

paralytique général malgré les réactions humorales positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux. — LUDO VAN BOGAERT et R. NYSSEN apportent deux cas personnels complètement étudiés au point de vue anatomique dans lesquels ils ont assisté à l'évolution conjuguée d'un gros syndrome démentiel et d'une atrophie cérébelleuse. Dans le premier cas les troubles mentaux étaient caractérisés par un état de démence profonde progressive avec paramnésie, fabulation radoteuse. L'autopsie, en dehors des lésions corticales systématisées, montrait une atrophie cérébelleuse du type lamellaire prédominant sur les hémisphères.

Le second cas concerne une femme jeune développant une démence progressive avec agitation maniaque, et de multiples hallucinations auditives et visuelles.

Le tableau psychiatrique était celui d'une démence confusionnelle avec bouffées de négativisme. L'examen anatomique montrait à côté de grosses lésions cytoarchitectoniques, une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse débutante. A propos de ces deux cas les auteurs ont étudié les autres observations publiées dans la littérature. Elles leur paraissent être classifiées sous les rubriques anatomo-cliniques suivantes :

1° Les atrophies cérébelleuses toxiques : le plus souvent alcooliques;

2° Les atrophies cérébelleuses secondaires à des lésions qui touchent le cervelet de l'adulte ou de l'enfant;

3° Les atrophies cérébelleuses de la paralysie générale qui sont en réalité des méningo-encéphalites de la loge cérébelleuse;

4° Les atrophies cérébelleuses par lésion lacunaire ou artérioscléreuse;

5° Les atrophies cérébelleuses sans étiologie définissable. Ce sont des affections de système encore extrêmement mal connues.

En dépit des apparences cliniques du premier cas, les observations anatomiques apportées par les auteurs se rangent dans la seconde catégorie. Ces observations exceptionnelles soulèvent un problème de pathologie générale des systèmes anatomiques de l'encéphale qui intéressent à la fois la psychiatrie et la neurologie. H. SCHAEFFER.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Il est en obstétrique, comme dans toutes les branches de la médecine, un certain nombre de questions qui méritent de temps en temps d'être remises au point, soit parce que la multiplicité des publications à leur sujet finit par les obscurcir, soit parce qu'un progrès appréciable vient d'être réalisé à leur sujet. L'utilité d'une mise au point de la thérapeutique si souvent exposée des vomissements gravidiques nous paraît relever de ces deux considérations : d'une part la liste des moyens mis en œuvre pour les combattre s'accroît chaque jour; d'autre part, Henrotay (d'Anvers) a préconisé ces dernières années une méthode thérapeutique qui a maintenant eu le temps de faire ses preuves et qui, à notre avis, constitue un gros progrès.

Voici donc comment à l'heure actuelle, et toute notion pathogénique étant systématiquement écartée, il nous semble raisonnable de comprendre l'étude du traitement pratique des vomissements de la femme enceinte.

Ceux-ci se divisent très simplement en trois groupes : *a.* ceux qui n'influent pas ou qui influent peu sur l'état général; *b.* ceux qui retentissent manifestement sur la santé de la malade; *c.* ceux enfin qui mettent la vie de la mère en danger.

PREMIER CAS. — Il ne s'agit en somme que d'un trouble presque uniquement symptomatique : toute médication sera bonne pourvu qu'elle parvienne à faire prendre patience à la malade en atténuant, dans la mesure du possible, les désagréments de son état nauséeux, et en évitant l'aggravation de cet état. A ces deux buts répondront d'abord la thérapeutique antivomitive classique : potion de Rivière, potion au menthol; et les mesures d'hygiène intestinale si importante pendant toute la durée de la grossesse : évacuations intestinales régulières, spontanées ou provoquées, surveillance du régime alimentaire.

DEUXIÈME CAS. — A partir du moment où la fréquence des vomissements est telle qu'il en résulte un amaigrissement manifeste, il convient de prendre la chose plus au sérieux, de surveiller plus attentivement la malade et d'instituer une thérapeutique véritablement spéciale. Mais dans la multitude des moyens préconisés il importe tout d'abord de ne pas s'égarer, et il est essentiel de ne pas vouloir tout essayer. L'élément psychique jouant un rôle incontestable dans la pathogénie et dans la cure des vomissements gravidiques, le médecin traitant doit savoir inspirer à sa malade une confiance complète dans le traitement qu'il institue. Comment y parviendrait-il si, par des modifications journalières au moindre insuccès ou à la moindre objection, il trahissait le peu de confiance qu'il a lui-même en sa thérapeutique? Sachons donc adopter vis-à-vis des vomissements, dès qu'ils deviennent un peu graves, une ligne de conduite systématique.

L'exposé de cette conduite sera, à dessein, bien loin de comprendre toutes les médications utilisables, mais il constituera un schéma de directives basées sur la logique et l'expérience, un cadre thérapeutique que chacun pourra compléter suivant sa sagacité ou son expérience personnelle.

Tout traitement des vomissements gravidiques doit :

1. Agir sur le psychisme et sur le système nerveux;
2. Désintoxiquer l'organisme;
3. Soutenir les forces de la malade;
4. Permettre de reprendre l'alimentation.

1. *Agir sur le psychisme de la malade.* — Il faut d'abord, nous l'avons déjà dit, savoir inspirer confiance à la malade et surtout éviter de lui donner l'impression d'un flottement dans la thérapeutique instituée. Il faut aussi agir sur l'entourage qui, en s'apitoyant d'une façon souvent exagérée sur l'état de la malade, contribue à l'effrayer et à entretenir chez elle un moral déplorable : c'est la raison pour laquelle l'isolement à l'hôpital ou dans une clinique devient souvent une nécessité.

En second lieu, *agir sur le système nerveux* : le médicament de choix, à l'heure actuelle, nous paraît être le benzoate de benzyle. C'est un antispasmodique de premier ordre; il a l'avantage de n'être ni toxique, ni stupéfiant; et son administration en gouttes dans la formule du Rhodazyl le fait facilement accepter et tolérer par les malades. Il faut en donner une assez forte dose : x à xv gouttes dans une cuillerée d'eau trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, autant que possible alors que l'estomac est vide : donc au réveil et une heure avant les repas.

2. *Désintoxiquer l'organisme* : c'est également une indication à réaliser comme début de traitement; le moyen le plus simple pour y parvenir et le moins désagréable pour la malade est l'administration bi-quotidienne d'abord, puis journalière, d'un grand lavement d'un litre d'eau froide légèrement salée; le premier lavement ne ramènera souvent pas grand'chose car les vomisseuses sont toujours de grandes constipées, mais la débâcle finira toujours par se produire.

Ces lavages intestinaux répétés contribuent à la désintoxication de l'organisme, non seulement en provoquant l'évacuation de matières accumulées souvent depuis fort longtemps, mais aussi en favorisant la diurèse : à ce point de vue l'eau froide (à la température de l'appartement) est plus active que l'eau chaude ou tiède.

3. *Soutenir les forces de la malade.* — Le médicament qui dans les cas ordinaires paraît le plus efficace et qui est le plus facile à administrer est l'*adrénaline*. On la fera prendre le matin à jeun, au réveil, sous forme de gouttes : xv à xx gouttes de la solution au millième diluée dans une assez grande quantité d'eau sucrée.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs ont employé avec succès les injections d'insuline qui paraissent agir surtout sur la nutrition générale du sujet. Cette médication ne nous paraît pas indispensable dans la majorité des cas, mais elle mérite d'être utilisée dans les cas graves. C'est à ces cas aussi que doivent dans la pratique être réservés d'autres moyens plus énergiques mais aussi plus compliqués pour soutenir les forces de la malade, notamment les injections de sérum artificiel salé ou mieux glucosé; exceptionnellement la transfusion sanguine.

4. *Permettre de reprendre l'alimentation.* — C'est surtout à ce point de vue que le traitement des vomissements graves a fait de gros progrès dans ces dernières années. En effet, grâce à la méthode qui a été préconisée par Henrotay (d'Anvers) il est devenu possible d'alimenter très rapidement et très copieusement les malades qui vomissent. Pour cela, il suffit de leur donner à manger et de les laisser ensuite digérer *pendant qu'elles sont sous l'influence du sommeil chloralique.* Comment réaliser ce sommeil? Par un lavement formulé de la façon suivante :

Hydrate de chloral .... 6 à 7 grammes

suivant la corpulence de la femme.

Julep gommeux......... } *aa* 150 —
Eau................... }

Ce lavement, introduit lentement dans le rectum et gardé facilement, produit après huit à dix minutes une somnolence manifeste; c'est à ce moment qu'il faut donner à manger à la malade : ni trop tôt, ni trop tard; le moment sera bien choisi quand pour faire avaler à la malade les cuillerées de l'aliment choisi il est nécessaire d'insister, de la bousculer même quelque peu pour vaincre la torpeur qui l'envahit assez rapidement et aboutit bientôt à un sommeil invincible. C'est pendant ce sommeil, qui dure en général quatre à cinq heures au moins, que se fera la digestion sans vomissement. La malade ne vomissant pas il est possible de lui faire prendre une assez grande quantité d'aliments de façon qu'un seul repas par jour sous sommeil chloralique soit suffisant. Quel aliment choisir pour débuter? Henrotay conseille le lait; à notre avis, ce choix n'est pas indispensable, il nous semble même préférable de donner d'emblée une alimentation plus substantielle sous forme, par exemple, de potage épais, de panade additionnée rapidement de fromage râpé, puis d'un jaune d'œuf. C'est là précisément un des gros avantages de la méthode : la digestion se faisant en quelque sorte sous anesthésie, on peut se montrer très large quant au choix de la qualité et de la quantité des aliments ingérés. L'alimentation sous sommeil chloralique doit être ainsi réalisée une fois par vingt-quatre heures pendant trois, quatre ou cinq jours consécutifs.

Après cette période, on essaiera de reprendre l'alimentation à l'état de veille : dans tous les cas que nous avons observés, celle-ci a toujours été supportée, sinon d'une façon complète dès la première tentative, du moins d'une façon suffisante pour voir l'amélioration de l'état général déjà commencée se continuer très régulièrement.

Rien ne s'oppose, du reste, si c'est nécessaire, à ce que de temps en temps un repas plus copieux soit administré de nouveau pendant le sommeil chloralique.

Le seul petit inconvénient que présente la méthode est de produire une légère irritation du rectum, mais celle-ci ne se manifestant qu'après trois ou quatre lavements journaliers on est à ce moment arrivé à la période où l'alimentation à l'état de veille peut être tentée en général avec succès. Cette irritation a, par contre, un avantage; elle favorise l'évacuation régulière et spontanée des matières et permet de suspendre rapidement les lavages intestinaux que nous avons conseillés comme début de traitement.

Telle est la méthode de traitement qui nous paraît être un gros progrès dans la thérapeutique jusqu'à ces dernières années si décevante de cette affection toujours fort pénible et quelquefois si grave pour la femme enceinte. Depuis que nous avons employé cette méthode, c'est-à-dire depuis environ trois ans, nous avons toujours guéri très simplement tous les cas de vomissements gravidiques sérieux que nous avons observés.

Nous n'en conclurons certes pas que son efficacité doit être absolument constante et que désormais devra se terminer au point où nous en sommes l'exposé de la thérapeutique des vomissements gravidiques, mais nous sommes persuadé qu'appliquée sans retard, puisqu'elle est simple, plutôt agréable pour la malade, facile à réaliser dans n'importe quel milieu, car le sommeil chloralique, contrairement au sommeil anesthésique, n'est pas assez profond pour nécessiter une surveillance constante, elle empêchera un très grand nombre de vomissements tant soit peu sérieux d'aboutir à la phase ultime des vomissements véritablement incoercibles dont l'étude thérapeutique constituera le troisième cas qui peut se présenter dans la pratique.

Troisième cas. — Rappelons d'abord à quoi nous reconnaîtrons la gravité extrême des vomissements gravidiques : les uns disent par la perte énorme du poids de la malade; les autres par le simple examen de la fréquence du pouls. Il sera toujours plus sage de tenir compte de l'ensemble de toute une série de symptômes plutôt que d'un seul qui peut être trompeur; ces éléments de gravité seront :

La fréquence extrême des vomissements aboutissant à l'intolérance absolue;

L'amaigrissement rapide et important;

La diminution notable de la quantité des urines;

La présence d'acétone, d'urobiline dads les urines;

La fréquence du pouls battant de *façon constante* au-dessus de 100 à la minute;

Enfin, à une période encore plus avancée, les troubles de névrites et les troubles psychiques.

A moins que l'on ne se trouve déjà en présence de ces deux derniers symptômes qui commandent l'évacuation immédiate de l'utérus, il nous paraît logique de commencer par instituer le traitement que nous avons conseillé pour la catégorie précédente de vomissements : ce ne sera pas une perte de temps, puisqu'avec le sommeil chloralique nous pouvons tenter l'alimentation immédiate. Ce n'est qu'après l'échec manifeste de cette thérapeutique médicale et devant l'aggravation incontestable des accidents que nous nous croirions, à l'heure actuelle, autorisé à provoquer l'évacuation utérine, moyen suprême mais aveu aussi d'impuissance, toute thérapeutique obstétricale ne pouvant être considérée comme pleinement satisfaisante que si elle aboutit à sauver à la fois la mère et l'enfant.

Nous sommes persuadé que la généralisation et l'utilisation précoce de la méthode d'Henrotay rendront ces cas désespérés de plus en plus rares, et c'est pour cela que nous avons cru utile d'appeler sur elle l'attention de tous ceux auxquels un jour ou l'autre elle pourra rendre service.

AUTOUR DES CONGRÈS

LE PROBLÈME ACTUEL DE LA REMINÉRALISATION (1)

Par le docteur Pierre BARBIER.
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

CONCLUSIONS. — 1. Le *problème de la fixation du calcium* domine la pathologie de l'enfance, son absence entraînant des troubles graves, tels que le rachitisme, la spasmophilie; ce problème dominerait peut-être également le traitement de la tuberculose.

2. Pour reminéraliser les malades, il ne suffit pas de leur donner de fortes doses de phosphore et de chaux, il faut avant tout que ces médications *puissent être fixées par l'organisme*.

3. L'ergostérine ou vitamine D serait la substance la plus capable d'assurer cette fixation du calcium par l'organisme. Cette substance constituerait le principe actif des levures, comme l'huile de foie de morue.

4. Les rayons ultraviolets, soit par leur action directe sur l'organisme, soit par une action indirecte (aliments et médicaments activés), exercent la même action thérapeutique que les produits vitaminés naturels.

5. En associant une huile de foie de morue à de l'ergostérine et à des lipoïdes irradiés et en employant comme stabilisant l'éther benzylo-cinnamique, on obtient un produit injectable d'une remarquable activité.

6. Ce produit, connu sous le nom de « Viosten », nous a paru réaliser le fixateur par excellence du calcium dans tous les états de déminéralisation et de décalcification osseuse ou pulmonaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er JUIN 1928)

Etranglement interne à symptomatologie réduite. — M. HAUTEFORT fait un rapport sur un travail de M. PERRIER (de Genève). Etranglement peu serré d'une anse grêle, rapidement compliqué de lésions dues à l'état pathologique du système circulatoire. Les symptômes étaient très peu marqués, malgré l'importance des lésions intestinales. L'auteur fit rapidement une large résection intestinale suivie d'anastomose latéro-latérale. Guérison.

Chirurgie réparatrice. — M. SÉJOURNET fait un rapport sur un travail de M. Jean LEWIS (de Baltimore). L'auteur expose, d'après les travaux publiés et ses recherches personnelles, les principes généraux qui doivent servir de base à cette chirurgie. Il étudie successivement la greffe cutanée, la suture des tendons, la greffe osseuse, la suture nerveuse. Il insiste sur les faits suivants : 1° n'utiliser que des auto-greffes; 2° rôle capital d'une reprise rapide des fonctions auxquelles les tissus sont destinés; 3° rôle néfaste du caillot sanguin; 4° importance d'une reconstitution aussi physiologique et anatomique que possible des tissus.

Un cas de sténoses médio-gastrique et pylorique concomitantes. — M. LANOS communique l'observation d'une malade atteinte d'une double sténose médio-gastrique et pylorique par ulcère. L'ulcère de la petite courbure, haut situé, avait évolué silencieusement bien qu'il fût térébrant, bouché par le pancréas; les symptômes ne s'accentuèrent que lorsque la sténose pylorique s'ajouta à la sténose médio-gastrique. L'examen radioscopique permit de faire le diagnostic. Gastrectomie. Guérison.

Contusion de l'abdomen. Résection de 1m66 d'intestin. — M. MULIER (de Belfort) communique cette observation. Opération quatre heures et demie après l'accident. Il existe deux larges désinsertions (d'environ 30 centimètres chacune) du mésentère sur le grêle. Résection en amont et en aval. Suture termino-terminale. Guérison opératoire. Mort, dix-huit jours après, de broncho-pneumonie.

Etude radiographique de la hanche chez 15 malades guéris de luxations congénitales depuis dix à vingt ans. — M. JUDET communique ces quinze observations, comprenant neuf luxations unilatérales et six luxations bilatérales. Dans quatre cas, l'aspect radiographique de la hanche est absolument normal. Quatorze hanches, malgré un fonctionnement parfait, présentent à la radiographie des traces de lésions (cotyle moins creux, tête moins développée, aplatie ou en antéversion). Dans trois cas, sans boiterie ni douleur, mais où la fatigue survient après 2 à 3 kilomètres de marche, la malformation est plus prononcée (antéversion du col avec coxa vara dans deux cas; cotyle éculé dans un cas). Dans tous les cas, la tête est solidement fixée dans le cotyle.

Technique opératoire pour l'ablation des tumeurs hypophysaires par voie endonasale. — M. BOURGUET démontre que l'hémaniopsie temporale est due à l'écrasement du chiasma par l'artère communicante antérieure qui ne se laisse pas refouler par la tumeur. Il expose la technique opératoire qu'il a employée chez 15 malades. Malade assis. Anesthésie locale. L'auteur passe entre les deux muqueuses de la cloison nasale décollées, pénètre dans le sinus sphénoïdal; résèque le plancher de la selle turcique, ouvre la dure-mère et curette la tumeur. Il présente 5 malades opérés avec un résultat excellent.

Appendicite et pneumonie droite. — M. DUCHET-SUCHAUX (de Vesoul) communique l'observation rare d'une malade chez laquelle une pneumonie droite coexistait avec une appendicite qui fut opérée d'urgence. Guérison.

Correction esthétique de la paralysie faciale. — M. DUFOURMENTEL présente une malade qu'il a opérée en passant, de la tempe à la commissure buccale, une anse de fil. Celle-ci est retirée au bout de vingt jours, quand il s'est formé des adhérences sous-cutanées. Bon résultat.

Elections. — Ont été élus :

1° Membre titulaire : M. Devraigne (de Paris);

2° Membres correspondants étrangers : Sir Arbuthnot Lane (de Londres), Sir Berkeley (de Leeds), MM. Nathaniel Allison (de Boston), William Darrach (de New-York), Melvin S. Henderson (de Rochester), Frank Lahey (de Boston), Dean Lewis (de Baltimore), Charles Perrier (de Genève), Juan F. Canessa (de Montevidéo).

(SÉANCE DU 15 JUIN 1928)

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation de l'épaule. — M. SÉJOURNET les divise en : 1. fractures du col anatomique avec luxation de la tête humérale qui ne sont pas des luxations vraies de l'épaule; 2. fractures de la grosse tubérosité avec luxation de l'épaule; 3. fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus avec luxation de l'épaule; dans cette variété, la luxation est facilement réductible quand il y a de l'engrènement, quand elle est irréductible, il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Fracture de l'humérus et luxation de l'épaule. — M. ROEDERER en communique deux observations qui présen-

(1) Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, La Rochelle, juillet 1928.

tent des particularités cliniques et radiologiques intéressantes.

Fracture du col anatomique de l'humérus, luxation de la tête humérale. — M. Bressot (de Constantine) communique une observation dans laquelle, après tentatives infructueuses de réduction, il fit la résection chirurgicale de la tête. Bon résultat fonctionnel.

A propos de la chirurgie réparatrice. — M. Trèves rappelle qu'il est actuellement démontré que, dans les greffes osseuses, le périoste a un rôle ostéogénique nul. Il constitue seulement un support pour les cellules osseuses sous-jacentes qui servent à la régénération osseuse, puis se résorbe et disparaît.

La voie d'accès antérieure sur l'articulation de la hanche. — M. Dupuy de Frenelle décrit le procédé personnel qu'il emploie. Il a utilisé cette voie antérieure dans les cas suivants : hanche ballante et paralytique; réduction d'une luxation congénitale; ostéosynthèse pour fracture du col fémoral; greffe d'une pseudarthrose du col du fémur; arthroplastie d'une ankylose de la hanche.

Les fractures articulaires temporo-maxillaires fermées. — M. Dufourmentel expose l'histoire de ces fractures fréquentes et très souvent méconnues. Il en décrit trois variétés anatomo-pathologiques, d'après la direction du choc sur le maxillaire inférieur. Les symptômes sont souvent peu dissemblables, que la fracture soit uni ou bilatérale. Le pronostic est plus grave chez l'enfant parce que l'ankylose est fréquente; chez l'adulte l'ankylose n'est pas à craindre, mais il reste une gêne de la mastication par trouble de l'articulé dentaire. Il en résulte des indications thérapeutiques différentes et l'application d'appareils différents.

Appendicite aiguë survenant un mois après une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. — MM. Pauchet et Luquet communiquent cette observation terminée par guérison. Ils insistent sur la nécessité de toujours compléter l'opération sur le duodénum ou la vésicule biliaire par une ablation de l'appendice.

Rétroflexion brusque et incarcération totale d'un utérus fibromateux dans le Douglas. Symptomatologie aiguë. Gangrène. — M. Thévenard communique un cas de cette complication très rare des fibromes survenu chez une femme de trente ans.

Il n'en a trouvé qu'une seule autre observation publiée. Hystérectomie totale; Mikulicz; guérison. L'auteur insiste sur le caractère aigu des accidents.

La suspension du col après l'hystérectomie subtotale comme moyen de traitement préventif ou complémentaire dans les prolapsus génitaux. — M. Hautefort expose la technique qu'il emploie. Il se sert des ligaments ronds qu'il inclut dans le moignon du col dans le but de suspendre ce col au point le plus élevé possible et de modifier sa direction pour que son axe ne se confonde plus avec l'axe du vagin. Suivant les cas, il pratique la suspension par ligamentopexie intraabdominale, ou, si le vagin très allongé lui permet de l'amener jusque-là, la ligamentopexie transpariétale à travers les muscles droits et leur aponévrose.

Grossesse et fibrome sphacélé. — M. Duchet-Suchaux (de Vesoul). Intervention faite pour fibrome en voie de sphacèle au cinquième mois d'une grossesse. L'auteur fit d'abord une myomectomie; mais l'impossibilité d'arrêter complètement l'hémorragie l'obligea à pratiquer l'hystérectomie. Guérison.

Un cas de kyste wolffien multiloculaire de plus de 9 kilogrammes. — M. Muller (de Belfort). Développement rapide du kyste. Ablation. Guérison de la malade. Le kyste comprenait quatre poches qui contenaient des liquides albumineux et dont les cavités étaient tapissées de cellules caliciformes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 15 juin 1928)

La vaccinothérapie pulmonaire générale et locale. — M. Georges Rosenthal, pour mieux préciser le rôle de la vaccinothérapie dans les affections respiratoires, prend trois exemples et fait assister à l'élaboration de la méthode, à la constitution d'un autovaccin, à l'usage d'un stock-vaccin, à leur emploi général hypodermique ou local endo-pulmonaire selon sa technique. Les noms de Ranguer et Sénès, Minet, Dufour et Sédallion, Louis Bazy, sont fréquemment invoqués.

Dans les broncho-pneumonies infantiles, la mortalité, déjà très diminuée par les vaccins généraux, s'atténue encore par l'injection transthoracique de vaccins en solutions aqueuses. Dans les broncho-pneumonies des adultes, il faut recourir également à l'injection transthoracique et quelquefois à la trachéofistulisation. Mais, dans la gangrène pulmonaire, la trachéofistulisation reprend la priorité; il faut, dans ce cas, recourir aux autovaccins préparés par culture anaérobie dans le tube à haute colonne de liquide (18 à 22 centimètres), c'est-à-dire dans le tube profond décrit par l'auteur en 1907 et actuellement universellement employé pour la culture simplifiée des anaérobies.

Action vaso-dilatatrice différentielle des chlorures de cobalt et de nickel. — M. J.-M. Le Goff. L'injection intramusculaire de 1 à 5 centimètres cubes de chlorure de cobalt détermine la vaso-dilatation des vaisseaux de la face, tandis que l'injection de la même quantité de chlorure de nickel ne produit aucun phénomène semblable. Il est remarquable que deux corps doués de propriétés chimiques si voisines aient des propriétés physiologiques différentes.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 8 juin 1928)

Un cas de fibrome de l'ovaire. — MM. G. Rouville, G. Villa, H. Guibert et Mlle E. Lafourcade rapportent l'observation d'un fibrome de l'ovaire avec ascite considérable, épanchement pleural et atteinte profonde de l'état général. Extirpation. Guérison. L'examen histo-pathologique montre qu'il s'agit d'une tumeur bénigne à laquelle la prolifération intense des fibroblastes donne un aspect sarcomatoïde. Cependant, la trame collagène est partout respectée. Il existe une infiltration périvasculaire mononucléaire révélant un processus d'inflammation chronique.

A propos d'un cas de fibro-adénome végétant endocanaliculaire de la glande mammaire. Remarques sur le pronostic de ces tumeurs. — M. E. Grynfeltt.

Sur le philotion, le philothéion et leurs dérivés. — M. Rey-Pailhade propose de réserver le nom de glutathion à la glutamylcystine et d'appeler glutathéion la glutamylcystine. Ces composés diffèrent du philothion, découvert par de Rey-Pailhade en 1888, qui existe aussi à l'état de philothion à groupement SH. L'auteur a été le premier à voir l'importance, aujourd'hui vulgarisée, du rôle de ces composés dans les réactions d'oxydo-réduction qui se passent dans l'organisme.

(Séance du 15 juin 1928)

Adénite tuberculeuse sus-manubrienne. — MM. Massabuau et A. Guibal.

A propos de la flexion forcée dans le traitement de certaines fractures du genou et du coude. — MM. Massabuau, A. Guibal et L. Marchand.

(SÉANCE DU 22 JUIN 1928)

Hyperglycémie et acidose rénale. — M. J. Vidal publie les résultats de quatre nouvelles observations d'hyperglycémie chez des néphritiques. Ces recherches confirment les conclusions auxquelles avaient abouti sa précédente étude : la légère hyperglycémie parfois constatée au cours des néphrites paraît être en rapport étroit avec l'acidose rénale. L'une n'existe pas sans l'autre et chez un même malade leur évolution est parallèle. Même dans la limite de leurs valeurs normales, une diminution de la réserve alcaline s'accompagne d'une élévation de la glycémie. Chez certains malades, l'auteur a pu en réduisant l'acidose sous l'influence d'une thérapeutique alcaline, abaisser l'hyperglycémie alors que les divers autres éléments de l'insuffisance rénale (tension artérielle, rétention azotée, etc.) ne subissaient aucune modification. C'est donc au degré de déficience de la fonction anti-acidosique rénale que se mesure l'hyperglycémie des néphritiques. Il est probable que l'acidose intervient dans le mécanisme glyco-régulateur en agissant surtout sur la fonction glycolytique qu'elle entrave, ainsi que le prouvent les recherches expérimentales in vitro et les résultats de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, instituée chez les néphritiques hyperglycémiques. Cette élévation du taux du sucre sanguin est donc le témoin d'une insuffisance glycolytique réalisant un syndrome diabétique caractérisé par sa faible intensité et surtout par son origine rénale.

Un nouveau cas de guérison rapide de zona par l'iodobenzométhylformine. — M. A. Fournier (de Marseille).

(SÉANCE DU 29 JUIN 1928)

Hygroma tuberculeux trochantérien. — MM. Massabuau et A. Guibal.

L'ostéosynthèse temporaire chez l'enfant dans les fractures de l'avant-bras à grand déplacement. — MM. Massabuau, Guibal et Marchand présentent deux cas cliniques et deux séries de radios très démonstratives.

Le résultat anatomique et fonctionnel obtenu fut excellent.

La facilité et la simplicité de la technique comme la commodité de l'appareil d'Ombrédanne les a tout particulièrement frappés, eu égard d'une part à la difficulté de réduction manuelle de ces fractures quand le déplacement est important sur les deux os, et, d'autre part, aux bons résultats obtenus.

Ils ont noté cependant la possibilité, vérifiée dans un cas, d'hyperostose au niveau du point d'implantation des vis, et pensent qu'il ne serait pas sans inconvénient de pratiquer cette ostéosynthèse dans les fractures juxtaarticulaires.

REVUE DES THÈSES

De la Nécessité d'adapter l'armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose (1), par le docteur Henri Thibault, de la Faculté de médecine de Paris, ancien externe des hôpitaux de Paris, médecin adjoint du sanatorium de Durtol.

Conclusions. — 1. L'utilisation et l'organisation actuelles de l'armement antituberculeux reposent encore en général sur les conceptions classiques du début insidieux de la tuberculose.

2. Or, il semble démontré à l'heure actuelle que la plupart des tuberculoses pulmonaires se révèlent chez l'adulte par un épisode aigu et unilatéral.

3. Les sanatoriums, qui presque toujours ont comme règle d'éliminer les tuberculeux fébriles, éliminent donc ainsi plus de la moitié des tuberculeux au début et ne les reçoivent en réalité qu'en état de trêve.

4. En éliminant ainsi les tuberculeux en poussée aiguë de début, alors qu'ils sont presque toujours encore unilatéraux, les sanatoriums laissent la plupart des tuberculeux échapper à la collapsothérapie précoce et les privent ainsi de la seule ressource thérapeutique vraiment active dont nous disposons, au moment où elle serait presque toujours possible.

5. Si la préservation de l'enfance doit être à la base de la lutte sociale, il nous apparaît que la façon la plus simple, la plus économique et la plus rapide de la réaliser tout en soignant le malade est de placer ce dernier immédiatement dans un établissement spécial, afin de faire cesser le contact aussitôt que le dépistage est opéré, véritable mesure d'urgence qui permet par la suite de prendre les mesures prophylactiques à longue échéance.

6. Etant donné l'urgence de la question et les difficultés très grandes dans lesquelles se débattent les médecins de dispensaires, pour lesquels les malades aigus constituent la plus grande cause de difficultés, il importe, particulièrement au moment où les assurances sociales vont voir le jour, de trouver rapidement une solution dans le cadre des lois actuelles.

7. Cette solution réside dans une adaptation rationnelle de l'armement antituberculeux aux conceptions nouvelles de l'évolution de la tuberculose, et la création dans les conditions économiques de nouveaux établissements.

8. Une partie des sanatoriums actuels, choisis parmi les mieux construits, les mieux organisés et outillés, doit être aménagée de façon à fonctionner comme sanatoriums-hôpitaux, c'est-à-dire recevoir un effectif très important de malades alités.

Cette transformation peut se faire dans des conditions très économiques et consiste avant tout dans l'augmentation du nombre du personnel spécialisé, et la disposition d'un matériel technique suffisant.

9. Les malades dits curables qui constituent actuellement la clientèle de choix des sanatoriums devraient être reçus dans des établissements construits à peu de frais, sanatoriums spéciaux, véritables sanatoriums de convalescence, pouvant être :

Soit des propriétés en pleine campagne agrandies ou aménagées à peu de frais;

Soit des constructions neuves, légères, simples et économiques pouvant être agrandies facilement selon les besoins.

10. Dès maintenant tout projet comportant des dépenses considérables et exagérées pour un nombre de lits restreint, devrait être absolument refusé par l'autorité centrale compétente, la lutte sociale devant avoir pour objet principal d'hospitaliser le plus grand nombre de malades possible dans de bonnes conditions, pour tarir les sources bacillifères, à la fois par leur isolement au moment où elles sont les plus dangereuses, c'est-à-dire dans la période évolutive, et à la fois par la collapsothérapie précoce.

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence (11e année 1928) [Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Bouches-du-Rhône, Corse, Var, Vaucluse et Principauté de Monaco]. Un vol. de 360 pages. — Editions *Quo Vadis*. Administrateur : docteur L. Porcheron, 107, rue Paradis, Marseille.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

CARTES DE UN OU DEUX MOIS DONNANT DROIT A LA DÉLIVRANCE DE BILLTTS A DEMI-TARIF. — Les gares des grands réseaux français délivrent des cartes de voyage à demi-tarif, valables un ou deux mois.

Le prix des cartes valables un mois est : 270 fr. 30 en 1re classe; 218 fr. 95 en 2e classe; 142 fr. 80 en 3e classe. Celui des cartesvalables deux mois est : 450 fr. 50 en 1re classe, 364 fr. 90 en 2e classe; 238 fr. 10 en 3e classe.

Munis de ces cartes, les voyageurs peuvent demander des billets à demi-tarif sur n'importe quel parcours des grands réseaux français.

Ils ont intérêt à se munir d'une carte à demi-tarif de un mois au lieu de prendre des billets simples toutes les fois que le trajet à effectuer pendant trente jours dépasse 1.200 kilom. en 1re classe, 1.440 kilom. en 2e ou 3e classe. La réduction augmente avec la distance : pour 2.000 kilom. elle atteint 20 p. 100 en 1re classe, 14 p. 100 en 2e et 3e classe.

La validité des cartes peut prendre date de n'importe quel jour au gré du touriste.

Pour des déplacements de plus longue durée, il est délivré des cartes de trois mois, six mois, un an.

Conférences de clinique médicale pratique (6e série), par le docteur Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laennec. Un vol. avec 30 figures. — Paris, Vigot frères.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (Franco), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Sont nommés :

Chef de clinique d'accouchements : M. le docteur Bansillon.

Chef de clinique des maladies des enfants : M. le docteur Sédaillan.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le mercredi 28 novembre 1928, à 9 h., à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à dix emplois de médecin sous-lieutenant et à trois emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1928, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1899; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1928 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel), avant le 1er novembre 1928 au plus tard.

— Par décret du 21 août, le médecin auxiliaire ci-après désigné est nommé dans le cadre des officiers de réserve, et, par décision ministérielle du même jour, reçoit l'affectation suivante :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — M. Menudier est affecté au 19e corps d'armée.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Lassablieu (de Paris).

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Parturier (de Vichy).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cassel (de Paris) et Foucher (d'Argentan).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Chopy (de Nemours), Delmas (de Montpellier), Mutterer (de Mulhouse) et Sourbès (de Mezin).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Blottière (de Paris), Bocher, Debédat, Guyot, Latreille, Perrens et Leuret (de Bordeaux), Bonan (d'El-Ariana), Conseil et Rouquié (de Tunis), Longchamp (de Besançon), Goellner (de Saint-Amarin) et Pélissier (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Bouageb et Hayot (de Tunis), Broquin-Lacombe (de Troyes), Calazel (de Foix), Cantin (de Brie-Comte-Robert), Chancel (de Cléon-d'Andran), Charra (de La Mastre), Chevrolle (de Beton-Bazoches), Cochot (de la Ferté-Gaucher), Fromageot (de Coulommiers), Girod (de Chambéry), Le Breton (d'Avranches), Patron (de Nantes), Piétri [Mme] (de Belfort), Darras, Dervaux et Pley (de Saint-Omer), Deladrière (de Calais), Vilpelle (de Meaux).

M. Richier, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 22e décade (1er-10 août 1928),

859 décès, au lieu de 966 pendant la décade précédente, et au lieu de 911, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 65; il s'élevait à 116 pendant la décade précédente (moyenne 33).

La diarrhée infantile a causé 56 décès de 0 à 2 ans, au lieu de 48 pendant la décade précédente (moyenne 60).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boccard (de Jujurieux).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES. — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire de travaux pratiques, du 4 au 17 octobre. Les séances auront lieu tous les jours de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2.

Le programme comportera : La cytologie, les tissus et les organes. Etude et reconnaissance de coupes.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., jusqu'au 2 octobre.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

— CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicale et orthopédique sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, du 17 septembre au 5 octobre 1928, avec le concours de M. Lance, assistant d'orthopédie; MM. Huc, Aurousseau, Fèvre, chefs de clinique; Saint-Girons, chef de laboratoire.

Tous les matins, à 9 h. 1/2 : Visite dans les salles, opérations, présentations de malades au pavillon Molland et à la consultation d'orthopédie.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de revision d'une semaine* (22 au 27 *octobre 1928*) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire à la Faculté de médecine, salle Béclard (A. D. R. M.), tous les jours; ou bien guichet n° 4 du secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

La Transfusion du sang de l'animal à l'homme, par René CRUCHET, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, A. RAGOT, médecin de la marine, et J. CAUSSIMON, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux. Collection médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 106 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles par artérites chroniques non syphilitiques (1), par R. LEIBOVICI, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

La gangrène spontanée des membres inférieurs chez les adultes est à l'ordre du jour et la thrombo-angéite oblitérante paraît prendre une réelle fréquence. Faut-il voir dans la maladie de Buerger une maladie nouvelle de cause inconnue ou une artérite inflammatoire chronique? L'auteur essaie de classer anatomiquement les diverses artérites oblitérantes pré-séniles et il reproduit leur aspect histologiques en de nombreuses planches. Il étudie ensuite longuement leurs symptômes et leur évolution. Le traitement médical de l'artérite est minutieusement exposé, en particulier la méthode de Silbert, qui paraît avoir donné d'extraordinaires résultats à New-York. Le traitement chirurgical de l'artérite est ensuite étudié depuis les interventions sur les vaisseaux jusqu'à la surrénalectomie. En cas de gangrène, l'amputation s'impose, mais il est difficile d'en fixer le niveau. Il semble bien que l'amputation haute n'est pas toujours nécessaire. A l'aide des procédés récents d'exploration de la vitalité du membre que l'auteur passe en revue, on peut pratiquer des amputations basses juste au niveau où la sphacèle des lambeaux n'est pas à craindre. On assure ainsi aux malades des exercices économiquee, surtout souhaitables en cas de gangrène bilatérale. L. G.

Guérir? Essai de critique médicale (2), par le docteur Victor TRENHA ('Alger). — Lettre-préface du docteur Henri BOUQUET (de Paris).

Peut-on guérir? Sait-on guérir? Tels sont les deux énormes problèmes qu'avec une philosophie sereine, teintée d'un humour léger, l'auteur pose et essaye de résoudre. Quelque esprit inquiet, après la lecture de *Guérir?...* se croira-t-il le droit de faire au docteur V. Tranga le reproche d'être irrespectueux envers sa mère nourricière, la médecine? On lui répondra : « Pourquoi pas? Et que serait-elle à l'heure actuelle cette médecine, si, à travers les âges, on s'était toujours contenté de révérer ce que transmettaient les prédécesseurs? »

Au demeurant, *Guérir?...* livre de bonne humeur et de bonne foi, se présente comme une œuvre modeste, conçue et écrite par un presque anonyme médecin de quartier, entre deux visites. L'auteur ne se pose ni en technicien pur, ni en littérateur impeccable. Par la plume alerte, mais non prétentieuse, du docteur Trenga, c'est le praticien ordinaire — comme on dirait le « Français moyen » — qui, très simplement, très crânement réclame, pour lui et pour ses pairs, une place au soleil. L. G.

(1) Un vol. in-8 de 230 pages, avec 20 figures. Prix : 25 fr. — — Paris, Gaston Doin et Cie.

(2) Un volume in-16 jésus, de 224 pages, vélin bouffant, illustré par l'auteur. — Prix : 15 fr. — Paris, Norbert Maloine.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES

SUR

LE MÉCANISME DE LA MORT DANS L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

ET SUR

LE TRAITEMENT DES DIFFÉRENTS TYPES D'OCCLUSION (1)

Par JAMES C. WHITE (de Boston).

III. Constatations expérimentales et cliniques dans l'étranglement et la gangrène. — Avec Mc. Iver (12), j'ai produit un type standard d'étranglement du genre volvulus chez 50 chats.

Cela fut fait en ligaturant ou en coupant et en invaginant l'iléon en deux points, 30 et 70 centimètres au-dessous du pylore. Toutes les veines dans le mésentère entre ces deux points furent ainsi liées. Nous avions déjà établi qu'un chat ayant une simple obstruction à ce niveau se comportait exactement comme le chien dans l'expérience n° 1, vomissant énormément et mourant en quatre ou cinq jours, quand les chlorures du sang et des tissus étaient tombés à la moitié de leur valeur normale. Avec cet étranglement typique, les chats mouraient généralement en vingt-quatre heures. Les vomissements étaient peu importants ou même tout à fait absents. Le chlorure du sang et des tissus était seulement légèrement diminué, l'azote non-protéique était très élevé, malgré une émission normale d'urines. (Voir table VI.)

TABLE VI

	Chat avec une anse étranglée mort en 32 heures.		*Chat témoin avec occlusion simple au même niveau, mort en 5 jours.*	
	NaCl mgm.	Pourcentage d'abaissement des chlorures.	NaCl mgm.	Pourcentage d'abaissement des chlorures.
Plasma	632	10 %	482	30 %
Peau	500	0	253	40
Muscle	245	0	158	20
Foie	260	0	204	20
Rate	299	0	162	38
Rein	322	20	169	58
Perte totale des chlorures (urine et vomissements)	0g75	10	3g60	30

Tous les dosages ont été faits au moment de la mort. Le pourcentage d'abaissement des chlorures a été calculé d'après les chiffres obtenus sur des animaux normaux.

Nous avions évidemment affaire à un processus physiologique très différent. Cliniquement, les animaux accusaient une extrême somnolence et une faiblesse avec pâleur des muqueuses et refroidissement des extrémités. La température rectale tombait bien au-dessous de la normale. Le pouls était rapide et la pression sanguine très abaissée. Il n'y avait pas de signes de déshydratation. A l'autopsie nous ne trouvâmes une perforation et de la péritonite que chez deux animaux. Chez les autres, l'anse d'intestin entre les deux points d'obstruction était très distendue et présentait une coloration bleuâtre. Le péritoine contenait un transsudat séro-sanguinolent. Quand on injectait par voie intraveineuse à un chat normal 0,2 à 1 centimètre cube du contenu de l'intestin étranglé, cela produisait une chute presque aussitôt fatale de la pression sanguine, tandis que l'injection d'une quantité analogue de contenu intestinal prise juste au-dessus de l'étranglement, ne produisait pas de transformation notable. Quelques centimètres cubes du transsudat clair ou de sérum physiologique dans lequel l'anse avait été suspendue et immergée pendant deux heures dans une étuve, produisait également, quand on les injectait par voie intraveineuse, une chute marquée de la pression sanguine chez un animal normal.

Deux animaux chez lesquels il n'y avait pas d'obstruction mais seulement une ligature des veines dans un segment correspondant du mésentère (thrombose mésentérique), moururent de la même façon.

Afin de déterminer si la mort dans l'étranglement et la thrombose mésentérique était due à l'absorption toxique, nous avons réalisé des étranglements intestinaux chez deux chats. En même temps nous avons lié des veines et des lymphatiques mésentériques, puis toute l'anse étranglée fut extériorisée hors de la paroi abdominale et placée dans un pansement stérile. Ces animaux qui étaient ainsi incapables d'absorber quoi que ce soit au niveau de leur anse étranglée, ressemblaient aux animaux ayant une simple obstruction haute. Ils vomissaient énormément et perdaient une quantité correspondante de chlorure de leur sang et de leurs tissus. Au bout de trois jours, ils avaient perdu environ 25 p. 100 de la totalité du chlorure de leur corps mais se portaient encore assez bien. On les sacrifia pour éviter des souffrances inutiles. Des résultats semblables ont été décrits par Chenut.

Ces recherches expérimentales avec Mc Iver m'ont conduit à vérifier si chez l'homme l'étranglement et la thrombose mésentérique déterminent les mêmes modifications physiologiques que chez l'animal. Les observations suivantes mettent en évidence que les choses se passent de même façon en clinique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 68, p. 1193.

Cas VI. — Une jeune fille de seize ans fut observée à l'hôpital pendant dix jours parce qu'elle se plaignait d'une légère douleur autour de l'ombilic et vomissait parfois après les repas. Pendant ce temps elle avait des selles normales. Le dixième jour la douleur devint violente et elle développa des signes d'irritation péritonéale avec ballonnement modéré de l'abdomen et un soupçon de liquide libre dans le péritoine. Sa température était normale, mais les globules blancs étaient de 16.800. Le chlorure plasmatique et l'azote non protéique étaient normaux. (Voir table VII.) Elle n'avait pas vomi et avait eu une petite selle.

A l'opération, nous fûmes surpris de trouver un volvulus de tout l'iléon, dont la totalité fut extériorisée et tournée de 360 degrés de manière à dérouler le mésentère mobile tordu. Il y avait un exsudat séro-sanguin étendu et plusieurs segments d'intestin de vitalité douteuse, mais l'état de la malade était devenu tellement grave que nous ne pûmes que remettre en place l'iléon démêlé. On lui donna des quantités modérées de sérum physiologique par voie rectale et sous-cutanée sans aucun bénéfice.

Le lendemain elle ressemblait beaucoup à un de nos chats à étranglement expérimental, le pouls était rapide et faible, la pression sanguine de 85. Les extrémités étaient froides, les lèvres pâles. De même que les chats, elle n'avait presque pas vomi. Son plasma chloruré était normal, mais son azote non protéique s'était augmenté en vingt-quatre heures jusqn'à 112 milligrammes. L'ancienne incision fut réouverte et trois quarts de l'iléon, complètement gangréneux furent extériorisés par l'incision.

Deux heures plus tard elle mourut.

L'autopsie montra un iléon avec un mésentère contracté en mince pédicule. Tous les vaisseaux mésentériques étaient thrombosés périphériquement à la région de la torsion et l'iléon correspondant était sphacelé.

TABLE VII

Cas n° 6. Volvulus de l'iléon suivi de gangrène.

DATE	VOMISSEMENT		LIQUIDE SOUS-CUTANÉ		DOSAGE DANS LE SANG			OBSERVATIONS CLINIQUES
	H^2O.	NaCl.	H^2O.	NaCl.	NaCl.	Azote non protéique.	Réserve alcaline.	
9-18 sept. .	—	—						Douleurs abdominales, nausées après les repas.
19........	0	0						Selles quotidiennes.
20........	0	0						Abdomen un peu ballonné, distendu et douloureux. Petite selle et tempér. normale.
21........	0	0	3.500 cc.	18 g.	579	33		Première opération : libération du volvulus.
22........	500	—	3.500 cc.	18 g.	570	112	28 %	Deuxième opération : extériorisation de l'iléon gangréné. Mort.

Cas VII. — Une femme de cinquante-cinq ans avait eu des crises intermittentes de douleurs dans la région hypochondriaque droite pendant un mois. Elle n'avait pas eu de selles pendant quatre jours. Elle avait vomi pendant trente-six heures et avait perdu assez de liquide pour présenter des signes cliniques de déshydratation, quoique son plasma chloruré ne fut que peu réduit. (Voyez table VIII.) Les globules blancs s'élevaient à 30.000, son abdomen était ballonné et tendu et il y avait le soupçon d'une tumeur au-dessus de l'ombilic.

L'opération montra le commencement d'une thrombose mésentérique avec 25 centimètres d'intestin sphacelé dans l'iléon supérieur. Cette partie fut réséquée avec une grande marge ; on fit une anastomose bout à bout et une jéjunostomie. L'analyse de la peau et de la graisse abdominale enlevées à l'opération donna des valeurs correspondant au niveau un peu réduit dans le sang. La malade déclina rapidement vers un état comateux et mourut le lendemain. De grandes quantités de sérum physiologique avaient été injectées sans aucun effet, quoique son chlorure sanguin fut élevé à un niveau au-dessus de la normale.

La permission de faire l'autopsie fut refusée, en sorte qu'il fut impossible de savoir si la malade mourut du fait de cette petite région gangréneuse ou s'il y avait eu extension rapide de la thrombose mésentérique.

TABLE VIII

Cas n° 7. Thrombose mésentérique.

DATE	VOMISSEMENT		LIQUIDE SOUS-CUTANÉ		DOSAGES DANS LE SANG		OBSERVATIONS CLINIQUES
	H^2O.	NaCl.	H^2O.	NaCl.	NaCl.	Azote non protéique.	
7 nov....		+					Quatre semaines de douleurs abdominales vagues. Vomissements abondants et douleurs abdominales.
8........	+	+					Entre à l'hôpital. Abdomen très ballonné.
9........	950	5,6	2.790	25	525 (chlorure dans la peau normale)	50	Opération. Résection de 25 cm. d'intestin gangréné. Mort.
10........	0	0	2.310	20	622	—	

IV. **Discussion.** — Du point de vue des données expérimentales et cliniques rapportées ci-dessus, je crois que nous avons raison de diviser les obstructions intestinales en deux groupes fondamentaux tout à fait différents du point de vue de la physiologie pathologique des accidents et du point de vue thérapeutique.

Dans le premier groupe, nous avons les sténoses pyloriques et toutes les obstructions simples de la partie supérieure de l'intestin grêle qui ne causent pas d'altérations circulatoires et n'empêchent pas un

drainage complet de l'intestin par vomissements. Chenut n'a pas fait cette distinction.

Le deuxième groupe dans sa forme la plus pure est représenté par la thrombose mésentérique où se trouve le maximum d'altérations circulatoires sans beaucoup d'obstruction.

La plupart des obstructions cliniques s'inscrivent entre ces deux groupes parce que le volvulus, l'invagination et les hernies étranglées produisent en même temps l'obstruction avec vomissement et une altération circulatoire. La simple obstruction de la partie inférieure de l'iléon produit aussi un type mixte, parce que l'intestin grêle obstrué se coude. Cela empêche le drainage complet par vomissement et provoque en même temps une grande distension. Gatch, Trussler et Ayers (14) ont montré que dans ces circonstances la circulation de la paroi intestinale est très réduite et que de ce fait, son pouvoir d'absorption est augmenté.

Pour plus de simplicité, nous discuterons les types purs et prendrons la simple occlusion comme groupe I et les types avec gangrène et étranglement comme groupe II.

La mort dans le groupe I est consécutive à une perte d'eau et de chlorure de sodium. Les tableaux ci-dessus montrent que cette perte atteint souvent 50 p. 100 de la quantité totale de chlorure dans le corps [1]. Cette perte de sécrétion gastrique, biliaire, pancréatique et intestinale contient généralement entre 5 et 6 grammes de chlorure (mesuré en Na Cl) par litre. La perte de chlorure par vomissement cause une réduction correspondante dans le sang et les tissus. Gamble et Ross (6) ont montré que la perte de sodium est presque aussi grande que celle de chlore et Bridge (15) a trouvé que chez nos chiens la conductibilité électrique et la pression osmotique du sang tombe proportionnellement. Gamble pensait qu'avec cette perte des électrolytes les tissus devenaient incapables de maintenir leur quantité normale d'eau et que la mort était due à la déshydratation. Mais, ainsi que le montrèrent Bridge et White (9) en prévenant la déshydratation par des injections de sérum glucosé, on ne peut pas sauver l'animal, quoiqu'on puisse empêcher l'augmentation rapide de l'azote non protéique.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut pas dire que la mort soit causée en premier lieu par la perte de Na ou Cl, mais il est probable que dans l'occlusion simple elle est due à une altération profonde de l'équilibre physico-chimique, plutôt qu'à la toxémie.

Dans le second groupe, quand la mort est due à l'étranglement et à la gangrène, nos tableaux montrent qu'il n'y a habituellement qu'une petite quantité de vomissements. Il y a peu ou pas de réduction des chlorures dans le sang et les tissus et la thérapeutique saline a peu de valeur. L'azote non protéique s'élève rapidement, même avec une sécrétion normale d'urines. Nos constatations sont en accord complet avec celles de Chenut (4) et tendent à montrer qu'ici la toxémie est probablement la cause de la mort, tandis que lorsqu'il y a un empêchement complet de l'absorption dans l'anse étranglée, les phénomènes se rapprochent plutôt de ceux d'une occlusion simple. Si l'ion chlore était capable de neutraliser les toxines d'obstruction il aurait certainement une plus grande valeur thérapeutique dans les cas d'étranglement et de thrombose mésentérique.

V. **Traitement.** — Il est évident que le sérum physiologique donné par voie sous-cutanée, intraveineuse ou par le rectum, a une grande valeur thérapeutique dans tous les cas de vomissements excessifs avec une réduction du chlorure total. Dans les cas de grande urgence, comme le cas V, on donne habituellement au Massachusetts General Hospital une injection intraveineuse avant l'opération. Après l'opération, chez les malades qui ont une chlorurémie très basse, nous avons donné des injections sous-cutanées à 0,9 p. 100 Na Cl, 1.000 centimètres cubes dans chaque aisselle deux fois par jour, et 1.500 centimètres cubes par voie rectale en six petites injections. Cela fait un total de 5l5 de liquide et environ 50 grammes de chlorure de sodium. Haden et Orr ont recommandé 1 gramme de sel par kilo du poids total du corps. Nous avons donné des doses massives de cette façon durant une période de deux semaines chez les malades qui continuaient à vomir en grandes quantités. (Voir cas I, II et III.) Pour une raison encore inconnue, il est nécessaire pour rétablir le niveau normal des chlorures sanguins, de donner plus que la quantité calculée, en sorte que, si le malade vomit d'une façon continue, l'ingestion quotidienne doit être beaucoup plus élevée que l'excrétion. L'examen des tableaux IV et V montre que pour maintenir un niveau normal du chlorure sanguin chez ces malades, nous avons dû injecter pendant la période d'obstruction une quantité considérable de sel qui aurait dû élever le chlorure total presqu'au double de son niveau normal. Le premier malade n'a présenté aucun œdème, mais chez les malades 2 et 3 il est devenu nettement visible. La malade 5, qui avait évidemment dépassé le niveau critique, ne put être ramenée à un niveau normal et le sel disparut comme un œdème intracellulaire. Les trois premiers malades ont vomi des quantités si grandes que sans le remplacement du chlorure ils auraient perdu la moitié de leur chlorure total et ils seraient probablement morts bien avant que leur obstruction ne fût guérie.

Nous avons généralement employé le sérum physiologique parce qu'il nous semblait que tous ces malades étaient déjà bien déshydratés et qu'une solution hypertonique retirerait encore de l'eau des tissus.

Hughson et Scarff (16) ont montré que les injections intraveineuses de chlorure de sodium de 10 à 20 p. 100 sont suivies d'un hyperpéristaltismen et de tout l'intestin grêle. Pour cette raison (comme avec l'hypophysine) il vaut mieux la réserver pour les malades opérés chez lesquels l'obstacle a déjà été

[1] De temps en temps, on voit un malade avec obstruction qui a une chlorurémie modérément diminuée et qui n'a que peu vomi. Dans chaque cas de ce type que j'ai vu, le lavage gastrique a montré une accumulation de plusieurs litres dans l'estomac et la partie supérieure de l'intestin.

levé. Si l'intestin reste paralysé, comme dans le cas rapporté par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis (11) le meilleur traitement consiste en injections intraveineuses d'une solution hypertonique salée en combinaison avec des solutions isotoniques sous la peau. Malheureusement nous ignorions encore cela quand nous traitions le malade V qui était très semblable au malade du professeur Gosset.

La meilleure façon de régler le dosage est de faire de fréquents examens du sang, afin de connaître le taux des chlorures. Si on n'a pas de laboratoire chimique, on peut faire un examen de chlorure dans l'urine. Chez un malade, après une ingestion de sel, il suffit de rendre l'urine acide avec de l'acide nitrique et d'ajouter ensuite du nitrate d'argent. Une grosse précipitation de chlorure d'argent montre que le chlorure de sang est normal, mais quand le niveau dans le sang est réduit il n'y a pas de précipitation parce que le chlorure n'est plus sécrété par les reins (voyez tables IV et V) où il n'y a pas de chlorure dans l'urine tant que le niveau dans le sang resta au-dessous de 530 milligrammes).

Dans le deuxième groupe avec étranglement et thrombose mésentérique, il n'y a en général qu'une petite réduction du chlorure et des quantités beaucoup plus petites que pour le premier groupe suffisent à établir la balance du liquide et du chlorure.

Chez les malades longtemps obstrués, nous avons injecté une solution glucosé à 3 p. 100 avec le sérum physiologique pour maintenir la nutrition et pour éviter l'acidose.

La néphrite chronique n'est pas une contre-indication à une injection de Na Cl. Il faudra néanmoins procéder avec prudence dans ces cas et ne donner que la quantité de Na Cl strictement nécessaire, pour rétablir le niveau normal. Il sera même préférable de rester un peu au-dessous de ce niveau.

Chez tous les malades qui ont vomi au point d'être déshydratés, nous avons avant l'opération injecté 500 à 800 centimètres cubes de sérum physiologique par voie intraveineuse et lavé l'estomac. Nous avons fait de grands efforts pour réchauffer ces malades, tous étant plus ou moins schockés. Nous avons évité l'éther comme anesthésique, parce que nous avions vu beaucoup d'animaux ayant une obstruction avancée mourir après quelques inhalations d'éther. La rachianesthésie est dangereuse à cause d'une grande augmentation du péristaltisme et elle peut facilement faire éclater une anse gangréneuse. L'anesthésie idéale est par conséquent l'injection régionale de novocaïne, combinée avec des inhalations de gaz et assez de morphine pour diminuer la douleur des manipulations intrapéritonéales.

Les malades ayant une occlusion simple sans grande distension et sans troubles circulatoires peuvent être soumis sans danger à une opération radicale si elle est suivie d'un remplacement rapide du chlorure de sodium et de l'eau, comme il est décrit ci-dessus.

Cependant, il y a des malades (comme le cas II), chez lesquels une péritonite localisée a produit une occlusion de la lumière intestinale par une masse d'adhérences collées, où à cause de diverses complications il est imprudent d'attaquer l'obstruction elle-même d'emblée. Dans de tels cas, s'il n'y a pas de troubles circulatoires. Il vaut mieux faire une jéjunostomie. Après cela, il y a toujours une grande perte de chlorure et d'eau par la fistule qui doit être remplacée par des injections (voyez table V).

Dans le cas du malade II, l'obstruction inflammatoire disparut spontanément, mais même dans les cas où une opération secondaire est nécessaire, elle est beaucoup plus facile et plus sûre, quand la distension et l'œdème ont disparu.

Enfin, dans les cas d'étranglement très grave, la chirurgie doit toujours être réduite au minimum. L'intestin dilaté doit être manipulé avec une extrême douceur, parce que tout traumatisme de la muqueuse augmente sa perméabilité. Comme Chenut (4) l'a montré et comme nous l'avons confirmé dans nos expériences rapportées ci-dessus, même s'il n'y a aucun doute sur la vitalité de l'anse obstruée, l'opération idéale consiste en l'extériorisation au-dehors de la paroi abdominale. Si l'anse est nettement gangréneuse, il vaut mieux faire une résection à la façon de Mickulicz. S'il semble que l'intestin puisse reprendre sa circulation, il vaut mieux la laisser dans un pansement de gaze mouillée, après avoir introduit une sonde pour diminuer la pression. On peut alors la réintégrer dans le péritoine plus tard, si elle récupère sa vitalité ou la réséquer si elle se sphacèle. Cette opération combine l'extrapéritonéalisation de l'anse toxique avec la suppression de l'obstruction et le drainage libre.

Conclusions. — On peut diviser l'obstruction intestinale en deux groupes physiologiquement séparés :

1° La simple obstruction haute sans troubles circulatoires, avec élimination complète des matières obstruantes par vomissement. Dans ce type la mort n'est pas due à la toxémie mais à la perte d'eau, d'ions Na et Cl qui produit un changement fondamental dans l'équilibre physico-chimique. Le remplacement des éléments chimiques perdus est d'une grande valeur thérapeutique;

2° L'étranglement aigu ou la thrombose mésentérique avec gangrène de l'intestin. Ici il s'agit plutôt de toxémie par absorption. Les vomissements et la perte de chlorure ont une importance secondaire et les injections salées ne produisent pas beaucoup d'amélioration. L'issue fatale est beaucoup plus rapide et, dans les cas de gangrène étendue, elle ne peut être empêchée que par l'extériorisation précoce ou la résection de l'anse toxique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) L. R. Dragstedt, I. I. Moorhead et F. W. Burcky. *Journ. of experim. med.*, 1917, t. XXV, p. 421.
(2) H. Roger. *Presse méd.*, 1924, n° 92, p. 901.
(3) G. H. Whipple et J.-V. Cooke. *Journ. of experim. med.*, 1917, t. XXV, p. 419 et 461.
(4) A. Chenut. *Revue de chir.*, 1926, t. XLV, n° 7, p. 474.
(5) R. L. Haden et I. G. Orr. *Journ. of experim. med.*, 1923, t. XXXVII, p. 365; 1923, t. XXXVIII, p. 55; — *John Hopkins hosp. Bull.*, 1923, t. XXXIV, p. 26.
(6) I. L. Gamble et S. G. Ross. *Journ. of clin. invest.*, 1925, t. I, p. 403.

(7) I. L. GAMBLE et M. A. MC. IVER. *Journ. of clin. invest.*, 1925, t. VI, p. 531.
(8) R. W. HAUSLER et W. C. FORSTER. *Arch. of intern. med.*, 1924, t. XXXIV, p. 9 et 697.
(9) J. C. WHITE et E. BRIDGE. *Boston med. and surg. Journ.*, 1927, t. XCCVI, p. 893.
(10) D. D. VAN SLYKE. *Journ. of biol. chem.*, 1923, t. LVIII, p. 523.
(11) A. GOSSET, L. BINET et PETIT-DUTAILLIS. *Presse méd.*, 1928, n° 2, p. 18.
(12) BACON, ANSLOW et EPPLER. *Arch. of surg.*, 1921, t. III, p. 650.
(13) M. MC IVER et J. C. WHITE. Sous presse.
(14) W. D. GATCH, H. M. TRUSSLER et K. D. AYERS. *Arch. of surg.*, 1927, t. XIV, p. 1215.
(15) E. M. BRIDGE. Observations pas encore publiées.
(16) W. HUGHSON et J. E. SCARFF. *John Hopkins hosp. Bull.*, 1924, t. XXXV, p. 197.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1928)

Tuberculose endobronchique. — MM. Gabriel PETIT, L. PANISSET et Philippe KROURI rapportent deux nouveaux cas, avec autopsie, de tuberculose pulmonaire expérimentale du cheval.

Nécessité d'un contrôle biologique précis des substances renfermant des vitamines. — MM. LESNÉ, Robert CLÉMENT et S. SIMON, en présence du grand nombre de produits déclarés riches en vitamines ou en facteur antirachitique dont l'efficacité thérapeutique est inconstante, estiment nécessaire d'exiger un contrôle biologique de ces préparations, leur étalonnage précis en unités physiologiques, comme cela se fait pour l'insuline, enfin d'indiquer la date de fabrication.

L'unité physiologique pourrait être la quantité de substance à donner quotidiennement à un animal pour qu'il ne présente pas les effets du régime de carence auquel il est soumis.

Ce travail ainsi que les propositions qu'il contient sont renvoyés à l'examen d'une Commission nommée par l'Académie.

Traitement des septicémies pneumococciques par l'injection intraveineuse de sels biliaires. — M. BARJOT rappelle la gravité de ces septicémies chez les noirs, et apporte quinze observations dans lesquelles il a traité des travailleurs noirs atteints de septicémie pneumococcique par des injections intraveineuses de 3 à 5 grammes de sels biliaires par vingt-quatre heures; la solution employée renfermait du taurocholate de soude à 7,5 p. 100 dans du sérum artificiel additionné de 2 p. 100 de sulfate de magnésie. Sur 15 cas ainsi traités, 13 guérisons, 2 morts; tandis que 7 autres malades traités différemment (3 par médication stimulante, 1 par abcès de fixation) fournirent 4 morts. Cette différence de proportion dans la mortalité semble donc bien militer en faveur de la thérapeutique par les sels biliaires.

Analyse électrocapillaire des extraits d'organes. — MM. ARCISZEWSKI, KOPACZEWSKI et ROSNOWSKI ont essayé d'élaborer une méthode de contrôle des extraits d'organes qui leur a donné d'intéressants résultats.

Contribution à l'étude de la météoro-pathologie. « Syndrome du vent du Midi » et baisse hygrométrique. — MM. MOURIQUAND et CHARPENTIER rappellent la description du « syndrome du vent du Midi » que l'un d'eux a décrit chez les nourrissons de la région lyonnaise. Il est caractérisé par de l'agitation, des cris incessants, une poussée fébrile plus ou moins importante et souvent un syndrome de déshydratation aigu, en tout point comparable à celui du choléra sec, avec hyperthermie à 40-41 degrés dans les cas mortels. Les autopsies sont négatives.

Les auteurs pensent que cette déshydratation est due à la baisse de la courbe hygrométrique, à l'action de laquelle vient s'ajouter les effets de la baisse barométrique et d'une certaine élévation thermique, et qu'il est possible de prévenir ces accidents en faisant agir le ventilateur de la crèche sur des blocs de glace pour rafraîchir et surtout humidifier l'air de la salle.

Appendicite et puériculture. — M. C. POENARU CAPLESCO (de Bucarest) insiste sur les dangers de l'appendicite latente méconnue et sur les bénéfices que les femmes enceintes et les enfants tirent d'une opération faite en temps opportun.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 JUIN 1928)

Appendicite chronique avec poussées aiguës. Double broncho-pneumonie et épiploïte grippale postopératoire. Guérison. — M. Maurice PÉRAIRE relate l'observation d'une enfant de sept ans et demi opérée par lui d'appendicite aiguë et atteinte, après guérison opératoire, d'une broncho-pneumonie double et d'une épiploïte grippale. Guérison malgré ces complications.

M. LAVENANT s'élève contre l'interprétation des complications et pense qu'il s'agit tout simplement de petites embolies pulmonaires et de complications infectieuses dans l'épiploon. C'est, dit-il, la première fois qu'on parle d'épiploïte grippale; il est un peu osé, sans autre criterium que la coexistence d'une épidémie, d'attribuer à la grippe ce qui n'appartient qu'à des phénomènes infectieux.

M. SÉDILLOT, sur la présentation de son livre *Rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis*, prouve, chiffres en mains, que la syphilis présente partout une inquiétante recrudescence, tant pour le nombre des cas nouveaux que pour la fréquence des accidents graves. Il esquisse une critique serrée de l'immense effort actuellement tenté contre le péril vénérien, à cause des agents thérapeutiques employés et de l'organisation adoptée (dispensaires).

A propos de la sénilité précoce. — M. SÉDILLOT. L'arthritisme, diathèse de nutrition sclérosante et sénilisante, vient au premier plan du problème de la sénilité précoce. M. Sédillot essaie de prouver que pour chacune des grandes fonctions physiologiques les glandes endocrines se groupent en un cartel différent; qu'en tête du cartel endocrinien de la nutrition nous devons placer le foie, parce que par deux de ses quatre fonctions endocrines (glucose, urée, fibrinogène, antithrombine) il se trouve être en tête du métabolisme du carbone et en tête du métabolisme de l'azote.

Troubles du sommeil et traitements opothérapiques. — M. LÉOPOLD-LÉVI rapporte une série d'exemples démonstratifs de somnolence, narcolepsie, insomnie, cauchemars, somnambulisme, etc., combattus avec succès par les traitements opothérapiques appliqués suivant l'état du sujet, thyroïdien, ovarien, surrénalien, hypophysaire ou pluriglandulaire.

A propos de la coagulation des hémorroïdes. — M. Pierre LEHMANN. On ne peut pas comparer un traitement indirect, tel que les méthodes sclérosantes avec un traitement radical, tel que la coagulation des hémorroïdes qui met à l'abri de tous les inconvénients que l'on reproche à l'intervention sanglante si l'on emploie la technique de l'électrocoagulation en nappe.

De la diathermie dans les salpingites. — M. Foveau de Courmelles. Le grand nombre de moyens médicaux et chirurgicaux, préconisés souvent avec succès dans le traitement des salpingites, prouve la difficulté de leur thérapeutique. Tous les moyens physiques, courants, lumières, rayons X ou radifères, donnent des succès, seuls ou combinés à la diathermie.

Cinquante-trois cas traités exclusivement par cette forme pénétrante des courants de d'Arsonval ont été guéris par l'auteur; aussi, croit-il que la dilatation profonde des tissus ainsi produite est le meilleur et le plus inoffensif des procédés actuels de traitement. Les adhérences se distendent, l'écoulement et les douleurs cessent rapidement.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 6 juillet 1928)

A propos de la rachianesthésie. — M. Bonamy sur plus de 30.000 anesthésies faites depuis 1900 n'a employé que 356 fois la rachianesthésie qui ne vit que des contre-indications de l'anesthésie générale. Depuis 1926 il n'emploie que la stovaïne.

A propos de la suspension du col après hystérectomie abdominale en cas de prolapsus. — M. Bonneau continue à employer cette opération qu'il a décrite en 1912, mais il a abandonné la fermeture transversale du Douglas.

A propos des interventions ostéoplastiques sur la hanche. M. Massard déclare que pour ces interventions qui ne sont pas graves il opère en deux temps : d'abord la réduction, puis quelques semaines plus tard la butée ostéoplastique.

Etude sur le cancer. — M. Ch. Buizard fait un rapport sur un travail de M. Bainbrirge (de New-York). Si, en Amérique les statistiques montrent une augmentation apparente des cas de mort par cancer, l'augmentation réelle est nulle ou extrêmement faible. L'auteur étudie les théories émises dans ces dernières années sur l'origine du cancer, les méthodes récentes de traitement et conclut nettement à la supériorité de l'intervention chirurgicale sur le traitement par les radiations.

Adhérences abdominales. — M. Halier fait un rapport sur un travail de M. Bainbridge (de New-York). L'auteur étudie rapidement l'origine de ces adhérences, les troubles qu'elles engendrent et les moyens thérapeutiques qu'on peut leur opposer. Il communique sept observations de malades qui ont vu leurs troubles disparaître à la suite d'opérations simples, telles que : libération de bride, section et péritonisation. Le bon résultat obtenu s'est maintenue à longue échéance.

Traitement ostéosynthétique des fractures des diaphyses. — M. Judet fait un rapport sur un travail de M. Juvara (de Bucarest). L'auteur qui se sert du fixateur externe qu'il a inventé, donne les règles de traitement qu'il a établies dans dans les différents cas. Il apporte à l'appui six observations. Il conclut que toutes les fractures ne doivent pas être traitées par l'ostéosynthèse, mais applique celle-ci presque toujours aux fractures fraîches des diaphyses et toujours aux vieilles fractures non consolidées ou vicieusement consolidées.

L'incision en épaulette dans la chirurgie de l'épaule — M. Massart communique l'observation d'une arthrodèse de l'épaule pour laquelle il a employé une incision en épaulette. Cette incision qui aborde l'épaule par voie supérieure nécessite la section temporaire de la voûte acromio-claviculaire; elle donne un jour considérable et amène directement sur les surfaces articulaires sans section vasculaire ni nerveuse. La réparation anatomique se fait rapidement par ostéosynthèse, et laisse une cicatrice esthétique et peu gênante.

Fracture moyenne de la malléole externe par abduction avec diastasis tibio-péronier et luxation du pied en dehors. — M. Muller (de Belfort) communique cette observation dans laquelle le diastasis, qui ne put être réduit, fut compensé par une hyper-réduction de la malléole externe, le pied tordu en varus. Résultat fonctionnel excellent. L'auteur considère ce cas comme une variété de fractures de Dupuytren.

Hypertrophie congénitale du gros orteil. — M. Trèves communique ce cas observé chez une enfant de six ans. La radiographie montrait une deuxième phalange surnuméraire, qui fut enlevée chirurgicalement. Résultat parfait.

Lésions rares des os de l'avant-bras par retour de manivelle. — M. Barbarin. Il existait une fracture compliquée du radius au point d'élection et une luxation de la tête du cubitus à travers les téguments du poignet.

Cancer du corps utérin. Perforation à la suite d'une exploration à la curette pour biopsie. — M. Pauchet communique ce cas rare. Le cancer bourgeonne à la surface du corps utérin au point perforé et englobe une anse d'iléon. Greffe sur le côlon sigmoïde. Un an après l'auteur fit une hystérectomie abdominale et une entérectomie. Guérison opératoire.

Cas curieux de corps étrangers des bronches et de l'œsophage. — M. Guisez communique les observations d'un certain nombre de corps étranger qu'il a enlevés récemment. Il est nécessaire d'examiner le thorax aux rayons X, dans tous les cas de troubles broncho-pulmonaires à répétition surtout chez les jeunes enfants à cause de la latence de nombreux corps étrangers parce que l'accident passe souvent inaperçu. Chez les adultes les corps étrangers des bronches sont, au moins une fois sur quatre, d'origine dentaire.

Torsion de deux kystes dermoïdes ovariens chez la même malade. — M. Péraire communique cette observation extrêmement rare dans laquelle les deux kystes dermoïdes présentaient chacun une double torsion. Opération. Guérison.

Ulcus peptique jéjunal après gastro-entérostomie au fil de lin. Résection. — M. Leplat (de Cahors). Le malade avait été opéré douze ans avant et, avait recommencé à souffrir cinq à six ans après. Opération sous anesthésie splanchnique. Résection de l'ulcus peptique et gastro-entérostomie. Guérison. L'auteur n'a pas retrouvé cependant trace du fil de lin dans la pièce anatomique.

Une mort par rachianesthésie. — M. Leplat (de Cahors). Syncope cardiaque au cours d'une opération pour fibrome chez une femme grasse de cinquante ans. Réviviscence du cœur après deux piqûres intra-cardiaques d'adrénaline, mais mort subite dans la nuit suivante. C'est le deuxième cas de mort observé par l'auteur sur 6.000 rachianesthésies.

Inondation péritonéale par rupture probable de l'iliaque externe, un an après une appendicectomie. — M. Péraire communique l'observation suivante. Enfant de onze ans opéré d'appendicite aiguë avec appendice sphacélé; drainage et tamponnement; le douzième et le quatorzième jour après l'opération, hémorragie très abondante par la plaie; guérison. Un an après, grosse tuméfaction abdominale fluctuante, douleurs, fièvre, pâleur. La ponction de la tumeur donne issue à du sang en jet. Mort.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 19 juin 1928)

Application de mon procédé de ligature dentaire en échelle au traitement d'une fracture pathologique et d'une résection condylienne. — M. Ponroy.

Bridge de contention exécuté suivant la technique de M. Béliard. — M. Destandeau.

Malade porteur d'une fracture complète de la racine d'une incisive, tolérée sans accidents depuis dix-neuf ans. — M. Béliard.

Nouvelle seringue à eau. — M. Fargin-Fayolle.

A propos d'un cas de rétention d'une molaire temporaire chez un enfant de cinq ans. — M. Lattes a pratiqué l'avulsion de cette dent en raison des phénomènes inflammatoires qu'elle provoquait.

Observation de la nécrose mandibulaire chez des hérédo-syphilitiques. — MM. Chompret, Lattes et Dechaume présentent deux observations de nécroses dont ils attribuent la cause à l'hérédo-syphilis.

Valeur comparée des divers modes d'anesthésie des branches du maxillaire supérieur. — M. Félix Ginestet pense que l'anesthésie au trou palatin postérieur ne mérite pas la faveur dont elle a joui jusqu'à ce jour.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(séance du 6 juillet 1928)

Appendicite perforante à symptomatologie fruste. (*Présentation de pièces.*) — M. E. Etienne présente un appendice de 12 centimètres de longueur dont la moitié distale renflée en massue est le siège d'un abcès et d'une perforation. Evolution de cet appendice, sans autre symptôme qu'une très légère douleur à la pression dans les vingt-quatre heures qui ont précédé la perforation. Celle-ci ne s'est accompagnée ni de défense musculaire ni d'accélération du pouls. Opération à la troisième heure. Guérison.

Un cas de syndactylie. Quelques points de technique opératoire. — M. E. Etienne présente la radiographie (avant opération) et les photographies (après opération) d'une syndactylie serrée intéressant les deuxième, troisième et quatrième doigts de chaque main, et membraneuse entre les quatrième et cinquième doigts.

La technique suivie (opération en quatre temps) a consisté en un Didot modifié (suppression du lambeau palmaire, utilisation d'un lambeau digital dorsal trapézoïdal) et d'un lambeau taillé sur le dos de la main (Forgue modifié). Le lambeau est taillé obliquement avec pédicule large pour diminuer les risques de sphacèle.

Aberrations chromatiques de l'œil et vision. — M. J.-L. Pech. Après avoir rappelé les recherches du docteur Polack sur le rôle des aberrations chromatiques de l'œil dans la perception des couleurs et en peinture, M. Pech montre expérimentalement, à l'aide d'objets, soit monochromes, soit polychromes, le rôle des aberrations chromatiques dans la perception des formes et des couleurs, dans l'accommodation et dans les amétropies.

Spasme du cardia datant de plus de quarante ans. — MM. L. Rimbaud et L. Pares. Il s'agit d'une malade, âgée de soixante-cinq ans, qui absorbe normalement les aliments. Lorsqu'une certaine quantité a été ingérée, il se produit de la gêne rétro-sternale. Si la malade continue alors à manger, tous les aliments sont régurgités. Si, au contraire, elle fait un certain effort (déglutitions à vide, mouvement des bras) la sensation de gêne cède, les aliments passent dans l'estomac. Cet état est le même depuis plus de quarante ans. L'exploration radiologique a permis d'intéressantes constatations : les bols barytés, normalement déglutis, s'accumulent dans l'œsophage qui devient énorme, mesurant sur l'écran jusqu'à 12 centimètres dans le sens antéro-postérieur; rien ne passe alors dans l'estomac. Lorsque la sensation de gêne rétro-sternale apparaît, la malade vide volontairement son œsophage par le procédé suivant : elle comprime fortement le thorax avec les mains tandis qu'elle avale de l'air. On voit alors la partie supérieure de l'œsophage thoracique devenir très transparente tandis que la masse de liquide opaque est refoulée vers le bas. Le cardia s'ouvre et le liquide passe très rapidement dans l'œsophage. Il reste seulement au fond de l'œsophage atonique et dilaté un petit résidu en contrebas du cardia.

Méningite primitive à pneumocoques à début apoplectiforme. — MM. Ducamp, M. Janbon et L. Gondard relatent un cas de méningite à pneumocoques, primitive et d'évolution suraiguë ayant entraîné la mort vingt-huit heures seulement après le début des symptômes. L'intérêt de la communication réside dans les modalités du tableau clinique : ictus en pleine santé apparente, suivi de coma complet et persistant avec signes d'hémiplégie droite en contracture précoce. Rien ne permettait de suspecter l'existence de la méningite que la rachicentèse affirma.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ALLONAL COMME ANALGÉSIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE (1)

Par le docteur Quénée.

Les indications de ce médicament sont multiples, d'autant plus que sa toxicité paraît à peu près nulle aux doses usuelles. Sans doute quand il faut un hypnotique vrai, vaut-il mieux recourir au somnifène dont on sait l'extraordinaire maniabilité; sans doute aussi, dans les symptômes purement nerveux, faut-il donner la préférence à la valériane et au bromure de sodium sous forme de sédobrol; mais quand il y a algie, il est plus sûr d'ordonner l'isopropylallylbarbiturate de diméthylamido-antipyrine ou allonal qui agit à la dose d'un à trois comprimés comme un véritable analgésique renforcé, progressivement sédatif et hypnogène. On sait combien les stomatologistes sont satisfaits de l'emploi de l'allonal dans toutes les névralgies si fréquentes en pathologie dentaire, notamment dans les pulpites, les alvéolites, les périodontites, dans les douleurs anté ou postopératoires, au cours de la réduction des fractures des maxillaires, dans tous les cas, enfin, où il est indiqué de supprimer l'élément douleur ou de modifier le psychisme spécial du patient. M. le professeur Tellier, notamment, a sur ces divers points donné toutes indications utiles. De même, en neuro-psychiatrie, l'allonal est employé avec le plus grand succès, en particulier dans les cas où la douleur empêche le sommeil. Dans la pratique journalière, les indications de cet analgésique renforcé sont multiples et son activité est vraiment exceptionnelle, non seulement dans les névralgies les plus rebelles, sciatique, névralgies faciales, intercostales, lumbago, etc.; non seulement dans le rhumatisme, les algies viscérales, coliques, dysménorrhée, dans le zona où son action est certainement remarquable; non seulement encore dans les maladies chirurgicales douloureuses, fractures de côtes, de jambes, névrites traumatiques, abcès, brûlures, périostites, etc., mais encore dans les infections à évolution longue, la tuberculose et surtout le cancer qui conduit si facilement à l'abus de la morphine; l'allonal se montre dans ces maladies un excellent analgésique et un parfait sédatif progressivement hypnogène; bien plus, dans certains cas même, on peut le substituer avec avantages à la morphine, car, administrable seulement par

(1) *Concours méd.*, Paris 1927, n° 27.

voie buccale, il ne fait pas courir le risque de toxicomanie; c'est donc un médicament qui a une grande importance en pratique journalière.

REVUE DES THÈSES

Holosympathique et corps créatiniques. Leurs rapports avec le tonus musculaire, l'épilepsie, les psychoses d'angoisse et l'asthme (1), par le docteur Roger André, médecin consultant aux eaux du Mont-Dore.

Conclusions. — 1. Lorsqu'il y a des variations pathologiques du tonus musculaire, le taux des corps créatiniques dans le sang et dans l'urine varie comme la valeur de ce tonus, leur courbe est parallèle. Par exemple dans les syndromes parkinsoniens et chez les contracturés, il nous a semblé qu'il y avait parallélisme entre l'hypertonus et l'hypercréatinémie. La créatinine du sang et de l'urine varie dans le même sens.

2. Le taux des corps créatiniques varie parallèlement au tonus vago-sympathique :

A hypercréatinémie correspond une hypersympathicotonie;

A hypocréatinémie correspond une hypervagotonie ou une hyposympathicotonie.

L'étude du taux des corps créatiniques dans le sang et dans l'urine pourra donc compléter, voire remplacer, l'étude des tests du système végétatif.

3. La mesure de la créatine dans le sang est le procédé de choix et le plus fidèle. Le taux normal de cette créatine dans le sang varie entre 5 et 7 milligrammes par 100 centimètres cubes.

Chaque fois que ce taux a été supérieur à 7 milligrammes, nous avons trouvé par les tests classiques une hypersympathicotonie.

Chaque fois que ce taux a été inférieur à 5 milligrammes, nous avons, par les mêmes épreuves, trouvé une hypervagotonie.

4. Le test ne donne des résultats exacts que pour un sujet soumis à un régime connu et dont les émonctoires fonctionnent normalement.

5. Les recherches modernes ont montré que l'hypervagotonie précédait la crise d'épilepsie.

Nous arrivons aux mêmes conclusions et nous avons vu, en outre, que cette crise est composée de deux phases : la première hypervagotonique, la seconde hypersympathicotonique. Cette hypersympathicotonie terminale se continue une fois la crise finie. Sa valeur décroît, puis s'annule : la malade est en équilibre vagosympathique. Puis il redevient vagotonique et le tonus du vague croît en intensité jusqu'à la crise suivante.

Parallèlement, nous avons trouvé avant la crise une diminution du taux de la créatinémie. Pendant la crise et surtout après, ce taux augmente fortement, puis il redevient normal quelques jours après l'accès, pour atteindre son taux le plus bas avant la crise suivante.

6. Les agités maniaques en état de mal sont en hypersympathicotonie.

Les malades atteints de psychoses d'angoisse sont également hypersympathicotoniques.

Là encore nous avons un parallélisme entre le degré des manifestations cliniques, l'hypersympathicotonie et l'augmentation de la créatine dans le sang.

7. Nous avons été amené à étudier à ce point de vue la crise d'asthme.

Avant et au début de la crise d'asthme, nous avons trouvé une hypocréatinémie.

A la fin de la crise, et surtout une heure après environ, le taux des corps créatiniques est inversé; il y a nettement hypercréatinémie. Cette hypercréatinémie se maintient quelque temps après la crise, puis le taux redevient normal pour atteindre sa valeur la plus basse avant la crise suivante.

Nous avons retrouvé cette hypercréatinémie chez des sujets normaux que nous avons soumis à des piqûres d'adrénaline. Le taux de ce corps augmentait une fois l'adrénaline injectée. Inversement, sur des malades piqués à la pilocarpine, le taux de la créatinine devient inférieur à la normale. Et cette quantité de créatine contenue dans le sang diminuait à mesure que la dose de pilocarpine injectée augmentait.

Il y a donc un parallélisme avec ce que l'on observe au point de vue du tonus vago-sympathique en général et aussi chez les asthmatiques.

En effet, nous avons pu, après d'autres, constater une hypervagotonie initiale, alors qu'au déclin de la crise le sens des manifestations est nettement inversé. Dans l'intervalle des crises les réponses sont variables.

8. Les tests classiques vago-sympathiques dans quelques cas nous ont donné des réponses imprécises, voire paradoxales.

L'étude du taux de la créatinémie nous a, au contraire, offert un parallélisme constant avec les manifestations cliniques.

Ce trouble du métabolisme retrouvé avec régularité dans 256 cas — épilepsie, psychose d'angoisse, asthme, sujets normaux traités avec des injections d'adrénaline et de pilocarpine — semble un témoin fidèle du déséquilibre humoral et il varie parallèlement aux modifications du tonus vago-sympathique.

Il peut donc permettre de le rechercher et de l'apprécier.

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, Lucien Vinot.

Les Formes graves de la poliomyélite antérieure aiguë. Leur traitement par le sérum antipoliomyélitique (1), par le docteur Albert Lebleu, de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne de l'hôpital général de Tours.

La poliomyélite antérieure aiguë appartient au groupe des maladies infectieuses (tétanos, méningite cérébro-spinale, diphtérie) où le succès thérapeutique est lié à l'extrême précocité du diagnostic.

Ce dernier est parfois facilité par l'apparition dès le début d'une réaction méningée spéciale : symptômes cliniques d'une méningite aiguë (raideur de nuque, signe de Kernig au niveau des membres inférieurs, etc.) et réaction lymphocytaire ou polynucléaire plus ou moins abondante du liquide céphalo-rachidien, contrastant avec l'intégrité de la formule chimique (l'albumine, le sucre et les chlorures gardent leur taux normal).

Le diagnostic est le plus souvent, dans les formes actuelles, rendu difficile par des symptômes atypiques dus à ce que les lésions ne restent pas strictement localisées aux cornes antérieures de la moelle (paralysie des sphincters, syndrome pyramidal avec réflexes exagérés).

Une des formes les plus redoutables semble être l'apanage des jeunes gens et des adultes; elle évolue à la manière de la paralysie ascendante de Landry et amène souvent la mort en deux à cinq jours.

Il semble que le sérum antipoliomyélitique du docteur Pettit soit capable d'enrayer ces formes aiguës.

Dans les observations que nous rapportons, il paraît avoir eu également des résultats favorables sur les séquelles de la maladie.

L'usage du sérum doit être précoce et intensif. En raison de la brutalité d'évolution de certaines formes, il est à souhaiter que tout médecin ait toujours en dépôt la dose nécessaire à un traitement, de manière à l'injecter immédiatement, même en cas de doute, de même qu'on fait aujourd'hui la première injection de sérum antiméningococcique sans attendre le résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

(1) *Th. de Tours*, 1926. — Tours, imprimerie Tourangelle.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE [1]

2° PHASE D'ÉTAT, DE TUMEUR. — *Signes fonctionnels.* — L'état général s'altère, mais *reste encore bon*, les crises douloureuses se répètent.

Examen. — Il montre le SIGNE CAPITAL DE L'AFFECTION : le **tuberculome cæcal**.

Palpation : Tumeur :

a. *Dure.* — C'est un

b. *Ovoïde* un peu bosselé, de volume variable, allongé verticalement suivant l'axe du cæcum.

En bas : contour arrondi.

En haut : difficulté de percevoir sa terminaison.

En dedans : contour peu net (participation de l'iléon, du péritoine, des ganglions).

c. *Indolente.*

d. MOBILE sous la paroi et sur les plans profonds, plus transversalement que verticalement.

e. *Submate* à la percussion.

Cette tumeur est la manifestation essentielle de la réaction scléro-lipomateuse sous-péritonéale caractéristique du tuberculome.

On trouve souvent une *adénopathie inguinale droite.*

Toucher. — Vaginal ou rectal, permet parfois d'atteindre la tumeur.

RADIOLOGIE. — Apporte au diagnostic de très précieux renseignements :

A) **Syndrome de Stierlin.** — Après repas opaque et lavement baryté, on observe :

1° *Stase iléale* avec présence de liquide opaque huit, dix heures après le repas.

2° **Vacuité du cæcum** *et d'une partie de l'ascendant*, SIGNE MAJEUR.

3° Hyperkinésie colique.

B) Dans certaines formes scléro-lipomateuses étendues, rigides, le cæcum reste rempli; mais ses contours restent *rigides, fixes, irréguliers* sur plusieurs clichés (*Feissly*).

Ces signes radiologiques ne sont *pas pathognomoniques* de la tuberculose. Il n'en reste pas moins que, dans les formes *sans tumeur*, le syndrome de Stierlin *avec son défaut de remplissage du cæcum* est un *élément capital du diagnostic.*

Signes coprologiques. — La présence du sang et d'amas bacillaires dans les selles s'ajoute aux autres signes (valeur des bacilles de Koch si pas de tuberculose pulmonaire).

3° ÉVOLUTION. — *Si le malade n'est pas opéré de son tuberculome cæcal*, l'état général va s'altérer, l'*obstruction chronique* entraînant une véritable cachexie. L'évolution est hâtée :

Soit le plus souvent par une crise d'*occlusion aiguë* (intervention *d'urgence*).

Soit par caséification, passage en une forme *entéro-péritonéale.*

Soit par les progrès d'une tuberculose *pulmonaire.*

B. **Tuberculose fibreuse sténosante du grêle.** — Il s'agit le plus souvent d'un malade jeune sans lésions pulmonaires (ou lésions peu avancées).

Début. — *Très insidieux,* douleurs diffuses, alternatives de diarrhée et de constipation.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 66, p. 1170, et n° 68, p. 1202.

Etat caractérisé par :

La constipation;

Le syndrome de Kœnig.

1° SYNDROME DOULOUREUX ABDOMINAL DE KŒNIG. — Deux ou trois heures après le repas, le malade ressent une violente douleur en un point variable de l'abdomen, toujours le même pour le même malade. Si on assiste à la crise, on peut voir se dessiner sous la paroi des *ondulations péristaltiques* dans le sens du courant intestinal et qui témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.

La douleur augmente, sensation très pénible de torsion, et, au bout de quelques minutes, tout à coup, le spasme cesse : l'anse intestinale s'affaisse. Le contenu intestinal a franchi le défilé de la sténose. L'accès est terminé. Il est souvent suivi de débâcle gazeuse ou de selles diarrhéiques.

2° ENTRE LES ACCÈS. — L'examen du ventre montre dans des cas rares un *cordon induré*, roulant sous le doigt, mais il est bien difficile de dire si c'est la paroi intestinale épaissie au niveau du rétrécissement ou un *spasme localisé* provoqué par la palpation d'un intestin sensible.

Exceptionnellement, clapotage dans les anses sus-jacentes.

ÉVOLUTION. — *Essentiellement chronique.* Les accès se répètent et augmentent d'intensité et de durée. Si les rétrécissements sont *multiples*, le syndrome de Kœnig peut être constaté sur différents points de l'abdomen (*coliques étagées* de Kœberlé).

Le malade s'amaigrit, ne s'alimente plus, craignant les crises douloureuses. Le traitement *chirurgical* doit être en tous cas tenté. Sinon, l'évolution risque d'être interrompue par une OCCLUSION AIGUË (iléus spasmodique, paralytique, ou invagination) nécessitant un traitement d'urgence.

C. **Autres formes cliniques.** — 1. Tuberculose sténosante hypertrophique du grêle :

Même tableau, plus tumeur.

2. Tuberculose hypertrophique du côlon.

La radiologie et en particulier le lavement baryté sont d'un appoint diagnostiqué capital (Stierlin très net ici).

3. *Tuberculose du rectum.* — C'est le tableau d'une *rectite proliférante et sténosante.* Il évolue en deux phases :

a. *Rectite chronique* avec épreintes, ténesme, écoulement purulent.

b. *Sténose avec obstruction lente*, constipation opiniâtre, matières déformées, toucher rectal.

DIAGNOSTIC

Les diverses formes de la tuberculose intestinale posent des *questions diagnostiques très différentes.*

I. **Tuberculose ulcéreuse.** — *A.* **Entérite bacillaire.** — *Chez un tuberculeux avéré*, l'apparition d'une diarrhée avec douleurs abdominales et troubles fonctionnels plus ou moins marqués, ne doit faire porter le diagnostic d'entérite tuberculeuse qu'avec la plus extrême réserve, car on sait la gravité d'un pareil pronostic. La diarrhée peut être due à d'*autres causes* parmi lesquelles il faut penser à :

1. ENTÉRITE AIGUË CATARRHALE NON TUBERCULEUSE, par suralimentation, abus de certains médicaments. Elle disparaît sous l'influence du *régime.*

2. DIARRHÉE D'ORIGINE DYSPEPTIQUE PAR INSUFFISANCE DIGESTIVE (dyspepsie globale gastrique, pancréatique, hépatique, intestinale), si fréquente chez les tuberculeux. Le diagnostic est fait par l'examen clinique minutieux, l'examen coprologique, l'épreuve diététique qui remédie à tous ces troubles.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. **Prix du Numéro : 50 c.**

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le concours pour l'externat des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1928, à 16 h. 30, à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission administrative.

Pour l'admission au concours et renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, avant le mercredi 3 octobre 1928.

MARINE. — Ont été promus dans le Corps de santé de la marine, pour compter du 6 septembre 1928 :

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal Fatome.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Loyer.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. le médecin de 2e classe Monnier.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1928 commencera le 3 octobre et sera terminée le 15 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de » médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Roger.

Hygiène et épidémiologie exotiques. — Professeurs : MM. Camus, Marchoux, Pozerski, Teissier, Tanon.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Jeanselme.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lecène.

Ophtalmologie. — Professeur : M. de Lapersonne.

Organisation administrative. — Professeur : M. Neveu-Lemaire.

Règlements sanitaires. — Professeur : M. N....

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'Institut possède trente microscopes à immersion dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la Clinique des maladies contagieuses (porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention « médecine » ;

3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris;

4° Les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; droits de laboratoire (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. — Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3 h.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mangon (de Margaux), G. Rolland (de Bordeaux), G. Duriau (de Dunkerque).

LIVRES NOUVEAUX

Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918 (1), par le médecin général inspecteur A. MIGNON.

L'ouvrage du médecin inspecteur général Mignon expose l'œuvre accomplie par le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, depuis le premier jusqu'au dernier jour de la campagne. Il présente les divers modes d'organisation du service chirurgical successivement adoptés, et il en montre le jeu à propos de chacune des grandes batailles. Le nombre des blessés évacués et gardés sur place est fixé par les documents rassemblés au Service historique de l'armée ou au Musée du Val-de-Grâce. Le développement de la thérapeutique chirurgicale est suivi de très près dans sa progression mesurée. Des chapitres sur l'épidémiologie indiquent les maladies épidémiques qui ont frappé les troupes et les mesures principales qui ont été opposées à la diffusion des causes morbides. Les services des gaz sont exposés avec la prudence imposée par le ministère de la Guerre, mais avec une extension suffisante pour que l'on ait une idée exacte des différents gaz et des mesures que leur traitement a commandées.

Le tome I comprend la relation des premières batailles en 1914 et le début des organisations médico-chirurgicales sous le couvert de la stabilisation. On verra par ce qui s'est passé en Argonne, où opérait la IIIe armée dont le médecin inspecteur général Mignon était le médecin-chef, que c'est une erreur de prétendre que la première année de la guerre a été chaotique. Le règlement a servi de directive aux organisations sanitaires, et les hésitations ou les lacunes qui ont frappé certains esprits critiques ne proviennent que de l'inexpérience générale. Dès que les troupes ont été stabilisées, le Service de santé s'est installé de façon à assurer dans la zone des armées la pratique de la chirurgie et de la médecine selon les règles du temps de paix.

Le tome II est consacré entièrement à la bataille de Verdun. C'est la première fois qu'il est parlé dans la littérature médico-militaire de l'action du Service de santé pendant l'offensive allemande devant Verdun. La grande épopée française a été célébrée depuis 1916 dans toutes les langues; le courage de nos soldats a ému le monde entier; et les plus grandes journées de la mémorable lutte ont été déjà commémorées plusieurs fois. Mais pas un mot n'a été dit en aucune circonstance du Service de santé. Le Corps médical a eu pourtant fort à faire, pendant que nos soldats tombaient sous les obus allemands, et son rôle ne s'est pas accompli sans que les directions du Service de santé aient passé par de mauvais jours. Le médecin inspecteur général Mignon, qui a dirigé le Service de santé pendant la phase critique de la bataille, était mieux à même que qui que ce fût d'en décrire les vicissitudes. Sa description restera certainement unique dans l'histoire.

Le tome III présente le Service de santé en action dans les batailles de la Somme, de l'Aisne, des Flandres et les opérations militaires défensives et offensives de l'année 1918. Les plans d'hospitalisation et d'évacuation de chaque armée sont rapportés avec précision et la marche des armées françaises victorieuses est suivie étape par étape. Le tome se termine par l'exposé de l'état des blessés évacuables à leur arrivée dans les régions du territoire rapprochées ou éloignées de la zone des armées, après qu'ils eurent subi au front la stérilisation des plaies sans sutures. Les excellentes conditions cliniques des blessés à leur entrée dans les hôpitaux de l'intérieur démontrent que la désinfection immédiate des plaies et leur suture retardée est la seule chirurgie appropriée aux plaies de guerre.

Le tome IV trace l'évolution accomplie par le Service de santé entre le mois d'août 1914 et le mois d'octobre 1918. Il détermine la part qui revient dans les progrès réalisés aux dirigeants ou aux collaborateurs du Corps médical : 7e direction, sous-secrétariat d'Etat, direction générale, section santé et aide-majorat général au grand quartier général, Commission supérieure consultative, Commission de prophylaxie, Institut Pasteur, Sociétés savantes, Sociétés françaises et étrangères d'assistance aux blessés. Il passe en revue les transformations que l'expérience a apportées aux installations matérielles des formations chirurgicales et au fonctionnement technique du service à tous les échelons militaires (régiment, division, corps d'armée, armée et groupe d'armées). Il montre la différence radicale qui a existé entre les règles thérapeutiques hésitantes du début de la guerre et la loi formelle appliquée en 1917-1918 d'opérer tous les blessés avant de les évacuer. Il précise enfin les préceptes de l'hygiène collective et individuelle qui a abaissé la morbidité et la mortalité des troupes par maladies contagieuses à un degré qu'aucune guerre antérieure n'a connu.

L. G.

(1) Ouvrage complet en 4 volumes grand in-8. — Prix : 240 fr. — Paris, Masson et Cie.

Tome I : *Année 1914-1915. Premières opérations militaires et stabilisation.* — Un vol. de 700 pages avec 17 cartes et 13 figures.

Tome II : *Le Service de santé à Verdun.* — Un vol. de 664 pages avec 18 cartes et 9 figures.

Tome III : *Le Service de santé dans les grandes offensives* (juillet 1916-novembre 1918). — Un vol. de 710 pages avec 33 cartes et 4 figures.

Tome IV : *L'Evolution du Service de santé pendant la guerre.* — Un vol. de 832 pages avec 32 figures.

RENSEIGNEMENTS

HÔPITAL CIVIL DE BREST. — Un interne en médecine au service du docteur Gouin (dermato-syphiligraphie) est demandé. — Traitement de l'hôpital et supplément donné par le ministère pour dispensaire antivénérien.


SOCIÉTÉ
GALLOIS & Cie
41, BOULEVARD DES BROTTEAUX,
LYON
Vous accroîtrez votre notoriété,
Vous agrandirez votre clientèle,
Vous augmenterez le domaine scientifique.
en utilisant les
RAYONS ULTRA-VIOLETS
Vous aurez une installation simple,
pratique et peu onéreuse avec les
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleurs à haut rayonnement ultra-violet. (Brevets Gallois et H. George)
La Société GALLOIS & Cie construit aussi un
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
pour
RAYONS INFRA-ROUGES
ainsi que des
NOUVELLES ÉLECTRODES
genre Mac Intyre, en quartz pur transparent
pour applications combinées des courants à
Haute Fréquence
et des Rayons Ultra-violets (Brevet R. Gallois)
La Société Gallois et Cie se fait un plaisir de communiquer à MM. les Docteurs les résultats acquis par 20 années d'expérience et d'indiquer tous renseignements bibliographiques spéciaux aux rayons ultra-violets et infra-rouges.
Pub. Drouat Lyon

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES OBLIQUES ISOLÉES DE LA MALLÉOLE EXTERNE

Par JEAN VUILLIÈME,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — Les fractures obliques constituent la variété de beaucoup la plus fréquente des fractures isolées de la malléole externe. Il importe avant d'étudier ce sujet de définir ce que l'on entend par malléole externe.

Les anatomistes décrivent ainsi la malléole externe : « la portion du péroné qui s'articule avec l'extrémité inférieure du tibia », ils distinguent deux parties :

1. Une partie inférieure, astragalienne, articulaire.
2. Une partie supérieure, qui correspond à la jonction tibio-péronière ou articulation tibio-péronière inférieure.

Depuis le mémoire de Quénu (1912) il est classique d'adopter, au point de vue chirurgical, cette division en deux segments :

a. Le segment inférieur ou malléole externe proprement dite, qui formant la joue externe de la mortaise, constitue la portion génienne de la malléole.

b. Le segment supérieur qui, correspondant à la jonction tibio-péronière, constitue la portion sus-génienne de la malléole. La pointe de la malléole externe descend, en général, à 3 centimètres environ de la base tibiale. Les extrémités inférieures du tibia et du péroné, unies ensemble juste au-dessus de la base du tibia, forment l'articulation tibio-péronière inférieure. On y trouve deux systèmes ligamentaires importants : le ligament antérieur solide et le ligament postérieur plus solide encore et pour ainsi dire indéchirable. Entre les deux os se trouve un feutrage fibro-adipeux facilement décollable, continu avec le périoste qui constitue le ligament interosseux.

La malléole externe, d'autre part, se trouve sur un plan postérieur à celui de la malléole interne de sorte que l'axe de la pince malléolaire qui enserre l'astragale forme avec le plan frontal un angle de 25 à 30 degrés.

Il résulte de cette situation postérieure de la malléole externe que la partie antérieure de la face externe de la poulie astragalienne est, à son état normal, dégagée et par suite, explorable directement à ce niveau.

Nous considérerons donc comme appartenant aux fractures de la malléole externe, les fractures de la portion génienne et sus-génienne : la limite supérieure de la malléole externe est dans ce cas reportée à 8 ou 9 centimètres de la pointe et non au plafond de la mortaise (attelle externe du pied).

Historique. — Parmi les nombreux chirurgiens qui depuis l'ère radiographique s'intéressèrent aux fractures de la malléole externe il convient de citer spécialement Chaput (1907), Meissner (1909), Destot (1911), Quénu (1912), Delbet (1916) et enfin Chastang (thèse 1925 sur le traitement de ces fractures).

Division du sujet. — D'après ce que nous venons d'exposer sur la conception anatomique de la malléole externe, il existe deux grandes variétés de fractures obliques :

a. Les *fractures basses* ou *géniennes de Quénu*, qui s'identifient absolument au type décrit par Destot en 1911 sous le nom de « fracture oblique » de la malléole externe.

b. Les *fractures hautes* ou *sus-géniennes de Quénu* avec un trait à direction beaucoup plus oblique, presque vertical.

Ces fractures encore appelées intratibio-péronières (Tanton) sont beaucoup plus fréquentes que les fractures basses (voir fig. 1).

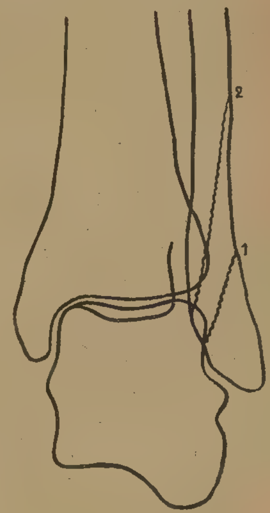


FIG. 1 (schématique).
Fractures obliques isolées de la malléole externe.
1. Fracture oblique génienne, type Destot.
2. Fracture oblique sus-génienne.

Sur 13 cas de fractures obliques que nous avons pu observer pendant quelques mois dans le service de notre maître, le médecin principal Morisson, à l'hôpital Bégin, nous avons rencontré, en effet, 9 cas de fractures hautes, sus-géniennes, pour 4 cas de fractures obliques basses, type Destot.

Chaput sur 116 fractures obliques en a rencontré 78 très obliques pour 35 obliques.

Fréquence. — Les statistiques classiques donnent sur la fréquence des fractures isolées de la malléole externe les chiffres suivants :

40 fractures isolées sur 146 traumatismes osseux du cou-de-pied (Quénu); 51 sur 172 fractures du cou-de-pied (Meissner), soit 24,2 p. 100.

Or les fractures obliques constituent la presque totalité des fractures de la malléole externe puisque Chaput sur 122 fractures de la malléole externe trouve 116 fractures obliques pour 6 fractures transversales vraies.

Notre statistique personnelle donne une proportion encore plus forte de fractures isolées de la malléole externe puisque sur 23 fractures du cou-de-pied nous en trouvons 17 dont 13 obliques et 4 transversales.

Ces fractures sont donc très fréquentes, beaucoup plus, selon Destot que ne le laissent apparaître les statistiques hospitalières qui ne comportent ordinairement que des cas plus graves : c'est là un point sur lequel nous voudrions insister : beaucoup de fractures obliques de la malléole externe sont dia-

gnostiquées entorse si l'on ne contrôle pas systématiquement le diagnostic par la radiographie.

Étiologie. — Ces fractures sont quatre ou cinq fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Elles surviennent surtout pendant la période d'activité de la vie, de vingt à quarante-cinq ans.

D'après Dupuytren les sept dixièmes des fractures du péroné sont à droite. Nos 13 cas se rapportent à des hommes de vingt à vingt-deux ans : 6 à droite, 7 à gauche.

Les fractures obliques de la malléole externe reconnaissent :

a. *Soit une cause directe*, c'est très rare : choc d'un corps pesant, passage d'une roue de voiture qui fracturent la malléole externe au point même où ils se produisent.

b. *Soit*, *beaucoup plus souvent* (196 sur 236, Rieffel) *une cause indirecte*. Il s'agit, en effet, le plus souvent d'un faux-pas, d'une chute avec renversement de la plante en dedans. Parfois encore il s'agit d'une torsion du pied : fractures malléolaires observées chez les skieurs (Meyersohn).

Il s'agit dans presque tous les cas d'un traumatisme peu violent, de l'ordre de celui qui détermine l'entorse. Sur 13 cas nous avons observés : 5 chutes avec torsion du pied en dedans; 5 chutes avec renversement de la plante du pied en dedans, enfin 3 cas pour lesquels il a été impossible de connaître l'attitude du pied et de la jambe.

Mécanisme. — Ces fractures, comme les fractures du cou-de-pied, en général, ont donné lieu à de nombreuses recherches expérimentales.

Leur histoire est liée à celle des fractures malléolaires en général. Toutefois nous ne reproduirons pas en détail toutes les recherches faites depuis le mémoire fameux de Dupuytren (1819). Sans aller plus loin nous nous bornerons à rappeler les études bien connues de Maisonneuve (1840) qui a donné la notion de divulsion, de Bonnet [de Lyon] (1845), qui a étudié, entre autres, les effets physiques produits par les mouvements forcés d'adduction, c'est-à-dire de renversement du pied sur son bord externe : un pied étant fixé dans un étau et la jambe portée en dedans, il a déterminé des arrachements de parcelles osseuses sur la malléole externe avec arrachements partiels des ligaments dorsaux qui unissent l'astragale au scaphoïde et au calcanéum. Lorsque ce mouvement forcé est encore poussé plus loin, on note, a-t-il dit, une fracture par arrachement à la base, au-dessous de l'articulation tibio-péronière.

D'après Quénu, Bonnet semble s'être, le premier, approché de la vérité.

Huguier (1848) a observé comment s'accomplit le diastasis tibio-péronier.

Tillaux (1872) a établi que les fractures malléolaires résultent soit d'un mouvement d'adduction, soit d'un mouvement d'abduction du pied, il a basé sur ce mécanisme une classification des fractures malléolaires qui fit autorité pendant près de trente ans, jusqu'à ce que la radiographie vînt révéler la complexité plus grande de ce mécanisme.

Pour Tillaux porter le pied en dedans (mouvement d'adduction) c'est communiquer un mouvement complexe qui comprend, tout à la fois, un mouvement de rotation autour de l'axe antéro-postérieur et un mouvement de rotation autour de l'axe vertical. Il réussit ainsi à produire :

1. Ou bien l'arrachement des ligaments latéraux externes violemment distendus, c'est l'entorse externe du cou-de-pied.

2. Ou bien, si les ligaments résistent, ce qui a lieu ordinairement, une fracture de la malléole externe à sa base : fracture par arrachement comme l'avaient vue Dupuytren et Maisonneuve.

3. Une fracture à la base de la malléole interne, refoulée par l'astragale.

Hönigschmied a démontré que l'hyperflexion plantaire (hyperextension du pied sur la jambe) en dehors des multiples arrachements ligamenteux qu'elle détermine, est susceptible de créer des fractures malléolaires. Pour la malléole externe, dit-il, le trait de fracture est toujours oblique du haut en bas et d'arrière en avant; il considère comme une invraisemblance la fracture de la malléole externe par appui contre le calcanéum.

Dans la flexion tibiale de la jambe (c'est-à-dire l'adduction du pied) sur 18 expériences, l'auteur a relevé 5 arrachements de la malléole externe, 12 arrachements des ligaments latéraux externes. Dans la flexion péronéale de la jambe (c'est-à-dire l'abduction du pied) jamais il n'obtient de fracture primitive du péroné, deux fois seulement il a constaté une fracture du péroné, mais secondairement.

L'avènement de la radiographie a montré la complexité des lésions, mais elle n'a simplifié, ni le mécanisme, ni la classification des fractures.

Destot a montré la complexité du mécanisme : le tibia et le péroné constituent une pince dans laquelle l'astragale vire, roule et tangue supportant le poids du corps. Lorsque l'astragale tourne autour de son axe antéro-postérieur (adduction et abduction) il tire par ses ligaments sur une des deux malléoles et appuie directement sur l'autre. Lorsque au contraire, il tourne autour de son axe vertical (rotation en dedans ou en dehors) il appuie sur les deux joues de la mortaise qu'il fait éclater. Or le plus souvent les deux actions se produisent simultanément.

Basant sa classification sur l'anatomie et la physiologie du cou-de-pied, Destot admet trois groupes de fractures :

I. Les fractures de l'appareil de direction : fractures mortaisiennes ou fractures malléolaires du type péronier. C'est à ce groupe qu'appartiennent les fractures obliques de la malléole péronière.

II. Les fractures de l'appareil de sustentation : fractures du plateau tibial souvent combinées aux premières.

III. Les fractures sus-malléolaires.

Quénu a montré qu'il est préférable de classifier les fractures du cou-de-pied en se basant sur l'anatomie pathologique telle que nous la fait voir la radiographie.

Il distingue deux grandes formes :

1. Les fractures mortaisiennes.
2. Les fractures tibio-mortaisiennes.

Les fractures obliques isolées de la malléole

externe rentrent dans le premier groupe des fractures mortaisiennes.

(Premier groupe : fractures isolées. — Deuxième groupe : fractures associées).

Il les divise en fractures géniennes et fractures sus-géniennes.

En définitive il semble bien que ces fractures, de même que la plupart des bi-malléolaires, reconnaissent comme mécanisme un mouvement complexe, en l'espèce la simultanéité de l'adduction et de la rotation interne de la pointe du pied.

Ces mouvements se font normalement dans la sous-astragalienne et la médio-tarsienne, mais ainsi que l'a dit Rieffel : instinctivement, au moment de l'accident, tous les muscles du pied se contractent d'une façon synergique et le font se comporter comme un levier rigide, il transmet intégralement la puissance du choc sur l'articulation tibio-tarsienne.

L'arrachement de la malléole péronière se fait par le puissant ligament latéral externe lorsqu'il résiste au mouvement d'adduction du pied.

Dans tous les cas que nous avons pu observer il semble s'être agi toujours, soit d'un mouvement d'adduction forcée du pied, soit d'un mouvement de torsion de la pointe en dedans mais on doit aussi tenir compte de ce fait que « les blessés ne savent presque jamais dire comment leur pied a tourné et que le chirurgien ne peut avoir aucun renseignement qui puisse éclairer le diagnostic et le pronostic » (Gosselin).

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de ces fractures n'est bien connue que depuis la radiographie ; encore faut-il insister sur ce fait, que deux radiographies sont absolument nécessaires : l'une de face, l'autre de profil ; en effet, c'est surtout au niveau de l'extrémité inférieure du péroné que l'on peut voir un trait de fracture, absent sur l'un des clichés, se révéler sur l'autre (Tanton).

La radiographie nous montre que ce sont des fractures articulaires qui intéressent l'appareil de direction du pied.

1. Fracture oblique de la portion astragalienne de la malléole externe (Tanton). — Syn. : *Fracture oblique génienne* (Quénu); *Fracture oblique de la malléole externe* (Destot).

Trait de fracture. — Destot le décrit ainsi : « Trait qui partant en haut et en arrière, à 4 ou 5 centimètres de la pointe du péroné, rejoint la malléole et vient aboutir en bas et en avant à 2 centimètres de la pointe. »

Sur les radiographies de profil le trait est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Il commence en arrière sur le bord postérieur de la malléole à 5 centimètres de la pointe au maximum (sur nos 4 cas : 3 à 5 centimètres, 1 à 4 centimètres) empiétant ainsi plus ou moins sur la jonction tibio-péronière et se termine sur le bord antérieur de la malléole, au-dessous du plafond de la mortaise à 15 ou 17 millimètres de la pointe de la malléole (sur 4 cas : 1 à 18 millimètres, 1 à 17 millimètres, 2 à 16 millimètres).

La joue externe de la mortaise est donc divisée et la fracture, comme le remarque Quénu, mérite bien le nom de *génienne*.

Sur les radiographies de face le trait se présente parfois sous la forme d'un L dont la branche verticale semble parallèle au bord externe de la malléole. Il ne s'agit là que d'une apparence due, d'après Tanton, à cette circonstance que le fragment inférieur s'est légèrement déplacé en arrière et en dehors et que sa lèvre externe déborde celle du fragment supérieur.

D'autres fois le trait paraît transversal. C'est sans doute là l'origine de la fréquence classique des fractures transversales de la malléole génienne. Si l'on interroge la radiographie de profil, dans ces cas l'obliquité du trait devient manifeste (Quénu).

Fragments. — Les deux fragments ainsi déterminés sont, l'un supérieur et antérieur tenu par le ligament antérieur de l'articulation tibio-péronière inférieure, l'autre inférieur et postérieur, mobile, constitué par la malléole externe, retenue par le ligament postérieur.

Il existe souvent un diastasis interfragmentaire de quelques millimètres. Il est réduit au minimum et pour ainsi dire négligeable dans les fractures fissuraires ; il atteint, au contraire, 2 à 3 millimètres dans les fractures avec déplacement du fragment inférieur. Le fragment inférieur, dans ces cas, se déplace toujours en arrière et en dehors, mais ce déplacement n'est jamais considérable, et il est rare que le fragment inférieur s'écartant du tibia, auquel il est normalement uni, détermine du diastasis de l'articulation tibio-péronière.

Diastasis. — Ce diastasis est en effet bien plus rare dans cette forme de fracture oblique que dans la forme haute, sus-génienne. Mais quand peut-on dire qu'il y a diastasis tibio-péronier ? Normalement, sur une radiographie de face, on constate l'existence d'une ligne claire de 2 à 3 millimètres de large répondant à l'interligne péronéo-tibial inférieur.

D'autre part, l'ombre du tubercule antéro-externe du tibia empiète de 10 à 15 millimètres sur l'ombre péronière, l'ombre du tubercule postérieur étant plus interne et séparée du bord interne du péroné par un espace clair qui n'excède pas 2 millimètres.

L'interligne tibio-tarsien doit être visible nettement dans toute son étendue. Du côté externe, l'ombre de l'angle supéro-externe de la poulie astragalienne affleure, sans empiètement, l'ombre de la malléole externe, tandis que du côté interne il existe un espace clair de 2 millimètres entre la face interne de l'astragale et la malléole interne.

Il importe d'ailleurs de pratiquer toujours une radiographie comparative de la tibio-tarsienne saine. Dans les cas douteux on fera bien de faire des radiographies stéréoscopiques, elles permettent de reconnaître le diastasis à son plus faible degré (Clermont).

Il y a diastasis tibio-péronier inférieur ou disjonction tibio-péronière lorsque l'empiètement des ombres tibio-péronières diminue en même temps que l'espace clair augmente et dès que l'interligne tibio-astragalien s'élargit, en même temps que le péroné et l'astragale s'écartent (J. Tanton).

On ne peut tirer de conclusions de la radiogra-

phie que si certaines précautions ont été prises, quant à la position du pied qui doit être maintenu redressé et quant à la position de l'ampoule qui doit être centrée sur la face antérieure du cou-de-pied, au milieu de la ligne qui unit les deux milieux des faces superficielles des malléoles (Quénu).

Lorsque ces différentes conditions sont remplies on s'aperçoit que le diastasis dans les fractures obliques géniennes est rare, nous verrons qu'il se rencontre plus fréquemment dans la variété suivante.

Lésions associées. — Nous venons de voir le diastasis qui est rare, nous n'en n'avons pas rencontré de cas. Rares sont également les lésions osseuses associées, telles que fractures du plateau tibial inférieur, fracture marginale postérieure, etc.

2. **Fracture oblique de la portion tibio-péronière de la malléole externe.** — Syn. : *Fracture oblique intra-tibio-péronière* (Tanton); *Fracture oblique sus-génienne* (Quénu).

Trait de fracture. — Le trait de fracture ici est très oblique, presque vertical. Il est dirigé de haut en bas, comme dans la forme précédente, d'arrière en avant et de dehors en dedans, il croise plus ou moins obliquement la crête oblique de l'extrémité inférieure du péroné qui limite en haut la face interne de cet os devenue externe [lèvre interne de la gouttière des péroniers (Poirier), voir fig. 2].

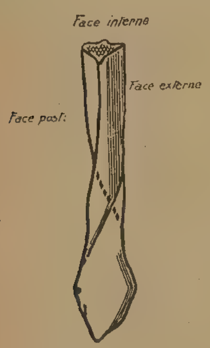


Fig. 2 (schématique).
Extrémité inférieure du péroné, d'après Grégoire et Oberlin.

On voit, sur cette figure, la crête oblique du péroné qui limite en haut la face interne de cet os, devenue externe.

Chaput explique l'obliquité du trait en bas et en dedans (ou mieux en haut et en dehors) « par ce fait que la malléole externe poussée par l'astragale est retenue collée au tibia par les ligaments péronéo-tibiaux; la fracture part donc du voisinage de l'insertion de ces ligaments et monte obliquement, en haut et en dehors, dans la direction imprimée par la poussée vers le côté externe parce que le péroné subit un mouvement de flexion en dehors ».

Il explique l'obliquité en bas et en avant ou mieux en haut et en arrière, par ce fait que l'astragale pousse la malléole externe, non seulement en dehors mais aussi en arrière; l'extrémité inférieure du péroné étant fixée par les ligaments péronéo-tibiaux antérieurs qui servent de point d'appui, le péroné fonctionne ainsi comme un levier du premier genre et il se fait une flexion du corps du péroné en arrière.

Donc pour Chaput le trait initial de la fracture part du bas à la région interne et antérieure de la malléole et se poursuit obliquement jusqu'à la partie externe et postérieure, comme dans les fractures en « bois vert ».

Quoi qu'il en soit, la limite supérieure du trait de fracture se trouve en arrière à 8 ou 7 centimètres en moyenne de la pointe de la malléole (sur nos 9 cas : 3 à 8 centimètres, 4 à 7 centimètres, 2 à 6 centimètres).

La limite inférieure se trouve sur le bord antérieur de la malléole à 20 ou 25 millimètres en moyenne de la pointe (sur 9 cas : 4 à 25 millimètres, 3 à 20 millimètres, 2 à 15 millimètres).

La limite inférieure du trait est très importante car plus elle s'approche du toit de la mortaise, plus la malléole se trouve isolée du péroné, plus la paroi externe de la mortaise est mobile et fuyante, moins elle s'oppose au transport de l'astragale en dehors.

Le trait de fracture divise donc là encore la joue externe de la mortaise, car si, en haut, il est véritablement sus-génien, il devient génien en bas, dans 1 cas sur 2, à 10 ou 5 millimètres de la base tibiale [48 fois sur 98 (Chaput)]. Néanmoins, le trait aboutit moins bas que dans la forme précédente, 1 centimètre plus haut en moyenne.

Parfois, de profil, on note deux traits parallèlement obliques.

Sur les radiographies de face, on voit le plus souvent un trait de fracture partant du bord postérieur de la malléole externe à 8 ou 7 centimètres de la pointe au maximum.

Ce trait se bifurque en deux directions, elles divergent respectivement vers le bord interne et le bord externe du péroné, pour se rejoindre au niveau de l'interligne tibio-tarsien, ou plus souvent à 1 centimètre au-dessous, selon une ligne horizontale.

Lorsqu'il existe peu ou pas de diastasis interfragmentaire on ne voit que le trait horizontal inférieur (voir fig. 3).



Fig. 3 (vue de profil).
Fracture très oblique, sans diastasis interfragmentaire.
P... N...



Fig. 3 (vue de face).
P... N...

S'il s'agit d'une fracture fissuraire, le trait est très difficile à voir de face. De profil on verra une ligne nette à la partie supérieure avec un très léger écar-

tement des fragments ; en bas, le trait n'est plus visible.

C'est donc sur les radiographies de profil que l'on distingue le mieux le trait de fracture, l'obliquité du trait est parfois tellement prononcée qu'il semble vertical.

Parfois aussi le trait affecte la disposition spiroïde se prolongeant sous la forme d'une fissure.

Fragments. — Les deux fragments sont là encore, retenus, l'antérieur et supérieur par le ligament antérieur de l'articulation tibio-péronière inférieure, le postérieur et inférieur par le ligament postérieur de l'articulation tibio-péronière. Ces deux fragments se terminent par des pointes très effilées. Le fragment inférieur et postérieur est souvent un peu basculé en arrière et en dehors, le diastasis interfragmentaire se manifestant, dans ces cas, sur les radiographies de profil, par une fente angulaire ouverte en haut. Lorsque le trait est fissuraire, le diastasis est naturellement nul, les deux fragments n'existent qu'à la partie supérieure, leur dualité n'existe plus à la partie antérieure et inférieure car le trait bien souvent dans ces cas n'existe qu'en haut et en dehors (voir fig. 4). Mais plus souvent que dans la forme

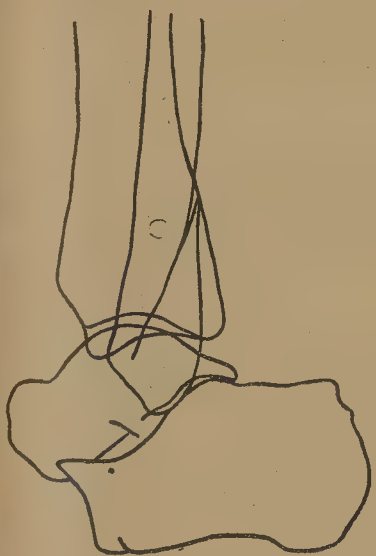


Fig. 4 (vue de profil).
Fracture très oblique, fissuraire.
G... J...



Fig. 4 (vue de face).
G... J...

génienne (du fait, nous l'avons vu, de la limite inférieure du trait), il existe ici un déplacement des fragments plus ou moins marqué qui entraîne du diastasis interfragmentaire avec ou sans diastasis tibio-péronier.

Lorsqu'il existe du diastasis interfragmentaire seul, il est appréciable sur les radiographies de profil qui laissent voir entre les deux fragments un espace clair plus ou moins important (voir fig. 5). Il est appréciable également sur les clichés de face, car dans ces cas le fragment inférieur se superpose rarement au fragment supérieur, tantôt, et le plus souvent, déplacé en arrière et en dehors, tantôt en arrière et en dedans comme sur la figure 5.

Diastasis. — Le diastasis tibio-péronier inférieur, avons-nous dit, est plus fréquent dans la forme sus-génienne que dans la forme génienne. Destot l'avait remarqué à propos des fractures mortaisiennes : « Fracture basse, pas de diastasis, fracture moyenne, diastasis obligatoire. »



Fig. 5 (vue de profil).
Fracture très oblique, avec diastasis interfragmentaire.
W... E...



Fig. 5 (vue de face).
W.... E...

Quénu, dans son mémoire de 1912 sur les fractures du cou-de-pied, a réfuté cette proposition, trop absolue à son avis. Il a démontré que la constance du diastasis est une erreur. Il a démontré également que le déplacement du pied était possible sans diastasis tibio-péronier.

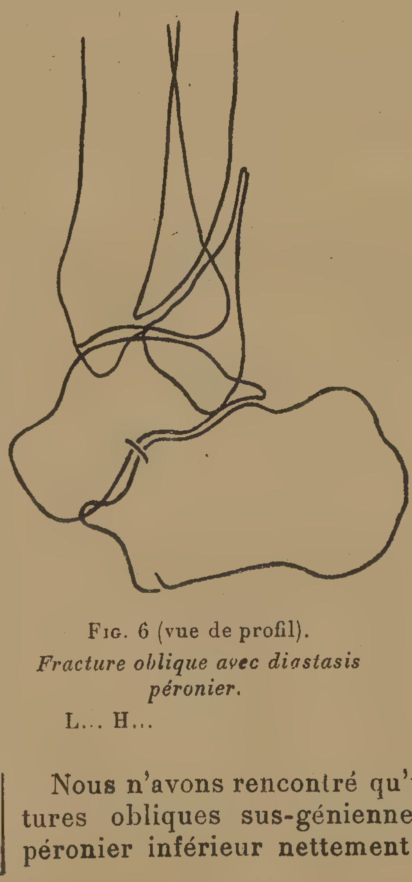


Fig. 6 (vue de profil).
Fracture oblique avec diastasis péronier.
L... H...



Fig. 6 (vue de face).
Le diastasis tibio-péronier est très visible.
L... H...

Nous n'avons rencontré qu'un seul cas, sur 9 fractures obliques sus-géniennes, de diastasis tibio-péronier inférieur nettement marqué (voir fig. 6).

Mais les cas de diastasis minimes sont assez fréquents.

C'est sur la radiographie de face qu'on voit la malléole péronière déjetée en dehors par rapport à l'axe de la diaphyse, on y voit également l'augmentation de l'espace clair tibio-péronier inférieur et l'élargissement de l'interligne tibio-astragalien.

Lésions associées. — On peut retrouver dans cette forme les mêmes lésions ligamenteuses et osseuses que dans la forme précédente ; elles sont rares. La plus fréquente des complications est certainement le diastasis tibio-péronier inférieur.

3. **Formes intermédiaires.** — En dehors de ces deux formes bien différenciées, on rencontre, très rarement d'ailleurs, des formes intermédiaires où le trait de fracture part en haut à 5 centimètres et demi ou 6 centimètres de la pointe pour aboutir en bas et en dedans à 2 centimètres environ de la pointe. Plus le trait a une origine haute, plus la fracture est oblique, car la limite inférieure est celle qui varie le moins, variations de 13 millimètres pour la limite inférieure (de 12 à 25 millimètres), variations de 40 millimètres, au contraire, pour la limite supérieure (de 4 à 8 centimètres). *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 13 aout 1928)

Sur la sérothérapie anticolibacillaire. Résultats de son emploi dans les infections aiguës ou chroniques à bacillus coli. — M. H. Vincent rappelle les bases expérimentales de la sérothérapie anticolibacillaire, et expose les résultats obtenus en clinique par l'emploi d'un sérum anticolibacillaire préparé suivant sa méthode.

Injecté à des malades atteints d'*appendicite gangréneuse*, le sérum anticolibacillaire a été un adjuvant précieux de l'intervention chirurgicale; la guérison a été rapide et inespérée dans des cas très graves.

Dans la *pyélonéphrite suppurée* de nature colibacillaire aiguë ou chronique, si souvent rebelle aux traitements usuels, ce même sérum s'est montré très efficace, amenant la guérison en quelques jours, avec disparition définitive du bacillus coli des urines.

Propriétés spirochéticides du vanadium-élément. Astérogenèse autour de particules de Va. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et Mlle R. Schoen montrent que le vanadium, finement divisé, doit être compris parmi les corps thérapeutiquement actifs dans les spirochétoses, capables d'agir non seulement à l'état de dérivés inorganiques ou organiques, mais encore à l'état d'élément (mercure, bismuth, arsenic) et séparé d'autres métaux, tels que l'or, lesquels sont inagissants au même état d'élément.

Le milieu servant d'excipient au métal joue un rôle important quant à l'élaboration des principes spirochéticides actifs (complexes protéo-métalliques).

Les massues caractéristiques des microorganismes à formes actinomycosiques peuvent apparaître en dehors de l'activité vitale des éléments astérogènes. Ces massues rappellent celles que M. Levaditi et Mme Nicolau ont déjà observées autour des particules de tellure-élément injectées dans le muscle du lapin.

REVUE DES THÈSES

Etudes sur la fonction respiratoire au cours de la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur Henri-René Olivier, de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Travail de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine.)

Chez l'homme normal, la tension du CO^2 alvéolaire, en équilibre avec le sang artériel, présente une constance remarquable.

Au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, le CO^2 alvéolaire est modifié; sa tension n'est pas liée à l'étendue des lésions pulmonaires mais elle dépend davantage de leur nature et de l'intensité du processus évolutif.

Dans les formes ulcéro-caséeuses communes discrètes, en période de calme évolutif, d'apyrexie et de santé relative, la tension du CO^2 artériel est normale; elle est franchement abaissée dans les formes graves, arrivées à un stade avancé d'autant plus que l'état général des malades est plus sérieusement touché.

Au cours des poussées évolutives, dès leur début, avant même qu'en apparaissent les signes cliniques, la tension du CO^2 alvéolaire s'abaisse, elle reste au-dessous de la normale pendant toute la durée de l'épisode évolutif. Si ce dernier se termine sans laisser après lui d'aggravation notable et des lésions et de l'état général, la tension du CO^2 alvéolaire se relève pour atteindre son niveau antérieur; elle continue à décroître dans le cas contraire et d'autant plus que le pronostic devient sévère.

Dans la tuberculose pulmonaire fibreuse, la tension du CO^2 alvéolaire est élevée pour atteindre son maximum dans les formes diffuses avec emphysème et asthme. Elle s'abaisse au cours des poussées de broncho-alvéolites surajoutées.

Des valeurs intermédiaires, supérieures à celles que l'on observe dans les formes ulcéro-caséeuses, inférieures à celles des tuberculoses fibreuses, caractérisent les tuberculoses pulmonaires ulcéro-fibreuses.

Au cours du pneumothorax thérapeutique, l'insufflation du gaz dans la plèvre ne retentit pas immédiatement sur la tension du CO^2 artériel; celle-ci suit l'évolution de l'affection; dans les cas favorables elle s'élève lentement ; dans les cas défavorables elle subit, au contraire, une chute progressive.

Il résulte de ces conclusions que l'étude du CO^2 alvéolaire au cours de la tuberculose pulmonaire constitue un sérieux appoint pour le diagnostic anatomique et le pronostic évolutif de cette affection.

La tension du CO^2 dans le sang veineux mêlé n'a pas une aussi grande régularité dans ses variations que la tension du CO^2 artériel. Elle est, en règle générale, abaissée dans les tuberculoses pulmonaires ulcéro-caséeuses.

L'étude clinique de la tension de l'oxygène dans l'air alvéolaire n'est possible que par la méthode endiométrique, que nous avons modifiée dans ce but, et pour laquelle nous avons imaginé un dispositif de « prise d'échantillon ». Dans les tuberculoses ulcéro-caséeuses graves, étendues, fébriles, l'oxygène alvéolaire a une tension abaissée, inférieure à la tension normale. Ces variations parallèles du CO^2 et de O^2 alvéolaire doivent inciter à reviser la théorie de l'alcalose gazeuse par hyperventilation dans la tuberculose pulmonaire, théorie généralement admise.

Le glutathion réduit du sang n'est pas modifié par la fièvre; il augmente par asphyxie locale si on prélève le sang après stase veineuse. Son dosage ne renseigne pas sur les oxydations cellulaires et ne peut extérioriser les modifications qu'apporte la tuberculose aux respirations cellulaires et au métabolisme général.

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, Le François.

Les Xanthomes familiaux (1), par le docteur Marcel GRENAUD (de Vichy), lauréat de la Faculté de médecine, ancien externe des hôpitaux de Paris.

Le xanthome familial est également fréquent dans les deux sexes. Sa date d'apparition est très précoce, entre trois et six ans. L'hérédité du xanthome peut se transmettre à travers quatre générations. Le xanthélasma des paupières est loin d'être une manifestation héréditaire constante du terrain xanthomateux.

On peut individualiser une forme pseudo-goutteuse du xanthome familial, caractérisée par l'importance et la confluence des nodules xanthomateux sous-cutanés péritendineux et juxtaarticulaires, sans réaction inflammatoire, sans modification des téguments, sans déformation radiographique du squelette.

L'individualité de ce type clinique ressort de l'analyse chimique. Les pseudo-tophi sous-cutanés sont composés exclusivement de cholestérine. L'acide urique n'y figure qu'à l'état de traces.

L'hypercholestérinémie du xanthome familial s'accompagne d'une cholestérinocholie inférieure au taux physiologique. Le tubage duodénal nous en fournit la preuve, montrant par là qu'il existe chez certains xanthomateux un mauvais drainage hépatique ou biliaire.

A côté des xanthomes hyperglycémiques dont la parenté avec le diabète est bien connue et qui sont justiciables de l'insuline; il existe des observations de xanthomes familiaux qui s'accompagnent d'une hypoglycémie manifeste et qui ne régressent point sous l'action de l'extrait pancréatique. Le syndrome hypercholestérinémique et le syndrome hypoglycémique semblent caractériser le xanthome familial.

Le traitement local du xanthome est inopérant, étant données les récidives fréquentes qu'il comporte.

La thérapeutique doit viser avant tout à améliorer le drainage hépatique ou biliaire. Le taux de l'hypercholestérinémie s'abaisse sous l'influence du régime, des cholagogues associés aux cures hydro-minérales.

Contribution à l'étude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis. Descendance des paralytiques généraux (2), par le docteur François WIDLOCHER, ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

La syphilis réalise chez les enfants des formes cliniques très variées qu'il est possible, dans certains cas, de rapprocher de la forme que la syphilis a revêtue chez les parents. Ainsi, chez les enfants des paralytiques généraux, le pronostic paraît tout différent suivant que l'on étudie la descendance :

1° Des paralytiques généraux dont la maladie représente le type classique et succède à une syphilis dont les symptômes ont été peu nombreux, discrets, ou même totalement absents. (Cette syphilis d'allure bénigne, en réalité seulement différente de la syphilis banale, est souvent méconnue.)

2° Des paralytiques généraux dont la maladie revêt des caractères atypiques et succède à une syphilis banale qui a présenté des symptômes secondaires et tertiaires typiques, cutanéo-muqueux, viscéraux et vasculaires.

Dans la première forme, le conjoint et les enfants du malade échappent à l'infection syphilitique. S'ils sont contaminés, l'infection se développe chez eux d'une façon bénigne. Les affections qu'ils peuvent présenter doivent être rapportées, le plus souvent : à la constitution nerveuse qui est l'apanage des paralytiques généraux de ce groupe ; à des toxi-infections associées chez les parents à la syphilis ou à des affections banales acquises par l'enfant lui-même.

Dans la seconde forme, au contraire, le conjoint et les enfants du malade sont contaminés et l'hérédo-syphilis les frappe en général gravement.

De ses observations l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'infection des enfants paraît d'autant plus certaine et évolue de façon d'autant plus grave que la date de conception est moins éloignée de la date de contamination.

2° L'infection des enfants est d'autant moins probable et revêt des formes d'autant plus légères que la conception a lieu à une période plus avancée de l'infection syphilitique chez les parents.

Les différents facteurs que nous venons d'énumérer jouent, parmi tous les autres, un rôle important dans le déterminisme des formes que l'hérédo-syphilis peut revêtir. Ces différents facteurs méritent d'être examinés dans la discussion du diagnostic de l'hérédo-syphilis et dans la conduite du traitement.

Les différents arsenicaux doivent être proscrits de la thérapeutique de l'hérédo-syphilis chez les descendants des paralytiques généraux dont le système nerveux doit être ménagé. On préfère à l'arsenic le mercure qui exerce une action eutrophique tonique et calmante sur le système nerveux, qui possède un pouvoir bactéricide non seulement à l'égard du spirochète, mais encore vis-à-vis d'autres virus.

Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale du post-partum par le sulfarsénol. [Travail de la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Bordeaux, professeur M. RIVIÈRE] (1), par M. Paul GUINAUDEAU.

Depuis quarante-six mois, la fièvre puerpérale est combattue, à la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeaux, uniquement par les arsénobenzènes. La mortalité par infection y a été de 0 en 1924 et 1925 et de 0,11 p. 100 dans les années 1926 et 1927, alors qu'elle était en moyenne de 0,33 p. 100 avant 1924.

La conviction de l'auteur en faveur de la thérapeutique par le sulfarsénol se base sur un total de :

1.129 accouchements pour Lapervenche;

2.223 accouchements pour sa part;

Et sur 225 observations.

Les avantages du sulfarsénol sont multiples : toxicité minime, injections sous-cutanées, absence d'accidents graves. Le zinc-sulfarsénol, dérivé organo-métallique, d'une toxicité moindre, peut lui être substitué à des doses de moitié inférieures.

Au point de vue curatif, ces médicaments se montrent au moins aussi actifs que les autres thérapeutiques, sauf dans les cas très graves, et doivent être employés précocement, dès l'apparition des symptômes infectieux.

Au point de vue prophylactique, la statistique de l'auteur n'est pas concluante, mais elle est une image imparfaite de la réalité. Ses observations sont plus démonstratives.

Le sulfarsénol doit être employé dans tous les cas où on a des raisons de redouter l'infection, et immédiatement après les accouchements compliqués.

Les injections doivent être répétées les jours suivants, si besoin est. Ainsi on aura : soit des suites normales, soit une infection atténuée.

Cette thérapeutique se montre au moins aussi active que la vaccinothérapie, et son action est plus immédiate. La vaccinothérapie locale semble seule donner des résultats aussi immédiats, mais elle nécessite des pansements intra-utérins, ce qui est une complication. La chimiothérapie par le sulfarnésol sous-cutané est donc préférable.

Les doses employées étant minimes peuvent être répétées, et ne déterminent pas d'accidents graves.

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, Jouve et Cie.
(2) *Th. de Paris*, 1926. — Paris, A. Legrand.

(1) *Thèse de Bordeaux*, 1927.

Elles sont :

a. Pour le sulfarsénol, de 0g12 dans les cas ordinaires, de 0g18 dans les cas graves.

b. Pour le zinc-sulfarsénol, de 0g06, cette dose pouvant être doublée sans inconvénient.

Les Oblitérations artérielles des membres au cours de la pneumonie (1), par le docteur André BUISINE, ex-interne des hôpitaux de Lille et de l'hôpital des enfants Saint-Antoine, ancien aide d'anatomie.

Les complications artérielles périphériques de la pneumonie sont extrêmement rares : 1 cas environ sur 2.000 pneumonies. Elles sont bien plus rares que les autres complications cardio-vasculaires des pneumococcies et n'occupent que le cinquième ou sixième rang des artérites infectieuses aiguës.

On les observe surtout chez les malades âgés et athéromateux ; elles paraissent favorisées par l'hyperinose sanguine au cours de la maladie et par la bradycardie et l'hypotension de la convalescence. Elles sont plus fréquemment localisées aux membres inférieurs.

Leur pathogénie reste encore imprécise. On les attribue, soit à des embolies dont l'origine est liée à l'endocardite ou à l'athérome aortique ; soit à une thrombose in situ. Il est difficile de faire avec précision le départ entre les deux processus, embolie ou thrombose. En effet, la démonstration d'une artérite des membres au cours de la pneumococcie manque encore.

Ces complications de la pneumonie se produisent surtout au cours de la convalescence ; elles frappent principalement les gros troncs artériels ; elles évoluent dans 85 p. 100 des cas vers la gangrène ; elles entraînent la mort dans 40 p. 100 des cas.

La conduite du médecin vis-à-vis de ces redoutables complications est d'abord de penser à les prévenir par l'administration de citrate de soude à assez hautes doses. Quand elles sont déclarées, la seule conduite thérapeutique est d'ordre chirurgical : l'amputation, selon les règles établies pour toute gangrène des extrémités.

PRATIQUE MÉDICALE

LES INDICATIONS DU RÉSYL DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (2)

Par le docteur M. PEYTRAL.

Du fait que nous ne disposons pas encore pour la tuberculose d'une médication spécifique, nous voyons trop de médecins, dit l'auteur, se considérant comme désarmés devant une cause jugée d'avance, se réfugier dans un abstentionnisme aussi regrettable que démoralisant.

La tuberculose progressant par poussées évolutives séparées par des périodes de pause, le thérapeute devra s'efforcer de diminuer l'importance et la durée des premières et mettre les secondes à profit pour renforcer les défenses de l'organisme. Il faut, avant tout, faire son possible pour mettre le tuberculeux à l'abri des rhumes, bronchites, grippes, etc., susceptibles de provoquer le réveil de foyers en voie d'extinction.

La chimiothérapie fera utilement appel au résyl qui n'a pas les propriétés irritantes et congestionnantes du gaïacol, et dont l'action antitoxique, asséchante et anticatarrhale est indiscutable.

Diminuer l'expectoration du tuberculeux, ce n'est pas seulement pallier un symptôme inquiétant, c'est aussi éviter l'épuisement du malade, son infection secondaire par la déglutition répétée de produits bacillaires ; c'est préserver son entourage et la collectivité.

Le résyl, qui ne peut prétendre évidemment à constituer le traitement exclusif de la tuberculose pulmonaire n'en exclut précisément aucun autre : il les complète, soit sous sa forme ingérable, soit sous sa forme injectable (cette dernière de préférence sur les sujets à tendance évolutive) en assurant au malade une meilleure défense et en favorisant la transformation fibreuse des lésions avec stabilisation consécutive.

(1) *Th. de Lille*, 1927. — Lille, imprimerie Douriez-Bataille.

(2) *Progrès méd.*, 31 mars 1928.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928

DOCTORAT D'ETAT. — 57. ACQUAVIVA. — Du traitement chirurgical des ptoses gastriques par l'opération de Perthes.

60. ARNAUD. — L'hymenolepis nana.

33. ARRIGHI. — Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique de l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse. Son efficacité dans les hémoptysies tuberculeuses.

50. BARRAILLÉ. — Contribution à l'étude des ectopies du canal péritonéo-vaginal.

45. BATTLE. — Sur quelques variétés d'endocardite. Etude clinique et bactériologique. Rôle de l'entérocoque.

9. BERG. — L'hérédité de la tuberculose.

8. BERNARD. — Organisation et fonctionnement de la crèche départementale des Enfants-Assistés de Marseille.

74. BINET. — Contribution à l'étude des hernies du Douglas chez la femme.

52. BONNET. — La séro-vaccinothérapie des broncho-pneumonies de l'enfant et de l'adulte. Son action préventive ou atténuante sur les complications suppuratives et particulièrement sur les pleurésies purulentes.

36. BOURDIOL. — Contribution à l'étude du syndrome de Babinski et Froment.

44. BOURREL. — Prophylaxie de l'infection puerpérale par le sulfarsénol.

3. BRAHIC. — Le pneumothorax thérapeutique partiel par adhérences pleurales. (Etude clinique et physiologique.)

29. BRUGÉAS. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire non gravidique.

71. CALVET. — De la thrombo-phlébite orbitaire consécutive aux affections de l'amygdale et du cuir chevelu.

46. CAZES. — L'indice de sédimentation globulaire dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

72. CHANNAC. — Les urétérocèles extravésicales.

12. CHAPTAL. — Contribution à l'étude de l'acidose au cours de l'enfance. Recherches sur la réserve alcaline du plasma sanguin chez l'enfant à l'état normal et pathologique.

16. CHARLES. — Essai thérapeutique des anémies graves.

27. CHEVALIER-LAVAURE. — Contribution à l'étude des rapports des troubles mentaux avec les accidents du travail.

47. COUSIN. — Contribution à l'étude du traitement des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

48. COUSIN (Mlle). — Urémie cérébrale au cours de l'infection éberthienne.

51. DAUPHIN. — Contribution à l'étude des hémorragies spontanées de la rate.

14. DAVOINE. — L'étude des réflexes dans la névraxite épidémique.

23. DONNEAUD. — Contribution à l'étude de la glycémie dans la tuberculose pulmonaire.

43. DUNAN. — Au sujet de l'exanthème infectieux méditerranéen appelé aussi fièvre exanthématique du littoral.

65. ESMÉNARD. — Identification des images suspectes radiologiques rénales et la pneumopyélographie.

25. FAVIER (Mme), née Camredon. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire à lésion limitée et à évolution lente par l'iode camphré-mentholé radio-actif.

67. FERVAL. — A propos du varicocèle pelvien. Une anomalie de la veine ovarienne.

32. GAILLARD. — A propos de quelques observations de corps étrangers de la vessie et de l'urètre.

17. GASQUY (Mme), née Sourd. — Contribution à l'étude des variations de forme de l'électrocardiogramme. Non fonction du temps.

34. GORDON-MARTINS. — Des grandes hémorragies intrakystiques et intrapéritonéales au cours de la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire.

11. GOURIOU. — De la dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère dans la vessie.

13. GRANIER (Jean-Marie-François). — Contribution à l'étude des fractures de l'humérus dites « des lanceurs de grenades ».

42. GRANIER (Pierre-Jean-Gabriel). — Projet d'appareil plâtré avec abduction et extension continue pour le traitement des fractures de l'humérus.

53. HENRY. — De l'emploi de la digitaline en injections intraveineuses.

66. HOARAU. — Contribution à l'étude des tumeurs vésicales à structure adénomateuse.

19. IMBERT. — Contribution à l'étude de la fièvre de Malte dans la région d'Arles.

54. JACQUES. — Du ralentissement du rythme cardiaque dans la position penchée en avant.

35. JOLLY. — Contribution à l'étude de l'encéphalocèle.

37. LANFRANCHI. — Contribution à l'étude de la chirurgie mammaire chez les diabétiques. A propos de deux observations.

41. LECLAIRE. — Le radiodiagnostic des affections de la loge rénale droite.

31. LOMBARD. — Les adénomes parathyroïdiens à cellules sombres.

70. MARTIN (Jacques). — Contribution à l'étude des hémiplégies homolatérales.

49. MARY. — Contribution à l'étude du traitement des abcès du sein par ponction et injection de bouillon-vaccin.

6. MEYNADIER. — L'arsylène glucosé dans le traitement de l'encéphalite épidémique.

40. MISERMONT. — Traitement des sueurs nocturnes chez les tuberculeux et les convalescents par les injections sous-cutanées d'oxygène.

15. MOAVEN. — Les obstructions néoplasiques primitives du canal hépatique.

73. MONTEUX dit MONTUS. — Contribution à l'étude du diagnostic bactériologique de la diphtérie du nourrisson.

55. MORONI. — Essai de traitement de la tuberculose péritonéale par le vaccin de Vaudremer.

58. NICOLAS. — Contribution à l'étude chimique du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites tuberculeuses.

5. NICOLI. — Du rôle des malformations vertébrales dans l'étiologie de la scoliose congénitale.

18. NOËLL. — Le traitement moderne de l'érysipèle. A propos d'une guérison obtenue par le stock-vaccin antistreptococcique dans un érysipèle du nourrisson.

39. OLLIVIER. — La taille transpéritonéale.

1. OLMER. — Contribution à l'étude du typhus exanthématique et des infections typhoïdes avec exanthème. La fièvre exanthématique de la région marseillaise.

2. PANERA. — Le début aigu dans la tuberculose articulaire.

28. PERALDI. — Contribution à l'étude de la réduction sanglante de la luxation de l'épaule compliquée de fracture chez l'enfant.

68. PEYRE. — L'appendicite chronique et ses surprises.

30. PLACIDI. — L'approvisionnement en lait et le contrôle hygiénique du lait à Marseille.

24. POINSO. — Les abcès chroniques fétides du poumon.

38. POLI. — La cure radicale du ptérygion.

10. POURSINES. — Contribution à l'étude de la poliomyélite antérieure subaiguë.

61. POURTAL. — Contribution à l'étude des mastoïdites latentes.

7. PUY. — Contribution à l'étude de la hernie obturatrice.

21. RAYBAUD. — Les projections cutanées des affections viscérales. Sympathèses viscéro-cutanées.

59. RENON. — Quelques considérations sur l'importance de l'ionothérapie dans la médecine pratique.

69. RIVÈRE. — Recherches sur les formules hémoleucocytaires dans les syndromes adénopathiques trachéo-bronchiques traités par les rayons ultraviolets. (Travail du service du docteur Jules Renault, à l'hôpital Saint-Louis, Paris.)

63. ROUCAUTE. — Contribution à l'étude des orchites subaiguës de l'enfance par torsion de l'hydatide sessile de Morgagni.

20. ROUCAYROL. — A propos de quelques observations de néphrites hématuriques et douloureuses.

64. SAINT-JEAN. — Contribution à l'étude des résections diaphysaires étendues dans l'ostéomyélite aiguë.

4. SALMON. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des incurvations rachitiques des jambes chez l'enfant. Ostéotomie linéaire transversale rétrograde à la scie de Gigli.

62. TRUC. — La lithiase du rein en fer à cheval.

22. VAN CUYCK. — Contribution à l'étude de la dérivation haute par anus transverse droit dans la chirurgie du côlon gauche et du rectum.

26. VANNONI (Mlle). — L'abcès de fixation appliqué au traitement de quelques affections graves de l'enfant et de l'adulte. Sa valeur pronostique. Son action thérapeutique.

56. VIDAL (Mme), née Gaussel. — L'avenir médical et social des tuberculeux pulmonaires traités par le pneumothorax artificiel (d'après 41 observations de malades suivis pendant plus de trois ans).

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 7. ABDELAZIZ. — Contribution à l'étude de la prophylaxie des bilharzioses en Egypte.

4. EHTÉCHAM. — La prophylaxie de l'infection puerpérale.

1. KOVATCHEFF. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies de l'adulte (vaccin polyvalent de Weil et Dufourt).

2. MUNIR EL SADAT. — Contribution à l'étude de la sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire.

3. SIMANTIRIS. — Contribution à l'étude du kyste hydatique du rein. Quelques renseignements nouveaux sur les tests biologiques de l'échinococcose.

5. SINNESAEL. — Le cancer aigu du sein.

6. STANKOVITCH (Mlle). — Sur un cas de bilharziose vésicale et sur son traitement par l'émétique en injections intraveineuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de pathologie interne, publié sous la direction de E. ENRIQUEZ, A. LAFFITTE, Ch. LAUBRY et Clovis VINCENT. Directeur : A. Laffitte. Tome II (2e partie) : *Maladies des reins. Péritoine. Glandes à sécrétions internes. Ectosympathoses. Rhumatismes chroniques*, avec la collaboration de MM. P.-A. CARRIÉ, Claude GAUTIER et Etienne MAY. Grand in-8 de 872 pages avec 139 figures dans le texte et 11 planches en couleurs hors texte. — Prix : relié, 150 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Essai sur l'hygiène universitaire, par le docteur Robert JACQUET, avec préface de M. Edouard Herriot, ministre de l'Instruction publique. In-8. — Prix : 15 fr. — Paris 1928, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 15 novembre 1928. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'hospice général, salle des séances.

Pour être admis au concours, les étudiants en médecine doivent être âgés de vingt ans au moins et de vingt-huit ans au plus, être pourvus de huit inscriptions de doctorat ainsi que du titre d'externe décerné au concours et justifier de deux années de stage dans un hôpital.

Le règlement du concours est à la disposition des intéressés au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — MM. Curtis, Doumer et Lemoine, professeurs à la Faculté de médecine de Lille, sont nommés professeurs honoraires à ladite Faculté. (*J. O.*, 30 août 1928).

GUERRE. — Par décret du 25 août 1928, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire :

(Armée active.) *Au grade de médecin commandant.* — MM. les médecins capitaines Bergé, Chanoine et Fromant.

(Réserve.) *Au grade de médecin sous-lieutenant.* — MM. les médecins sous-aides-majors Célice, Schmite, Barbaro, Hernu, Corbin, Paulin, Pene, Pontier, Richard.

MM. les médecins auxiliaires Filliol, Blondin, Valence, Charles, Blondel, Delagenière, Frantz, François dit Jonchères, Baron, Duponois, Nativelle, Baugas, Besnard, Blaise, Cavalié, Coureau, Donati, Duballen, Friedmann, Guilbert, Guiraud, Luiggi, Masquet, Minet, Monod, Paquier-Desvignes, Pelletier, Pecker, Petiot, Poinso, Puy, Raybaud, Salvan, Sanson, Sudaka, Trabuc, Cortès, Lereboullet, Achard, André, Blanc Champagnac, Bouchard Boulanger, Bourdin, Brial, Denis Le Sève, Droux, Fillippi, Galtier, Giraud, Jegat, Joanny, Lagese, Lebar, Leca, Martineau, Mas, Pannier. Pinault, Py, Richer, Sommeyre, Sonn, Tranchant, Touillon.

— Par le même décret, sont promus :

Au grade de médecin lieutenant. — MM. les médecins sous-lieutenants Barbaro, Blondel, Blondin, Celice, Charles, Delagenière, Filiol, Schmite, Valence, François dit Jonchères.

— Par décret du 25 août 1928, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé :

Au grade de médecin colonel. — M. le médecin colonel retraité Paris.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels retraités Mayer, Baurrier.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins commandants retraités Rouyer, Regnault, Boulin, Etienne, Sébin, Médan.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins capitaines démissionnaires Lombard, Schmite.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une très douloureuse émotion la mort tragique de notre cher confrère le docteur Amand Coyon, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, victime d'un accident d'avion au Crotoy. Que Mme Coyon veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse et très profonde sympathie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : [M. Paul Carnot.) — *Cours de vacances de 1928* (septembre et octobre), sous la direction des professeurs P. Carnot et M. Villaret, du professeur agrégé Chabrol et du docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux.

I. *Cours de septembre* (10-22 septembre). — *Notions récentes sur le diabète et les maladies du foie.*

II. *Voyage d'études à Vichy.* — Dans la semaine intercalaire, entre les deux cours, aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux

dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs des cours.

II. *Cours d'octobre* (1er-13 octobre). — *Notions récentes sur les maladies digestives.*

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau précis de bactériologie (1), par G. Delater, directeur du laboratoire de recherches biologiques de l'Ecole dentaire de Paris, et Ch. Grandclaude, directeur du laboratoire de recherches biologiques de l'Ecole odontotechnique. — Planches et dessins par L. Jame.

La maîtrise des innombrables compartiments de la bactériologie ne s'acquiert qu'au prix d'un labeur exclusif de plusieurs années; elle exige la répétition patiente des mêmes apprentissages, une mémoire fidèle que doit encore secourir le dossier des notes personnelles méthodiquement colligées... Fastidieux et vain exercice que d'enregistrer et de retenir, dans leur détail, les caractères des espèces et des races microbiennes, pour l'étudiant qui les oubliera aussitôt, n'ayant pas à les utiliser plus tard dans l'exercice de sa profession... En cette matière, que demande donc celui-ci aux premières années de son instruction médicale?

Qu'elles satisfassent sa curiosité, en lui donnant une connaissance d'ensemble des méthodes d'identification d'une bactérie; qu'elles le conduisent ainsi à comprendre et à accepter les exigences du spécialiste, à mieux interpréter sa réponse, à en admettre parfois l'incertitude quand, praticien auprès de ses malades, il aura prié le laboratoire de collaborer à son diagnostic, mais surtout qu'elles élargissent l'horizon que lui découvre l'étude du mécanisme pathogénique des maladies infectieuses, qu'elles lui montrent ces maladies s'intégrant, accidents particuliers, dans les grandes lois générales de la vie : mystères d'interactions biologiques où se mêlent la puissance végétative des graines microbiennes qui veulent croître et se multiplier et les propriétés spéciales d'un terrain de culture qui est à la fois une organisation vivante activement défensive; que par là elles lui offrent une révélation de l'importance primordiale des microbes non seulement dans la pathologie générale, mais dans les conditions mêmes de la vie torrent où circulent en un renouvellement perpétuel la matière et l'énergie.

Le but de ce Précis est d'aider l'étudiant à établir rapidement ces relations de la bactériologie avec les autres sciences biologiques. Il ne reprochera certainement pas aux auteurs d'avoir réduit à de simples tableaux synoptiqnes l'ensemble des caractères majeurs de quelques-uns des genres les plus importants.

En préparant l'élève à l'examen de ses juges, cultiver son esprit n'est-ce pas le but idéal de tout enseignement d'école?

L. G.

(1) Un volume in-8 raisin (25 × 16) de 124 pages et 55 planches hors texte; 1928. — Prix : broché, 45 fr.; cartonné, 50 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Les péricolites droites chroniques. Les adhérances post-opératoires péri-iléocoliques (1), par le docteur J. Krief, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans cet ouvrage, l'auteur étudie au point de vue anatomique, pathogénique, clinique et thérapeutique, la question complexe des formations péritonéales anormales situées exclusivement sur le cadre colique droit et sur l'iléon terminal.

Il donne une classification très simple de tous ces faits anatomiques, basée sur l'étude critique des travaux antérieurs, et sur de nombreux comptes rendus opératoires. Cette classification fait nettement le départ entre les formations péricoliques dont la nature congénitale semble la plus vraisemblable et les formations péricoliques dont la nature inflammatoire ne semble faire aucun doute. D'ailleurs, cette dualité d'origine des péricolites est longuement étudiée dans le chapitre : pathogénie, auquel fait suite un chapitre sur le rôle pathogène de ces formations.

A propos de l'étude clinique, l'auteur décrit le syndrome des péricolites avec ses quatres périodes : *a.* de tolérance, *b.* de réaction, *c.* de défaillance, *d.* d'asystolie cæco-colique; il insiste sur les réactions à distance des péricolites, sur les nombreuses complications auxquelles elles peuvent donner lieu et au sujet desquelles on risque de s'égarer si on ne les a pas présentes à l'esprit.

Les formes cliniques sont étudiées avec soin. Un chapitre spécial est réservé à l'étude radiologique des péricolites.

L'auteur envisage séparément les adhérences post-opératoires étendues dans la fosse iliaque droite. Il décrit leur aspect anatomique, insiste sur les causes prédisposantes et déterminantes de leur formation, et trace le tableau clinique propre aux adhérences. Leur prophylaxie est envisagée sous un jour pratique.

Tous les détails concernant le traitement médical et surtout le traitement chirurgical sont longuement étudiés, l'auteur propose au point de vue opératoire, une série de techniques personnelles intéressantes. Suivent une série de 109 observations recueillles dans le service de M. le docteur G. Lardennois à l'hospice des Ménages.

Un aperçu anatomique et physiologique de l'iléon terminal et du côlon proximal précède l'étude des péricolites; ce chapitre facilite l'interprétation de certaines considérations cliniques et thérapeutiques à propos des péricolites droites et des adhérences post-opératoires péri-iléocoliques.

Cet ouvrage complet sera profitablement consulté par tous ceux qu'intéressent les problèmes cliniques et thérapeutiques soulevés par la pathologie de la fosse iliaque droite.

L. G.

(1) Un volume in-8, avec figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Norbert Maloine, éditeur.

RENSEIGNEMENTS

La Clinique de Vaugirard, 8 *bis*, rue Léon Delhomme, nouvellement installée, reçoit sur la demande des confrères des accouchements à forfait dans d'excellentes conditions.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

1927-1928

Par M. le docteur Edouard ANTOINE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA GLACIÈRE.

I. BOUCHE ET ŒSOPHAGE

La cavité buccale et sa flore bactérienne normale et pathologique. (PINCHART. *Bruxelles méd.*, 4 mars 1928.) — La salive d'un sujet sain contient de nombreux microorganismes : spirilles, cocci divers, anaérobies, micrococcus catarrhalis, micrococcus flavus, etc. La carie dentaire entretient un état d'infection permanente de la salive. D'autres microbes (pseudo-diphtériques, pneumocoques, méningocoques, bacille fusiforme, etc.) vivent aussi dans la bouche en saprophytes et attendent des conditions favorables pour développer leur virulence. Aussi l'auteur recommande-t-il de soigner préventivement les dents et de réaliser l'antisepsie du bord gengival, des dents abîmées, des alvéoles par des lavages, des badigeonnages avec les antiseptiques usuels.

Les septicémies d'origine bucco-dentaire. (BRELET. *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1928, n° 12.)

Pyélonéphrites et foyers buccaux. (Irwin M. CUTTLER. *Urol. and cutan. Review*, sept. 1926, n° 9.) — L'auteur a observé un malade atteint d'hématuries, avec rein gauche gros et douloureux, pus et sang dans les urines. A l'examen on trouve les dents et les amygdales très infectées. Aussi pratique-t-on l'ablation des amygdales et des dents, ce qui amène en quelques semaines l'éclaircissement des urines et l'amélioration rapide du malade.

A propos de ce cas, l'auteur conclut que la plupart des infections rénales aiguës ou chroniques proviennent de foyers infectieux bucco-pharyngés.

Pathogénie et traitement des grandes dilatations de l'œsophage. (J. GUISEZ. *Acad. de méd.*, 27 mars 1928.) — Les grandes dilatations de l'œsophage déterminent peu à peu, par la difficulté de déglutition, la cachexie par inanition.

S'appuyant sur l'examen œsophagoscopique de 450 cas, Guisez croit que la pathogénie de cette affection est toujours la même.

Dans tous les cas récents observés, il note toujours du spasme au niveau ou au voisinage du cardia. Il semble s'agir d'un phrénospasme dû, à l'origine, à une mauvaise déglutition d'aliments mal mastiqués. L'évolution peut se faire, soit vers des phénomènes inflammatoires dus à l'œsophagite et vers un *véritable rétrécissement fibro-cicatriciel* de l'œsophage, soit vers la formation d'une *grande dilatation sus-jacente*. Les parois se laissent alors distendre sous la pression des aliments et des mouvements péristaltiques. Les parois de l'œsophage retombent inertes, en état de parésie. C'est en somme une distension mécanique sans véritable sténose de l'œsophage.

Quelques formes anormales du cancer de l'œsophage. (J. GUISEZ. *Soc. des chir. de Paris*, 18 nov. 1927.)

Considérations sur l'état actuel du traitement du cancer de l'œsophage. (TRUFFERT. *Phare méd.*, nov.-déc. 1927, n° 64.) — La dérivation du bol alimentaire, la gastrostomie, dont on faisait autrefois une opération tardive, indiquée seulement au stade d'inanition prononcée et comme telle, opération grave, doit être pratiquée aussi précocement que possible et elle devient ainsi une opération bénigne. La gastrostomie précoce donne pour le cancer de l'œsophage des prolongations identiques à celles que l'on obtient par la dérivation des matières dans l'évolution du cancer du rectum.

Il faut ajouter à cette opération l'usage habituel de la belladone pour diminuer le spasme et la sécrétion salivaire irritante.

Directives du traitement du cancer de l'œsophage. (JEANNENEY. *Concours méd.*, 23 janv. 1927.) — *Traitement chirurgical.* — L'œsophagectomie cervicale est rarement possible. De même l'œsophagectomie thoracique ne donne pas de meilleurs résultats. La gastrostomie reste la base de la chirurgie palliative du cancer de l'œsophage.

La radiothérapie a été tentée avec application par plusieurs portes d'entrée. Mais, malgré quelques améliorations passagères, elle n'a pas résolu la question du traitement du cancer œsophagien.

Les résultats de la curiethérapie n'ont guère été plus brillants. Il faut la faire précéder de la gastrostomie. Elle peut être appliquée, soit par voie interne, soit par voie externe (de Nabias).

Le rôle du médecin est très important: alimentation rectale complémentaire, antispasmodiques, sédatifs (bromure, chloral, morphine), alimentation liquide (laitages, jus de viande, sucres, gelées), usage de l'arsenic, des sels de magnésie et de cuivre.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Résultats. (J. GUISEZ. *Soc. de méd. de Paris*, 25 fév. 1928.)

La sensation de brûlure continue de l'estomac et de l'œsophage et son traitement. (G. DURAND. *L'Hôpital*, avril 1928, n° 212 *bis*.) — A côté de la brûlure paroxystique, rythmée par les repas, forme la plus fréquente, et qui est l'indice d'un spasme du pylore, on peut noter moins souvent une sensation de brûlure continue, phénomène morbide toujours prépondérant et souvent exclusif. Cette brûlure siège le plus souvent à la fois à l'œsophage et à l'estomac. Elle existe dès le réveil et dure toute la journée, calmée à peine par les repas. Elle est exaspérante par sa continuité durant des semaines, des mois et même des années. Tous les malades qui sont atteints de ce trouble sont des nerveux, des émotifs et même des anxieux. L'examen du suc gastrique et l'examen radiologique ne révèlent rien d'anormal. On pourrait expliquer ce trouble par la notion de gastronévrite, d'œsophagonévrite; pour d'autres malades c'est là l'indice d'un état cénestopathique ou une simple représentation mentale. Le traitement utilisera les médications calmantes : bromure, valériane, gardénal, l'hydrothérapie; l'emploi fractionné et répété des poudres inertes, bismuth, kaolin, alumine, l'huile d'olive, la gélobarine, la poudre de charbon, le nitrate d'ar-

gent sous forme de pilule à 0g01 une demi-heure avant les trois repas.

Prénospasme ou cardiospasme dans les mégaœsophages. (GUNS. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1927, n° 10.)

II. ESTOMAC ET DUODÉNUM

Dyspepsies.

Le symptôme « brûlure » en pathologie digestive. (FAROY. *Concours méd.*, 20 nov. 1927.) — Bien que les brûlures œsophagiennes ou gastriques soient journellement considérées comme des signes d'hyperchlorhydrie ou d'ulcus, elles appartiennent bien plus fréquemment aux dyspepsies réflexes, aux affections intestinales ou hépatiques, aux ptoses. En somme, la brûlure est un symptôme banal. Les sensations de brûlure attribuées à l'estomac doivent être le plus souvent localisées au plexus solaire. Le point de départ de la brûlure peut être une congestion du foie, une cholécystite, une gastrite, un ulcus, un cancer, un allongement de l'estomac. Il s'agit d'une gastro-névrite ou d'une entéro-névrite (colites, stase intestinale, appendicite, peuvent alors être en cause).

Comment conduire le traitement d'un dyspeptique. (PASCAULT. *Vie méd.*, 10 mai 1928, n° 9.) — La dyspepsie n'est bien souvent qu'un symptôme dont le traitement sera fréquemment inefficace si l'on ne s'adresse pas en même temps à la cause qui a provoqué ou qui entretient les troubles gastriques.

La ration et la mastication sont plus importantes que le régime même.

Deux éléments sont à combattre dans la dyspepsie hyperchlorhydrique : la sécrétion exagérée d'HCl et l'apéptit du malade. Il faut rationner la viande, le sel, les épices. Donner enfin des alcalins. Dans la dyspepsie hyposthénique, il faut au contraire réveiller la musculature gastrique paresseuse et l'appétit du malade. Donner des stimulants gastriques : eau de Vichy ou de Pougues, amers, boldo, etc.

S'il y a des fermentations gastriques, conseiller le charbon, l'acide phosphorique, les fluorures, la camomille, l'anis, la liqueur ammoniacale anisée, etc.

S'il y a des fermentations intestinales, écarter les légumes secs, les crudités, le lait, les œufs, et donner du charbon, des silicates, des vaccins, etc.

Si la dyspepsie est compliquée de ptose, stimuler l'estomac par un régime riche en viande rouge, manger peu et souvent, se reposer couché avant et après les repas; il faut aussi stimuler l'intestin, le foie, et corriger la ptose par une bonne sangle.

Il faut surtout apprendre au dyspeptique une mastication lente, méthodique et complète.

Enfin, pour guérir la *dyspepsie avec aérophagie* il faut apprendre au malade à ne pas avaler de l'air mal à propos, il faut calmer la sensibilité d'un estomac irrité et apprendre à évacuer les gaz. Ainsi on se débarrassera de la tachyphagie et de l'aérophagie avec de la patience et de la persévérance.

Quelques considérations sur l'allongement vertical de l'estomac. (FAROY. *Monde méd.*, 1er nov. 1927, n° 718.) — L'allongement vertical de l'estomac est loin d'être une affection banale. La possibilité de crises fort douloureuses, de tractus hépatiques et duodénaux sérieux, de gastrite grave, pouvant aboutir à l'ulcus doivent retenir l'attention et montrent toute l'importance du diagnostic radiologique, de l'étude du chimisme gastrique et d'un traitement précoce.

Une thérapeutique dirigée contre l'atonie gastrique, l'hyperchlorhydrie, les douleurs solaires et les troubles hépatiques, un régime approprié seront à mettre en œuvre. Mais il faut avoir aussi recours à la gymnastique abdominale, aux cures d'engraissement, au port d'une sangle antiptosique.

Quant au traitement chirurgical, il est loin d'avoir fait ses preuves et ne sera mis en œuvre qu'en cas de pyloro-duodénite grave et d'ulcère concomitant.

Une variété particulière de biloculation gastrique : la distension de l'arrière-fond tubérositaire. (MACAIGNE et BAIZE. *Presse méd.*, 5 mai 1926, n° 36.)

Le traitement des gastrorragies d'origine ulcéreuse. (LE NOIR et LIÈGE. *Concours méd.*, 1er avril 1928.) — Le malade sera mis au repos complet, physique et moral. Alitement avec de la glace sur l'estomac et une piqûre de morphine au besoin.

En cas d'anémie aiguë posthémorragique, on aura recours à la transfusion du sang.

La diète sera absolue pendant vingt-quatre heures, puis on commencera par de l'eau hypersucrée.

Divers hémostatiques peuvent être utilisés : sérum de Dufour et Le Hello, chlorure de calcium. Que penser d'une intervention chirurgicale? La plupart des chirurgiens reconnaissent que le traitement médical est le meilleur.

De la pyloro-duodénite. (BOUCHUT et RAVAULT. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 nov. 1926.)

L'autohémothérapie dans le traitement de l'ulcère gastrique. (CERF. *Bruxelles méd.*, 6 nov. 1927.) — La notion nouvelle du rôle essentiel de l'infection dans l'évolution de l'ulcus gastrique a inspiré de nouvelles orientations dans la thérapeutique de cette affection. La vaccinothérapie et la protéinothérapie ont été utilisées.

L'auteur préfère l'auto-hémothérapie : ponction veineuse de 10 à 20 centimètres cubes de sang que l'on réinjecte, citraté ou non, dans la région fessière. On répète cette injection tous les deux ou trois jours. Une dizaine d'injections amène la cessation des troubles gastriques.

La douleur cède la première, puis les troubles dyspeptiques. Le malade pourra ainsi reprendre peu à peu son alimentation. Par cette méthode, il ne faut pas espérer une guérison définitive, mais la sédation rapide de la douleur avec disparition de la poussée congestive au niveau du foyer de l'ulcus.

Guérison médicale sous contrôle radiologique des ulcères cavitaires de l'estomac. (MOUTIER et PORCHER. *Presse méd.*, 7 sept. 1927, n° 72.) — Pour les auteurs, les ulcères cavitaires sont ceux qui s'injectent sous l'écran radioscopique. La guérison de ces ulcères par le traitement médical est fréquente, en un temps plus ou moins long, selon l'intensité de la lésion et de l'infection pariétale. La guérison s'obtient entre six semaines et six mois.

Repos et régime, bismuth et atropine permettent d'obtenir ce résultat. Pour la guérison rapide des ulcus, la formule bismuth-atropine surpasse toute autre thérapeutique. C'est seulement dans certains cas d'ulcères de la petite courbure que la résistance au traitement médical, la récidive ou les hémorragies, une menace de perforation, la périgastrite poseront l'indication du traitement chirurgical. Il va de soi que ce traitement préconisé ne donne son plein effet qu'avec les ulcères situés à distance du pylore.

De la conservation de l'appétit et de la boulimie dans le cancer de l'estomac. (LENOIR et LIEGE. *Progrès méd.*, 25 juin 1927.)

Pour guérir le cancer d'estomac. (PAUCHET. *Vie méd.*, 25 nov. 1927, n° 29.) — Pour guérir le cancer gastrique, il faut une exérèse précoce, donc un diagnostic précoce. Tout cancer soupçonné nécessite une laparotomie exploratrice immédiate; 80 p. 100 des cancers d'estomac sont greffés sur des ulcus gastriques chroniques.

La gastrectomie pour ulcus ne donne que 2 à 3 p. 100 de mortalité. La gastrectomie pour cancer donne 20 p. 100 de mort et les récidives sont habituelles. Le pronostic du cancer

d'estomac est donc grave. Comment soupçonner un cancer gastrique au début? Apparition rapide et sournoise des troubles gastriques, sensation après les repas de plénitude stomacale à laquelle succèdent des malaises, des nausées, l'inappétence, la fatigue générale, l'amaigrissement, l'abaissement de la pression artérielle. Il faut y ajouter : l'hypoacidité gastrique, la présence d'acide lactique dans l'estomac, les modifications radiologiques (diminution de souplesse des parois, retard à l'évacuation, paresse du péristaltisme). En cas d'hésitation, ne pas attendre, mais pratiquer la boutonnière exploratrice.

Les troubles gastriques des tuberculeux. (COURCOUX et GODEL. *Pratique méd. franç.*, fév. 1928, n° 2.)

La réplétion tardive de la dernière anse grêle, signe d'un trouble évacuateur de l'estomac. (ENRIQUEZ et G. DURAND. *Phare méd.*, nov.-déc. 1927, n° 64.)

Un cas de tumeur mycosique de l'estomac. (LION. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 nov. 1927.)

L'auscultation du pylore. (Noël FIESSINGER. *Journ. des prat.*, 18 juin 1927.) — Pour ausculter le pylore, il faut un sthétoscope bi-auriculaire d'un type spécial; les tuyaux doivent être en caoutchouc souple; le pavillon est appliqué à droite de la ligne médiane, un peu en haut et à droite de l'ombilic; le malade doit être en position couchée et en résolution musculaire parfaite. Les bruits d'auscultation du pylore sont discrets et espacés; ils sont dus au passage de l'onde liquide à travers le rétrécissement pylorique.

L'alimentation duodénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (VAN DE PUTTE. *Progrès méd.*, 11 sept. 1926.)

Traitement de certaines migraines par les tubages duodénaux. Indications. Résultats. (P. VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin 1927.)

A propos d'un cas de biloculation médiogastrique. (PAUCHET et HIRCHBERG. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1927, n° 7.)

Diagnostic clinique et radiologique de l'ulcère peptique postopératoire. (GUTMANN et JAHIEL. *Soc. de gastro-entérol.*, 14 nov. 1927.)

Syndrome clinique et radiologique d'ulcère du canal pylorique sans substratum anatomique à l'intervention chirurgicale. (BÉCLÈRE, MOUTIER et PORCHER. *Soc. de gastro-entérol.*, fév. 1928, n° 2.)

Un cas de polypes multiples de l'estomac. (LAMAS. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mars 1928, n° 3.)

III. FOIE ET VOIES BILIAIRES

Sur un mode de formation des calculs biliaires. (H. DUFOUR. *Monde méd.*, 15 janv. 1928, n° 723.) — Dans un grand nombre de cas, le centre de formation des calculs doit être recherché en dehors de la vésicule et reporté au niveau de loges diverticulaires en communication plus ou moins large, mais directe avec la lumière des canaux biliaires. C'est donc dans un diverticule, ou mieux une loge, que se forme le calcul à facettes le plus souvent. A un moment donné, le calcul quitte la loge. Une nouvelle opération de moulage lithiasique va recommencer et l'expulsion de ce nouveau calcul se fera à son tour. Ceci explique le mode de formation des facettes disposées toutes de façon semblable.

L'origine de ces loges peut être, soit congénitale, soit infectieuse, soit mixte.

La cholécystographie, nouvelle méthode d'examen et d'étude de la vésicule biliaire. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Journ. de diététique*, 15 juillet 1928, n° 3.) — La méthode a été étudiée en 1924 par Graham et Cole pour faire le diagnostic des affections de la vésicule biliaire. Elle est basée sur l'élimination exclusive par le foie de certaines substances renfermant du phénol et sur la concentration par la vésicule de la bile qu'elle contient. Il y a deux voies principales d'administration du tétra-iode, sel le plus communément employé aujourd'hui : la voie veineuse et la voie buccale. Cette dernière, d'application plus facile et sans danger, répond aux besoins de la majorité des cas.

Cette méthode est contre-indiquée chez les cardiaques, dans l'angiocholite et l'ictère chronique.

Au repas de la veille au soir précédant l'examen, le malade prendra en plusieurs fois, au cours d'un repas léger sans graisses, douze à quinze pilules de tétra-iode, constituant une dose de 2g50 à 3g50. Il restera ensuite à jeun jusqu'au premier examen radiographique qui sera fait le lendemain matin à 9 heures. Un deuxième cliché sera pris à midi. Quels sont les renseignements obtenus? Trois cas :

1. *Il y a une ombre vésiculaire nette*, homogène et régulière, de dimension plus ou moins grande. C'est le type de vésicule normale.

2. *Il n'y a pas d'ombre vésiculaire*, on peut invoquer l'insuffisance hépatique, une occlusion du canal cystique, une lésion vésiculaire (atrophie ou altération de la muqueuse).

3. Des ombres peu nettes peuvent être observées sur l'ombre de la vésicule. Il s'agit souvent de calculs.

Des ombres déformées peuvent être produites par l'existence d'une péricholécystite.

L'association du repas opaque à la cholécystographie présente un intérêt capital, en permettant de mettre directement en évidence les rapports gastro-duodénaux et vésiculaires et de faciliter ainsi le diagnostic des adhérences entre ces viscères.

Cholécystite et appendicite chroniques. (F. RAMOND et PARTURIER. *Presse méd.*, 1926, n° 45.)

Du drainage de la vésicule biliaire par tubage duodénal chez les migraineux. (BLAMOUTIER. *Soc. de thérap.*, 12 oct. 1927.)

Le traitement des cirrhoses. (G. LYON. *Bull. méd.*, 29 oct. 1927.) — La *cirrhose alcoolique* non ascitique sera traitée par le régime et par la suppression de toutes les boissons alcooliques. On pourra prescrire au début une diète hydrique de trois jours, puis le régime lacté absolu pendant dix à quinze jours avec repos au lit. Puis on permet le régime lacto-végétarien. Au point de vue médicamenteux, on pourra prescrire du phosphate de soude, du benzoate de soude, de l'opothérapie hépatique.

A la phase ascitique, repos au lit, régime lacté et lactose, puis raisin, compotes seront permis. On donnera aussi des diurétiques (théobromine) et des purgatifs. Le calomel, les injections intraveineuses de cyanure de mercure (0g01 par jour) ont donné de bons résultats.

Les *cirrhoses syphilitiques* sont justiciables, non des arsenobenzols toxiques pour le foie, mais des injections veineuses de cyanure, par séries de quinze par mois. En même temps, on donnera 2 à 4 grammes d'iodure de potassium.

Quant à la *cirrhose tuberculeuse*, on la traitera de la même façon que la cirrhose alcoolique.

L'exploration des fonctions hépatiques dans la pratique courante. (LANGERON. *La Clinique*, mai 1928.)

L'exploration des fonctions hépatiques par quelques méthodes récentes. (ROUILLARD. *Revue de méd.*, janv. 1928.) — On peut tirer de ces articles les éléments pratiques suivants :

1. *Le foie sanguin.* — Fonctions hématopoïétique et hématolytique du foie : étude de la coagulation du sang (normalement dix à quinze minutes), étude du temps de saignement

(deux à quatre minutes), numération des globules rouges et des hématoblastes, dosage de l'hémoglobine, du fer; constatation des hémorragies faciles.

2. *Le foie et les hydrates de carbone.* — Fonctions glycopexique et glycolytique du foie. L'insuffisance de ces fonctions se traduit par l'hyperglycémie et la glycosurie. On pratiquera cette recherche de la glycopexie par l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Normalement, un adulte à jeun peut ingérer 200 à 250 grammes de glucose sans glycosurie ni hyperglycémie notable. Pour la glycolyse, une injection de 1 centimètre cube d'adrénaline à 1 p. 1.000 met normalement en liberté une quantité de sucre suffisante pour que celui-ci augmente la glycémie et apparaisse dans l'urine. Sinon il y a insuffisance glycolytique. En réalité, tous ces faits sont d'interprétation plus difficile, il faut faire entrer en ligne de compte d'autres éléments : insuffisance du pancréas, troubles disthyroïdiens, hyperactivité surrénale et sympathique, etc., l'hypophyse.

3. *Le foie et les graisses.* — Fonctions adipopexique, adipogénétique et adipolytique du foie. Quand ce cycle est vicié, on voit l'obésité ou la maigreur, et surtout l'acidose. Chercher la lipémie et la lipurie.

4. *Le foie et les matières protéiques.* — Fonction protéopexique du foie qui fixe, puis qui transforme les albuminoïdes en urée par désamination, en acides sulfo-conjugués par conjugaison avec le soufre.

L'insuffisance de fixation explique l'anaphylaxie digestive. L'insuffisance de transformation et d'élimination jouent un rôle dans la goutte, l'asthme, la migraine, etc. Epreuve du choc hémoclasique (leucopénie et hypotension en cas d'insuffisance protéopexique). Etude des troubles de transformation en étudiant dans le sang et dans l'urine la proportion des éléments azotés : coefficient azoturique (normal 0,80), azotémie, dosage de l'azote résiduel, etc.

5. *Le foie biliaire.* — Le foie sécrète la bile, les acides biliaires, la cholestérine, les sels biliaires. De là toute une série de recherches : analyse des urines, réaction de Gmelin et recherche de l'urobiline pour les pigments, réactions de Hay et de Pettenkoffer pour les sels, réaction de Triboulet pour recherche de la stercobiline, tubage duodénal, dosage de la cholestérine dans le sang, recherche du taux de la bilirubine dans le sang, etc.

6. *Fonction antitoxique du foie*, vis-à-vis des poisons endogènes et exogènes : le déficit de cette fonction se traduit par le syndrome toxique de l'insuffisance hépatique, ictère grave, hémorragies, troubles nerveux.

Pour explorer cette fonction, on peut s'adresser à l'épreuve de la glycuronurie provoquée, ou chercher le pouvoir fixateur du foie sur les matières colorantes (bleu de méthylène, salicylate de soude, épreuve du rose bengale de Fiessinger).

7. *Métabolisme du soufre.* — Le taux du soufre oxydé urinaire est très abaissé dans les hépatites, cirrhoses, ictère grave. La thiémie, ou richesse en soufre du milieu sanguin, est modifiée dans ces cas.

Les fausses tuberculoses d'origine cholécystique. (TRIBOULET. *Journ. méd. et chir. prat.*, 25 mars 1928.)

IV. — AFFECTIONS DU CARREFOUR CÆCO-APPENDICULAIRE

Coliques appendiculaires, coprolithes et appendicite gangréneuse. (MÉTIVET. *Presse méd.*, 21 déc. 1927.) — L'auteur pense qu'il existe des appendices à lumière large et habités par des matières transformées en scyballes. La présence de ces scyballes provoque des contractions violentes de l'appendice, contractions à tendance expulsive; ce qui se traduit par l'existence de coliques appendiculaires. La gangrène appendiculaire paraît liée très souvent à la présence de ces calculs stercoraux dans l'appendice.

Chez tout individu atteint de ces coliques appendiculaires, l'ablation de l'appendice s'impose, comme traitement préventif de l'appendicite gangréneuse.

Les appendicites chroniques avec pus dans l'appendice. (G. LAROCHE. *Presse méd.*, 18 fév. 1928.) — Il est impossible en cas d'appendicite chronique de différencier les cas qui resteront bénins de ceux qui peuvent être graves. L'auteur publie 4 observations d'appendiculaires chroniques, à l'opération desquels on trouve du pus dans l'appendice ou une ulcération de la muqueuse avec infection polymicrobienne, alors qu'aucun symptôme ne permettait cliniquement de prévoir ce pus ou cette ulcération. L'opération systématique est donc l'opération.

Sur trois formes anormales d'appendicite. (PÉRAIRE. *Soc. des chir. de Paris*, 1927, n° 12.)

Les complications urinaires de l'appendicite. (G. LAROCHE. *Informat. méd.*, janv. 1928, n° 1.)

Les pleurésies à point de côté abdominal pseudo-appendiculaire. (E. SERGENT. *Clin. et labor.*, 20 oct. 1926. Conférence faite à la Charité.)

Occlusion intestinale après appendicectomie. (MAISONNET. *Soc. de chir.*, 30 mai 1928.)

Les surprises de l'appendicite chronique. (LETULLE. *Presse méd.*, 14 déc. 1927.) — L'auteur signale trois sortes d'appendicite à surprise :

Les unes comprennent des appendicites cliniquement bénignes, et cependant, l'examen histologique révèle sur des coupes pratiquées à plusieurs hauteurs des lésions graves, insoupçonnées, et même des petits abcès situés entre la muqueuse ulcérée et le péritoine. La perforation menaçait dans ce cas.

Dans d'autres cas, une opération d'urgence pour appendicite aiguë compliquée de péritonite partielle, montre un appendice dur, entouré de fausses membranes; et cependant à l'incision du canal appendiculaire on ne trouve que des lésions insignifiantes, quelques ecchymoses. Histologiquement, on trouve d'innombrables lymphatiques bourrés de leucocytes.

Troisième genre d'appendicite à surprise, l'appendicite grenouillette décrite par Nélaton. En résumé, ces surprises de l'appendicite chronique réclament une intervention chirurgicale, pour éviter les complications ultérieures graves.

Appendicite et grossesse (VAUDESCAL. *L'Hôpital*, av. 1928.)

Les appendicites qui simulent un néoplasme. (LAURENCE. *Journ. des Prat.*, 21 mars 1928.)

Coup d'œil d'ensemble sur la séméiologie et le diagnostic de l'appendicite chronique. (GUTMANN. *Conc. méd.*, 27 nov. 1927.)

La tuberculose isolée des ganglions lymphatiques abdominaux. (KLEIN. *Rev. de la tuberculose*, juin 1927.)

Dextrites et voiles de Jackson. (TUSSAU. *Renaissance méd. chirurg.*, juin 1928.)

Epiploïtes chroniques. (WALTHER. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1927.) — L'auteur étudie spécialement l'épiploïte chronique liée à l'appendicite et à la colite chroniques. Les lésions anatomiques vont depuis la simple coloration rosée jusqu'aux plaques granitées ou nacrées. La sclérose de l'épiploon provoque des troubles analogues à ceux des adhérences.

L'épiploïte ne modifie pas les symptômes de l'appendicite, la douleur lombaire semble cependant plus accentuée, les poussées de déséquilibre intestinal sont plus fréquentes.

A l'examen, c'est dans l'angle colique droit que la douleur est la plus marquée. On note souvent aussi la dilatation, le

ballonnement du cæcum, la stase cæcale. Le flanc interne du côlon ascendant donne une sensation de résistance, d'empâtement.

Il faut toujours penser à l'épiploïte au cours de l'examen clinique comme au cours de l'opération sur l'appendice. L'amélioration après l'ablation de l'épiploïte est lente, la guérison lointaine. L'intestin reste longtemps sensible et les poussées de colite sont assez fréquentes pendant quelques mois.

Le syndrome abdominal folliculaire et son traitement. (P. Descomps. *Monde méd.*, 15 juil. 1927.) — Le côlon droit (cæcum, appendice, côlon ascendant, angle droit du côlon) ont une sous-muqueuse riche en follicules, qui constituent une sorte de barrage différencié dans une partie de l'intestin très riche en produits toxiques. Aussi l'auteur range-t-il sous le nom de syndrome folliculaire abdominal, tous les états polymorphes de la région abdominale inférieure droite.

Le fléchissement du barrage folliculaire s'accompagne d'abord de réactions locales atténuées, puis de troubles fonctionnels secondaires : stases, déformations par distension, ptoses cæco-coliques. Puis il survient de la toxémie entraînant des troubles d'ordre général, toxines qui réagissent sur le système nerveux intestinal et solaire, puis sur les centres sympathiques médullo-bulbaires.

Les péricolites chroniques. (Lardennois et Silhol. *XXXVIe Congrès de l'assoc. franç. de chir.*) — Le compte rendu détaillé de ces rapports a été publié dans la *Gazette des hôpitaux.*

Contribution au diagnostic de l'appendicite chronique. (Routkewitsch. *Arch. mal. app. dig.*, janv. 1928, n° 1.)

Le traitement de certaines affections douloureuses de l'abdomen par les irradiations locales de chaleur et de lumière rouge. (Ed. Antoine et Gressard. *Gaz. des hôpit.*, 10 déc. 1927, n° 99.)

V. — COLONS ET RECTUM

Les diarrhées des tuberculeux et leur traitement. (Villaret et Justin-Besançon. *La science méd. prat.*, déc. 1926, n° 6.) — Les diarrhées des tuberculeux présentent un problème de clinique et de thérapeutique extrêmement complexe.

Il faut savoir démêler d'abord si l'on a affaire à une diarrhée non spécifique chez un tuberculeux, mais un tel examen ne saurait être superficiel, seules des explorations cliniques, radiologiques et coprologiques, pratiquées méthodiquement, permettent de préciser la cause exacte de la diarrhée et de la traiter en conséquence.

Trois grands groupes sont ainsi étudiés par les auteurs dans les diarrhées bacillaires :

1° Les diarrhées organiques,
2° Les diarrhées fonctionnelles,
3° Les diarrhées de cause extrinsèque.

Cette distinction est très utile au point de vue thérapeutique : s'il est illusoire de tenter la guérison d'une ulcération tuberculeuse de l'intestin, il est au contraire très important, en ce qui concerne le malade, de pouvoir le soulager de sa diarrhée lorsqu'il est possible d'assigner à celle-ci une origine principalement fonctionnelle.

Physicothérapie clinique de l'intestin. (J. Rivière. *La méd. internat.*, août 1927, n° 8.)

Les entérorragies au cours du cancer du côlon. (Savy et Delore. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juil. 1927, n° 181.) — La constatation d'une hémorragie intestinale occulte ou discrète est un fait relativement banal chez un sujet qui, par ailleurs, présente des douleurs intestinales, de la constipation entrecoupée de diarrhée, des troubles dyspeptiques, de l'amaigrissement, et chez lequel la palpation abdominale ou l'exploration rectale ainsi que la radiologie confirment le diagnostic de cancer du côlon.

Plus intéressant est le cas où se produit un véritable écoulement de sang pur indépendamment de toute autre manifestation de cancer. Il arrive que l'hémorragie domine la scène clinique, permettant d'individualiser une variété hémorragique de néoplasme du côlon.

Tantôt l'hémorragie doit son caractère original à la précocité de son apparition, qui en fait un symptôme prémonitoire, autonome, précédant parfois de plusieurs mois les autres signes du cancer. Cette éventualité est particulièrement intéressante pour le diagnostic. Une entérorragie isolée doit faire penser à un cancer latent. Pour l'intestin cancéreux comme pour le poumon tuberculeux, l'hémorragie peut être un symptôme d'alarme. Tantôt c'est par son abondance que le saignement vient se mettre au premier plan; tantôt par sa répétition qui peut aboutir à une anémie grave. Celle-ci peut mettre le malade dans des conditions défavorables, qui peuvent contre-indiquer même une opération.

Les formes vésiculo-cholédociennes pseudo-lithiasiques de l'amibiase. (Bouchut et Croizat, *Journ. de méd. de Lyon*, juil. 1927, n° 181.)

Mégacôlon. Son traitement par la sympathicectomie. (Tierny. *Gaz. des hôp.*, fév. 1928, n° 13.)

Contribution à l'étude de la stase intestinale chronique. (Chiray et Lebon. *Presse méd.*, 25 mai 1927.)

Constipation dite atonique traitée par la spondylothérapie. (Baumann. *Soc. de méd. de Paris*, 26 mars 1927.)

Traitement des typhlocolites par l'autovaccination par voie buccale. (Gaelhinger. *Paris méd.*, 9 juil. 1927.) — La notion de typhlocolite est inséparable de celle d'infection. Cette infection est due à l'exaltation des microbes intestinaux, sous l'influence de conditions variables (infections répétées, insuffisances digestives sécrétoires, troubles de l'évacuation gastro-duodénale).

Dans d'autres cas, l'infection est d'origine sanguine, comme le pense Sanarelli. Depuis quatre ans, l'auteur emploie la vaccination par voie buccale dans le traitement de ces infections intestinales : il faut demander au laboratoire de préparer un autovaccin ayant poussé pendant huit jours et comprenant non seulement le coli et l'entérocoque, mais aussi d'autres microbes comme le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le protéus, etc.

Il faut aussi faciliter l'absorption du vaccin par l'administration, vingt minutes avant, d'une pilule de bile ou d'un verre d'eau de Châtelguyon.

L'amélioration obtenue est rapide, mais pour la maintenir, il est nécessaire de renouveler de temps à autre la vaccination.

La vaccination préopératoire. (Mornard. *Presse méd.*, 2 nov. 1927, n° 88.)

Quelques remarques sur les recto-colites hémorragiques et leurs traitements. (Bensaude et Oury. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1927.)

Traitement des hémorroïdes par l'électro-coagulation. (Durand-Boiléard. *Soc. méd. des prat.*, 20 oct. 1927.)

Conduite générale de la fibrose curative des hémorroïdes. (Delater. *Gaz. méd. de Paris*, 15 juin 1927.) — Il s'agit là de deux méthodes médicales de traitement curatif des hémorroïdes :

M. Durand-Boiléard publie ses résultats obtenus dans le traitement ambulatoire des hémorroïdes et du prolapsus hémorroïdaire par l'électro-coagulation diathermique. L'auteur se sert du diélectrique souple de Bordier avec aiguille ordinaire pour traiter d'abord la muqueuse. Ceci ne demande aucune anesthésie. Le traitement des lésions profondes néces-

site l'anesthésie régionale. Au bout de quatre à six séances espacées, on obtient une destruction complète du prolapsus de la muqueuse rectale.

Delater traite les hémorroïdes par les injections sclérosantes, qui, d'après l'auteur, oblitèrent les hémorroïdes non pas en les thrombosant, mais en accolant leurs parois sans provoquer la formation d'un caillot.

Les indications sont : procidence réductible, hémorragies, douleurs. Les contre-indications : compression sur le trajet des veines hémorroïdales par une tumeur, un gros foie, une cirrhose, etc. La sphinctéralgie et la fissure doivent être traitées par la haute fréquence. L'injection de la solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 p. 100 se fait non dans le bourrelet procident, mais au-dessus des bourrelets, dans la zone de congestion hémorroïdaire qui les sépare de la muqueuse saine. On injecte donc dans les espaces interstitiels et la rétraction qui s'y produit jusqu'à la marge de l'anus chasse l'œdème et nivelle les bourrelets.

Les injections sont répétées de huit jours en huit jours et seront combinées avec un traitement général circulatoire et un régime approprié.

La conduite à tenir en présence des hémorroïdes procidentes irréductibles. (BENSAUDE, CAÏN et MEYER. *Journ. des prat.*, 29 oct. 1927.) — La réduction pourra souvent être obtenue par la seule manœuvre manuelle. Si cette manœuvre est impossible, les auteurs conseillent les applications de diathermie, méthode toujours indolore, sans danger, permettant d'obtenir un soulagement presque immédiat, diminuant le volume des hémorroïdes, et abrégeant la durée de la crise douloureuse.

Sigmoïdo-diverticulose et sigmoïdo-diverticulite. (CAWADIAS. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1927, n° 7.)

Instabilité de la flore intestinale. (J.-Ch. ROUX et GOIFFON. *Soc. de gastro-entérol.*, 11 juillet 1927.)

Essai de traitement des périviscérites. (GOSSET, GUTMANN et JAHIEL. *Soc. de gastro-entérol.*, 11 juillet 1927.)

Les plexalgies iliaques gauches. (SAVIGNAC et MARESCHAL. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, nov. 1927, n° 9.)

VI. DIVERS

Prophylaxie et traitement des accidents pulmonaires postopératoires. (WEILLER. *Acad. de méd.*, 20 déc. 1927.)

De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique et à haute dose comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication dans les occlusions du tube digestif. (GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS. *Presse méd.*, 7 janv. 1928.)

Un cas de péritonite biliaire. (BARBIER. *L'Œuvre méd.*, avril 1928, n° 4.)

Les anaphylaxies digestives étagées. (LOEPER. *Journ. de diététique*, 15 juin 1928, n° 2.)

Traitement des périviscérites abdominales tuberculeuses. (BOLTANSKI. *L'Hôpital*, juin 1928.)

Traitement de l'infection intestinale. (GAELHINGER et BÉCART. *Science méd. prat.*, avril 1928.)

Traitement de l'oxyurase chez l'enfant. (GIRAUD. *Revue méd. de France et des colonies*, août 1927.)

Trois cas de diarrhée grave à allure de sprue. Etude de cette affection. (Ed. ANTOINE. *Soc. de gastro-entérol.*, 14 nov. 1927, et *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janv. 1928, n° 1.)

Quelques conditions de préparation et d'administration d'auto-vaccins efficaces contre les colites. (SURMONT et BUTTIAUX. *Soc. de gastro-entérol.*, 13 fév. 1928.)

L'acidose postopératoire. (LABBÉ. *Soc. de gastro-entérol.*, 13 fév. 1928.)

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE INTESTINALE [1]

3. LES COLOTYPHLITES DES TUBERCULEUX, si fréquentes, et qui cèdent bien au traitement médicamenteux et au régime appropriés.

4. Enfin, il est souvent difficile de faire la part d'une atteinte surrénale ou solaire dans la genèse des phénomènes gastro-intestinaux.

Chez un tuberculeux cachectique, il faut penser à la *dégénérescence amyloïde* de l'intestin, examiner le foie, la rate, le bocal d'urines.

Chez un sujet dont les lésions pulmonaires sont d'une activité discutable, le diagnostic peut être très difficile, et on envisage les diverses causes d'*entérites* : entérites infectieuses, parasitaires (dysenterie), diarrhée des dyspeptiques, des hépatiques, diarrhées toxiques, etc. Le diagnostic est fait ici par l'analyse clinique, les examens de laboratoire, la présence possible d'amas de bacilles de Koch dans les selles.

En résumé, diagnostic facile chez le tuberculeux avancé, diagnostic délicat chez le tuberculeux au début ou bien stabilisé. *Insister sur l'importance d'une température subfébrile tenace, d'un amaigrissement, de troubles intestinaux rebelles chez ce malade dont les lésions pulmonaires sont en bonne voie.*

B. **Forme entéro-péritonéale.** — Il faut toujours, en présence d'une péritonite ulcéro-caséeuse, rechercher l'entérite tuberculeuse qui assombrit encore le pronostic. Très souvent il s'agit d'une :

Forme entéro-péritonéale limitée à la fosse iliaque droite donnant un EMPATEMENT de la fosse iliaque droite.

Eliminer :

Appendicite. — Diagnostic parfois difficile, mais en général dans la tuberculose :

Diarrhée concomitante ;

Allure subaiguë des poussées ;

Pas de résolution de cet empâtement entre les crises.

Chez le tuberculeux, deux diagnostics :

Abcès froid pottique ;

Tuberculose péritonéale simple ? ou compliquée d'entérite tuberculeuse ?

En cas de fistule :

Fistule pyostercorale d'appendicite banale ?

Actinomycose (induration ligneuse, fistules multiples).

II. **Tuberculose fibreuse.** — *A.* **Tuberculome cæcal.** — Au début : *Appendicite chronique.*

Plus tard, quand le tuberculome est constitué :

1. LOCALISER LA TUMEUR AU CÆCUM et éliminer les tumeurs vésiculaires, ovariennes ou salpingiennes, rénales, les ganglions iliaques.

2. IL S'AGIT D'UNE AFFECTION CÆCALE. — S'il s'agit d'un *sujet jeune*, c'est le plus souvent un *tuberculome.*

Eliminer cependant :

Stercorome avec distension cæcale.

Surtout : CANCER DU CÆCUM, mais c'est un sujet *plus âgé*, les douleurs sont moins violentes, les hémorragies plus importantes et surtout il y a plus d'*anémie*. C'est le *gros diagnostic*. Il est souvent difficile. La *laparotomie* s'impose. Parfois, seul le microscope tranche la question.

Accessoirement : *tumeurs inflammatoires*, actinomycose.

B. **Tuberculose sténosante du grêle.** — Chez un bacillaire, il est impossible de dire si sténose intestinale, ou stricture par bride de péritonite.

C. **Tuberculose du rectum.** — Cancer.

Rétrécissements d'autre origine.

D. **Appendicite tuberculeuse.** — Diagnostic impossible, nous l'avons vu, si tuberculose isolée de l'appendice. Diagnostic d'*intervention.*

TRAITEMENT

I. **Entérite tuberculeuse.** — *Essentiellement médical.*

1. **Général.** — Cure *sanatoriale*, héliothérapie abdominale, ultraviolets, traitement de la lésion pulmonaire (pneumothorax).

2. **Médication symptomatique et régime.** — *Supprimer* les médicaments irritants (huile de foie de morue, créosote, etc.).

Surveiller le régime : pas de suralimentation ni d'aliments gras, mais des aliments de digestion facile et laissant peu de résidus.

Médications : nombreuses.

Contre la diarrhée : préparation calcique, fortes doses de bismuth, antiseptiques intestinaux non irritants, astringents.

Contre la diarrhée et la douleur : opiacés. N'en pas abuser.

Le *chlorure de calcium intraveineux* (2 centimètres cubes de solution à 50 p. 100) a été récemment proposé.

Dans des cas très exceptionnels, l'EXÉRÈSE CHIRURGICALE a été pratiquée et préconisée par Burnand et Perret, *lorsque l'état pulmonaire autorise cette intervention*. Ces auteurs et d'autres depuis ont signalé des cas de guérison apparente durable, après exérèse de lésions localisées.

II. **Formes fibreuses.** — L'intervention est la seule planche de salut.

A. **Tuberculome mobile chez un sujet en bon état.** — Résection en *un temps.*

B. **Lésions légèrement fixées ou assez étendues chez un sujet fatigué, tuberculeux pulmonaire certain.** — *Résection en deux temps rapprochés.*

C. **Formes entéro-péritonéales avec fistules.** — *Exclusion et anastomose simple.*

D. **Lésions localisées au pourtour d'implantation de l'appendice.** — *Résection partielle du fond du cæcum.*

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 66, p. 1170 ; n° 68, p. 1203, et n° 70, p. 1234.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Guerre. — Décret instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du service de santé colonial :

« *Art. 1er.* — Il est institué un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux.

Ce concours est en principe annuel.

Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la Guerre, les médecins capitaines, compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours et les médecins commandants de l'armée active, présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie au moment du concours.

Le nombre des emplois à mettre au concours est fixé chaque année par le ministre.

Les conditions et le programme du concours feront l'objet d'une instruction interministérielle.

Le titre obtenu au concours est définitivement acquis.

Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux coloniaux sont tenus d'accomplir un an de service médical dans un corps de troupe dans chacun des grades de médecin capitaine et de médecin commandant.

Ils pourront, en outre, lorsque les circonstances du service l'exigeront, être rappelés ou maintenus dans tout autre service que le service hospitalier.

Art. 2. — Les professeurs et les professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, libres ou en exercice sont de droit médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux coloniaux.

Art. 3. — Le titre de spécialiste des hôpitaux coloniaux ne pourra être obtenu que par les médecins ayant déjà été reçus au concours de médecin ou de chirurgien des hôpitaux coloniaux.

Des épreuves supplémentaires dont les conditions et le programme seront fixés par une instruction interministérielle suivront immédiatement le concours annuel pour l'obtention du titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux coloniaux.

Art. 4. — Donnent lieu aux épreuves supplémentaires visées par l'article précédent les spécialités suivantes :

A. *Pour le concours de médecin des hôpitaux coloniaux.* — 1° Médecine légale et neuro-psychiatrie ; 2° bactériologie et anatomo-pathologie ; 3° dermato-vénéréologie.

B. *Pour le concours de chirurgien des hôpitaux coloniaux.* — 1° Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie ; 2° gynécologie et accouchements ; 3° urologie ; 4° orthopédie et appareillage ; 5° stomatologie-odontologie et prothèse dentaire.

C. *Pour le concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux coloniaux.* — Electrologie, radiologie, physiothérapie.

Art. 5. — Pour chaque catégorie, un jury spécial sera nommé par le ministre de la Guerre.

Chaque jury sera présidé par un médecin général inspecteur ou un médecin général des troupes coloniales appartenant de par ses titres et ses travaux à la section professionnelle pour laquelle le concours est ouvert.

Les autres membres, au nombre de quatre, comprendront : un membre civil, médecin ou chirurgien des hôpitaux civils de Paris ; un professeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; deux médecins ou chirurgiens des hôpitaux coloniaux.

Pour les épreuves supplémentaires de spécialités, le mem-

bre civil pourra être, suivant les cas : un professeur ou agrégé des Facultés de médecine ou un spécialiste (ophtalmologiste, oto-rhino-laryngologiste, radiologiste, etc.) des hôpitaux civils de Paris.

Le professeur ou agrégé des Facultés de médecine sera désigné par le ministre de l'Instruction publique sur la demande du ministre de la Guerre.

Le médecin, le chirurgien ou le spécialiste des hôpitaux civils de Paris sera désigné par voie de tirage au sort, tirage effectué par le directeur de l'Administration générale de l'assistance publique à Paris, en présence d'un représentant du Service de santé des troupes coloniales et d'un délégué du corps médical des hôpitaux de Paris.

Chaque jury aura un membre suppléant pris parmi les médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux coloniaux.

Nul ne peut être juge ou juge suppléant dans un jury spécial s'il est parent ou allié, jusqu'au sixième degré inclusivement, soit d'un autre juge, soit d'un des candidats.

Art. 6. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre de « pharmacien chimiste du Service de santé colonial ».

Ce concours est, en principe, annuel.

Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la Guerre, les pharmaciens capitaines et les pharmaciens commandants de l'armée active.

Le nombre des emplois à mettre au concours est fixé chaque année par le ministre de la Guerre.

Les conditions et le programme du concours feront l'objet d'une instruction interministérielle.

Le titre obtenu au concours est définitivement acquis.

Art. 7. — Les professeurs et les professeurs agrégés de chimie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, libres ou en exercice, et les professeurs adjoints libres ou en exercice de cette école, sont de droit pharmacien chimiste du Service de santé colonial.

Art. 8. — Un jury spécial sera nommé par le ministre de la Guerre pour chaque concours.

Il sera présidé par un pharmacien général ou à défaut par un pharmacien colonel des troupes coloniales et comprendra en outre : le professeur de chimie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales; un professeur de chimie des Facultés de pharmacie désigné par le ministre de l'Instruction publique sur la demande du ministre de la Guerre; un représentant du Service technique de la répression des fraudes désigné par le ministre de l'Agriculture sur la demande du ministre de la Guerre; un pharmacien chimiste du Service de santé colonial.

Ce jury aura un membre suppléant pris parmi les pharmaciens chimistes du Service de santé colonial.

Nul ne peut être juge ou juge suppléant dans un jury spécial s'il est parent ou allié, jusqu'au sixième degré inclusivement, soit d'un autre juge, soit d'un des candidats.

Dispositions transitoires. — *Art. 9.* — Les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels pourront se présenter au concours qui suivra la promulgation du présent décret. Ceux présents aux colonies au moment de la promulgation du décret, pourront se présenter au premier concours qui suivra leur retour en France.

A titre transitoire et en attendant la formation de médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux coloniaux et de pharmaciens chimistes du Service de santé colonial, il pourra être désigné pour faire partie des jurys de concours des professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ou des médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux militaires et des pharmaciens chimistes du Service de santé militaire. Il en sera de même pour le cas où le nombre des médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux coloniaux ou pharmaciens chimistes du Service de santé colonial présents en France, ne serait pas suffisant pour la constitution des jurys de concours. » (*J. O.*, 4 sept. 1928.)

— Le *Journal officiel* du 4 septembre 1928 publie :

1° Un décret instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux dans les catégories suivantes : médecine, chirurgie, bactériologie, électro-radiologie;

2° Un décret relatif à l'organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 23e décade (11-20 août 1928), 817 décès, au lieu de 859 pendant la décade précédente, et au lieu de 911, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 33, au lieu de 49 pendant la décade précédente (moyenne 23).

La scarlatine a causé 2 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 41; il s'élevait à 65 pendant la décade précédente (moyenne 33).

La coqueluche a causé 9 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 6).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Dufournier, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Louis Delecour (de Vermelles).

LIVRES NOUVEAUX

L'Aspergillose pulmonaire (1), par P. NICAUD.

L'étude de l'aspergillose pulmonaire a été renouvelée par les travaux récents. Dans ce mémoire, M. P. Nicaud a réalisé une mise au point de cette question qu'il a contribué personnellement à compléter en collaboration avec M. Macaigne.

Dans une première partie sont décrites les lésions de l'aspergillose pulmonaire primitive suivies de la description du parasite : l'aspergillus fumigatus. L'auteur insiste sur la rareté des lésions nodulaires qu'on a rapprochées des lésions tuberculeuses. Les symptômes et le diagnostic sont décrits et discutés.

Les recherches expérimentales et la description des formes actinomycosiques du parasite précèdent le chapitre des réactions humorales de l'aspergillose (sporo-agglutination et réactions antigéniques) basées sur les recherches de MM. Macaigne et Nicaud. La dernière partie a trait à l'aspergillose secondaire et à ses rapports avec la tuberculose. L. G.

(1) In-8 de 24 pages avec figures et 2 planches en couleurs. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES OBLIQUES ISOLÉES DE LA MALLÉOLE EXTERNE[1]

Par JEAN VUILLIÈME,
Interne des hôpitaux de Paris.

Symptomatologie. — Au point de vue clinique il n'existe pas de différence très marquée entre les deux formes de fractures obliques.

La situation plus ou moins haute de la douleur à la pression, l'existence ou non d'un diastasis tibio-péronier, orienteront le diagnostic — en l'absence de toute radiographie — vers l'une ou l'autre forme.

A. **Cependant dans les fractures obliques géniennes** (type Destot) le tableau clinique se confond presque toujours avec celui de l'entorse externe.

Il s'agit le plus souvent d'un homme jeune qui a fait une chute ou un faux-pas. Il a ressenti une vive douleur et parfois un craquement dans la région malléolaire externe; après l'accident il a cependant pu marcher (50 p. 100 des cas) en boitant.

Si l'on peut l'examiner immédiatement, avant l'infiltration des tissus périmalléolaires, on ne constate en général rien d'*anormal à l'inspection.*

Pas de déviation du pied, pas de saillie fragmentaire ou de dépression anormale au niveau du squelette.

C'*est par la palpation* qu'on fera le diagnostic de fracture. En effet au niveau de la malléole externe que l'on explorera soigneusement de bas en haut, au moyen d'un corps mousse, on constatera d'abord l'absence de douleur vive au niveau des insertions du ligament latéral externe, mais surtout la présence d'*un point douloureux très net* sur la face externe de la malléole à 4 ou 5 centimètres environ de sa pointe. L'existence de cette douleur, en un point très précis à chaque examen est un excellent signe de fracture.

Lorsqu'il existe un léger diastasis interfragmentaire, le doigt peut sentir une légère dépression au point douloureux, la mobilisation des fragments mettra en évidence cette dépression et montrera souvent de la crépitation; on trouvera également souvent de la mobilité en touche de piano, à la pression, sur le fragment inférieur. Dans ces cas, le diagnostic sera fait même sans radiographie, on complétera l'exploration du squelette par l'examen de la malléole interne qui ne présente pas de point douloureux.

Dans les heures qui suivent l'accident, l'infiltration des tissus va entraîner du gonflement périmalléolaire surtout externe.

Une ecchymose apparaîtra assez tardivement au voisinage du trait de fracture, elle a souvent comme lui une direction oblique, parfois horizontale.

Si l'on voit le blessé le lendemain on percevra à la palpation une dépression au milieu de la zone infiltrée; elle correspond au maximum de la douleur; assez souvent les gaines des péroniers sont injectées; de surcroît, l'hémarthrose de l'articulation tibio-tarsienne qui est habituelle peut se manifester par le gonflement des culs-de-sac synoviaux. On complétera l'examen par l'étude des mouvements de la tibio-tarsienne. Les mouvements actifs sont douloureux et limités le plus souvent, surtout la rotation interne et la rotation externe du pied.

Les mouvements passifs sont également limités par la douleur et le gonflement articulaire, mais l'impotence fonctionnelle est en définitive peu accentuée.

On recherchera le ballottement astragalien qui n'existe pas le plus souvent puisque le diastasis, dont il est un des meilleurs signes est très rare.

On pratiquera enfin la radiographie de face et de profil pour lever tous les doutes.

B. **Dans les fractures obliques sus-géniennes** (deux fois plus fréquentes que les précédentes, comme nous l'avons vu) le tableau clinique se rapproche davantage de celui d'une lésion bi-malléolaire principalement lorsqu'il existe du diastasis tibio-péronier. L'accident est survenu dans les mêmes conditions, mais l'impotence fonctionnelle est généralement plus marquée : le blessé ne peut pas marcher après l'accident (8 cas sur 9).

Un examen précoce permet de constater assez souvent une déviation du pied dont la plante regarde en dedans, plus rarement en dehors. Il faut, à ce sujet, noter que cette attitude vicieuse du pied n'est pas obligatoirement fonction d'un déplacement des fragments ou d'une association à la fracture malléolaire d'une fracture marginale postérieure, elle peut être uniquement due à l'hémarthrose tibio-tarsienne et à la contracture des muscles postérieurs, en particulier du jambier postérieur, surtout si le pied se met en varus équin c'est-à-dire en extension, adduction et rotation interne. Le gonflement du cou-de-pied est rapide.

A la palpation on trouve un point très douloureux à 6 ou 8 centimètres en moyenne, de la pointe de la malléole externe. Par contre on ne réveille pas de douleur à la pointe, ni à la malléole interne.

La dépression interfragmentaire, la mobilité en touche de piano, la crépitation sont ici encore plus manifestes.

Le pied du malade reposant par sa face interne sur un plan résistant un doigt presse sur la pointe de la malléole, l'autre sur sa partie supérieure, si la malléole est fracturée au voisinage de sa base, sa pointe s'abaisse sous la pression du doigt; c'est ce que Tanton appelle le *signe de la bascule.*

Enfin la recherche du *ballottement astragalien* est ici plus souvent positive. Une main immobilise la jambe, l'autre, empaumant les faces latérales du calcanéum, imprime au pied fléchi à angle droit sur la jambe des mouvements de translation latérale. Ce ballottement astragalien s'accompagne d'un signe classique très discuté, le *choc astragalien,* résultat du heurt de l'astragale contre une des malléoles. Lorsqu'ils existent on peut affirmer le diastasis tibio-péronier que la radiographie de face, de préfé-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 71, p. 1241.

rence au compas d'épaisseur, permettra de mesurer.

Vingt-quatre heures environ après l'accident, le gonflement péri-malléolaire et l'hémarthrose de la tibio-tarsienne sont à leur maximum. Une grosse ecchymose linéaire, d'apparition tardive, siège à la face externe du cou-de-pied ou dans la gouttière rétromalléolaire. Les mouvements du cou-de-pied sont douloureux et plus limités que dans la forme précédente.

En résumé, il est plus facile ici, en présence de tous ces signes, d'affirmer la fracture. La radiographie (face et profil) sera surtout intéressante pour révéler les complications, tandis qu'elle est parfois nécessaire dans la forme génienne pour diagnostiquer la fracture de la malléole.

Évolution, complications et pronostic. — L'*évolution de la fracture oblique génienne*, non compliquée, c'est-à-dire sans diastasis interfragmentaire notable et sans diastasis tibio-péronier, se fait vers la guérison complète en trois ou quatre semaines; grâce aux massages, et à la mobilisation précoce, on évitera les douleurs et les raideurs articulaires persistantes. Le pronostic est donc bénin et la guérison s'obtient sans séquelles.

Il en est de même pour la fracture oblique susgénienne lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion associée, mais dans cette forme les complications sont plus fréquentes. Au tout premier rang il faut placer le diastasis tibio-péronier à ses différents degrés. Nous avons vu à l'anatomie pathologique comment le diastasis se manifeste sur les radiographies.

Au point de vue clinique nous rappellerons qu'un diastasis peu marqué se traduit par très peu de signes, tout au plus un léger ballottement astragalien d'où la nécessité de faire une radiographie en bonne position (1).

Un diastasis tibio-péronier plus accentué se traduit au contraire par un élargissement du cou-de-pied, du ballottement astragalien net, du choc astragalien et de la douleur à la palpation au niveau de l'interligne tibio-péronier inférieur.

Quant aux diastasis considérables, on ne les observe que dans les fractures du péroné moyennes ou hautes, aussi n'en rencontre-t-on pas dans les fractures obliques de la malléole externe.

La guérison complète dans les cas de diastasis surajouté est plus longue à obtenir, elle nécessite une *réduction parfaite* du diastasis et la contention de cette réduction. Le blessé ne recommencera à marcher qu'au bout d'un mois au minimum. On pourrait, si le lever était plus précoce, assister à une déviation secondaire de la malléole externe au niveau d'un cal encore mou, ou à une réapparition du diastasis. Si le diastasis n'a pas été bien réduit, ou s'il se reproduit, il persistera des séquelles telles que des entorses à répétition, des douleurs articulaires par tiraillements ligamenteux, des phénomènes d'arthrite, une déviation du pied en valgus (pied plat valgus traumatique), beaucoup plus souvent qu'en varus, du gonflement du cou-de-pied après la marche.

Dans ces cas le pronostic est donc plus réservé car la fonction de l'articulation est altérée.

Il en est ainsi encore lorsqu'il y a *association de fracture marginale postérieure*. On diagnostiquera cette association par l'existence d'un point douloureux dans la gouttière rétro-malléolaire interne, par le comblement de cette gouttière et par une ecchymose postérieure plus ou moins importante.

Ces signes s'accompagnent en général d'une luxation postérieure du pied avec raccourcissement du dos du pied, saillie des tendons extenseurs soulevés par le bord antérieur du tibia et saillie exagérée du calcanéum en arrière qui accentue la cambrure du tendon d'Achille. Lorsque l'on essaie de réduire le déplacement on constate soit l'irréductibilité, soit la reproduction immédiate de ce déplacement. Le fragment est visible sur la radiographie de profil. Chastang rapporte dans sa thèse un cas de fracture oblique de la malléole péronière avec association de fracture marginale postérieure du tibia. L'irréductibilité obligea à intervenir et à fixer par une vis le fragment marginal postérieur au tibia. Le résultat fut bon.

L'association de la fracture du tubercule antéro-externe du tibia s'observe assez rarement, elle détermine du diastasis tibio-péronier et se révèle en outre à la palpation par une vive douleur au niveau de l'interligne tibio-péronier inférieur.

Diagnostic. — Le diagnostic des fractures obliques isolées de la malléole externe se pose différemment suivant la forme.

1. DANS LA FORME GÉNIENNE qui ne comporte pas ou très peu de déformation, il faudra éliminer la *contusion simple* du cou-de-pied, mais c'est surtout avec l'*entorse* que le diagnostic se posera.

Le diagnostic d'entorse est d'ailleurs un diagnostic que l'on doit poser avant tout par exclusion, il suppose l'absence totale des signes de fracture. C'est avant tout l'*entorse externe*, c'est-à-dire la déchirure, rupture ou arrachement des insertions du ligament latéral externe; mais la douleur siège toujours plus bas que dans les fractures géniennes et la radiographie ne montre rien d'anormal. Plus rarement on aura à éliminer : *la déchirure des ligaments péronéo-tibiaux*, *la fracture marginale antérieure isolée*, *la fracture marginale postérieure isolée* et *la luxation des tendons péroniers*, chacune de ces différentes lésions a des signes propres qui permettent de les diagnostiquer.

2. DANS LA FORME SUS-GÉNIENNE, la déformation plus importante peut faire songer à une *entorse grave* mais surtout à une *fracture bimalléolaire de la variété Dupuytren basse*.

C'est un diagnostic qui peut être délicat car la fracture de Dupuytren basse est constituée par l'association d'une fracture de la malléole externe dans sa portion tibio-péronière et d'une fracture de la malléole interne ou bien, mais rarement, d'un arrachement du ligament latéral interne son équivalent.

(1) Voir plus haut les recommandations du professeur Quénu à ce sujet.

Lorsque la lésion de la malléole interne est apparente le diagnostic est facile, mais il est discutable dans l'arrachement du ligament latéral interne sans fracture. Cependant, il existe alors une douleur interne et une ecchymose qui n'existent pas dans la fracture oblique sus-génienne de la malléole externe. On aura plus rarement à discuter une fracture de l'astragale ou une fracture du calcanéum.

Traitement. — Nous envisagerons d'abord les cas simples de fracture oblique de la malléole externe sans déplacement fragmentaire et sans diastasis tibio-péronier. Le traitement est analogue à celui de l'entorse, on laissera le membre au repos dans une gouttière ouatée; s'il existe des douleurs on les calmera par l'application d'un grand pansement humide chaud renouvelé toutes les cinq ou six heures. Au bout de six jours environ on commencera les massages et la mobilisation active et passive. Le lever ne sera autorisé qu'au bout de trois semaines, la marche étant reprise progressivement. La guérison est complète au bout d'un mois, et dans tous les cas que nous avons vu traiter ainsi il ne persistait pas de raideur articulaire le trentième jour. Lorsque la marche est reprise, Judet conseille de placer dans la chaussure une semelle surélevée destinée à soutenir la voûte plantaire et à maintenir le pied en varus.

Le professeur Delbet recommande, même dans les cas où le déplacement des fragments est minime et où l'axe du membre n'est pas dévié, l'application d'un plâtre. L'appareil de marche du professeur Delbet, que l'on appliquera en général un ou deux jours après l'accident, permet la marche réelle au quatrième jour.

Le plâtre est appliqué pendant trente jours en moyenne. Il permet au malade, en outre, de quitter l'hôpital beaucoup plus rapidement, au douzième jour en général.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une fracture oblique avec déplacement des fragments et diastasis tibio-péronier à un degré variable, il importe avant tout de réduire la fracture. Le traitement simple par les massages exposerait ici à des mécomptes et lorsque la marche serait reprise on assisterait à la constitution d'un pied plat valgus traumatique; on doit donc avant tout réduire le diastasis et le maintenir réduit. Pour réaliser cette deuxième condition deux méthodes s'imposent au choix du chirurgien : soit l'application d'un appareil plâtré (appareil de Maisonneuve ou mieux appareil de marche du professeur Delbet); soit le traitement sanglant, c'est-à-dire l'ostéosynthèse qui compte de nombreux partisans.

La réduction du diastasis que l'on pratiquera sous anesthésie générale ou rachi-anesthésie s'obtiendra en général facilement en repoussant la malléole externe en dedans et en tordant l'arrière-pied en varus; on fera bien avant de placer le plâtre de vérifier sous l'écran la réduction. On posera ensuite l'appareil de marche du professeur Delbet en maintenant le pied en varus et en serrant les malléoles pendant la dessiccation, afin d'éviter tout élargissement de la mortaise.

L'appareil est enlevé du trentième au quarantième jour, le malade s'étant levé le troisième ou le quatrième jour. La marche constitue le meilleur des massages et les résultats éloignés sont parfaits.

L'ostéosynthèse est surtout indiquée dans les cas de diastasis accentué et difficile à réduire. On aborde la malléole péronière par une longue incision externe longitudinale sur le péroné. Le temps opératoire principal consiste, comme l'indique Chastang, à réduire la fracture et le diastasis et à visser la malléole externe dans le tibia; on constitue ainsi un « tibia bi-malléolaire » (P. Duval).

« La vis est enfoncée obliquement de dehors en dedans et de bas en haut, en ayant bien soin de ne pas embrocher l'astragale. La réduction de la malléole externe nécessite quelquefois l'ablation d'une esquille osseuse ou la résection d'une portion d'un des deux fragments péroniers ou la réduction d'un fragment supplémentaire au niveau du tibia » (Chastang).

Lorsqu'il y a en effet une fracture marginale postérieure associée, l'opération s'impose très souvent par suite de l'irréductibilité. On fixera le fragment marginal postérieur au moyen d'une vis. Quant au péroné on pourra : soit n'y pas toucher si la réduction est satisfaisante; soit, dans le cas contraire, réunir les deux fragments au moyen d'une agrafe de Jacoël ou de Dujarier.

BIBLIOGRAPHIE (1)

1. Chaput. *Les Fractures malléolaires du cou-de-pied et les accidents du travail*, Paris 1907, Masson et Cie.
2. Chastang. Fractures récentes fermées des malléoles. Traitement sanglant, *Th. de Paris*, 1925.
3. Clermont. Sur la disjonction tibio-péronière et les fractures du cou-de-pied (essai de classification), *Revue de chir.*, 1913.
4. Delbet (P.). Méthode de traitement des fractures, *Ann. de la Clinique chirurgicale du professeur P. Delbet*, 1916, n° 5, Paris, F. Alcan.
5. Destot. *Traumatismes du pied et rayons X*, Paris 1911, Masson et Cie.
6. Duter. Fractures récentes des malléoles, ostéosynthèse, *Th. de Paris*, 1921.
7. Jeanbrau (E.). Fractures du cou-de-pied, *Précis de pathologie chirurgicale*, Masson et Cie.
8. Judet (H.). *Traité des fractures des membres*, Paris 1922, Expansion scientifique française.
9. Mahaut (A.-J.). Etude critique des traumatismes du cou-de-pied, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév. 1925.
10. Meissner. *Beit. z. klin. Chir.*, 1909.
11. Quénu (Ed.). Etude critique sur les fractures du cou-de-pied, *Revue de chir.*, janv. 1912.
12. Quénu (Ed.). Du diastasis de l'articulation tibio-péronière inférieure, *Revue de chir.*, juin 1907.
13. Tanton (J.). Art. sur LES FRACTURES ISOLÉES DES MALLÉOLES, in *Traité* Le Dentu et Delbet, p. 129.

Manuel juridique des sages-femmes, par M. Albert Maitre, docteur en droit, avec préface de M. le sénateur Fernand Rabier. Un vol. in-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Les Presses universitaires de France.

(1) Il ne s'agit pas ici d'une bibliographie complète, mais seulement de l'énumération des travaux que nous avons consultés.

LES RÉSULTATS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

DANS LA CURE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le docteur J. BONNIN,
Chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Tours,
Médecin du Sanatorium de la Croix-Montoire,
avec la collaboration de
MM. CHICHEREAU, TRILLOT et GUIGNÉ,
Internes des hôpitaux de Tours.

Le pneumothorax artificiel est sans contredit une des armes les plus puissantes que nous ayons à opposer actuellement à la tuberculose pulmonaire dans ses formes évolutives, pour peu que l'on sache le lui appliquer à temps et ne pas trop attendre. Encore tenons-nous à préciser que le pneumothorax dont nous parlons est celui judicieusement appliqué aux formes aiguës, saignantes, unilatérales, aux formes ulcéro-caséeuses subaiguës ou chroniques qui ne s'améliorent pas par la cure de repos, en un mot aux formes réellement sévères qui menacent aggravation et même ruine à plus ou moins brève échéance. C'est donc dire que nous n'appliquons pas le « pneumothorax facile » à tout malade unilatéral, et que nous ne lui créons un collapsus que si un certain temps de cure rationnelle n'a donné aucun résultat. N'être ni trop précoce, ni trop tardif, telle est notre conduite et c'est dans cet esprit que nous avons appliqué en toute conscience la collapsothérapie aux cas qui font l'objet de cette étude, hormis les cas aigus et hémoptoïques d'urgence qui réclament cette thérapeutique dans des délais très courts, pour ne pas dire immédiats.

Aussi bien le but de cette étude statistique des pneumothorax pratiqués et entretenus par nous et nos collaborateurs est-il le suivant : faire un honnête examen de conscience des cas traités depuis quatre ans en clientèle, dans mon service de sanatorium et dans mon service d'hôpital, où mes internes, par la fidèle tenue des observations, l'entretien des pneumothorax et la création de certains d'entre eux ont largement contribué à ce travail, voir enfin ce que sont devenus ces malades et quels résultats a donné la collapsothérapie chez eux.

Cette étude n'a qu'une valeur immédiate et provisoire (pour certains cas relativement récents). Elle ne saurait prétendre, avec notre expérience trop courte, à égaler celle d'auteurs qui sont nos aînés, ont plus d'autorité que nous par ce fait et par leur expérience ; mais il nous a semblé tout de même intéressant de la publier parce qu'assez encourageante, lorsqu'on compare ses résultats à ceux observés chez les malades abandonnés à leur sort, sans intervention. Nous regrettons de ne pouvoir y joindre les résultats de nombre de cas traités par l'un de nous à Paris, pendant ses années d'internat, les malades ayant été perdus de vue par la force des choses.

Nous avons réparti dans les tableaux statistiques suivants :

Les indications ayant motivé le pneumo ;
Les décès et leurs causes ;
L'avenir des malades traités ;
L'apparition des lésions bilatérales ;
Les malades symphysés ;
Les refus du pneumo ;
Les plèvres indécollables ;
Les réactions liquidiennes.

Enfin, nous avons établi un pourcentage récapitulatif de ces diverses catégories.

Cette statistique porte sur *124 malades* présentant les indications classiques du pneumothorax, dont *34 n'ont pu être pratiqués* (refus de l'intervention ou décollement impossible par symphyse).

Total des pneumos proposés	124
Total des pneumos réalisés	90

TABLEAU I. — *Indications.*

Pleurésies séro-fibrineuses évacuées et transformées en pneumothorax	1
Pneumos spontanés entretenus	4
Pneumos hémostatiques d'urgence	6
Pneumos pour formes aiguës	23
Pneumos bilatéraux	2
Pneumos pour formes fibro-caséeuses communes	54
	90

TABLEAU II. — *Malades décédés.*

Causes :

Bilatéralisation	12
Bilatéralisation et entérite tuberculeuse	1
Entérite tuberculeuse	1
Granulie	1
Cachexie progressive avec conservation de l'unilatéralité dans un collapsus incomplet	1
	16

TABLEAU III. — *Avenir des malades traités.*

Guéris	8
Malades en traitement :	
Améliorés	38
Non améliorés, stationnaires	9
Bilatéralisés	8
Décédés	16
Avenir inconnu	1
Malades symphysés	10
	90

TABLEAU IV. — *Apparition des lésions bilatérales.*

5 cas en moins d'un an,
3 cas après un an.

TABLEAU V. — *Malades symphysés : 10.*

Capables de travailler	4
Hospitalisés stationnaires en voie de guérison	2
Hôpital ou sanatorium	3
Décédés	1
	10

TABLEAU VI. — *Refus du pneumothorax : 26.*

Stationnaires	5
Aggravés	9
Décédés	12
	26

TABLEAU VII.

Impossibilité de décollement	8
Total des cas non pratiqués	34

TABLEAU VIII.

Réactions liquidiennes (apparition moyenne au septième mois)	50

TABLEAU IX. — *Pourcentage récapitulatif par catégorie.*

Guérison après 4 ans :

Pneumos volontairement interrompus	8,8 %
Symphysés guéris : 4, soit un total de	13,3
Décès des pneumos	17,7
Décès chez les malades ayant refusé le pneumothorax	58,7
Malades améliorés et en voie de guérison	46,3
Stationnaires	10
Symphysés	10
Réactions liquidiennes	55
Plèvres indécollables	8,8

Cette statistique demande quelques commentaires à divers points de vue.

Nous n'avons jamais eu d'accidents initiaux graves par syncope pleurale ou embolie veineuse. Un seul malade a présenté un état de malaise avec hémiparésie gauche transitoire et syncope initiale. Les premières insufflations sont toujours pratiquées après anesthésie locale à la novocaïne; chez les malades notoirement névropathes, craintifs ou agités, nous gardons la précaution de faire une heure avant l'intervention 1 centigramme de chlorhydrate de morphine ou de pantopon. Les réinsufflations sont faites avec anesthésie cutanée au chlorure d'éthyle.

Si nous considérons le chiffre de 17,7 p. 100 des malades décédés, nous sommes forcés de constater qu'il est bien minime, si l'on tient compte de ce fait que tous étaient des malades aigus ou à forme ulcéro caséeuse voués à une évolution fatale, si on les avait abandonnés à leur sort. Ce chiffre est encore plus encourageant si nous regardons celui de 58,7 p. 100 des décès chez des sujets ayant refusé le pneumo ou chez lesquels il n'a pu être pratiqué par symphyse pleurale indécollable, malades qui sont pour nous nos seuls véritables « témoins » puisqu'ils présentaient les mêmes indications que les malades traités. Encore savons-nous que le pourcentage de décès des tuberculeux sans pneumothorax est encore infiniment plus élevé. Ces seules constatations sont déjà encourageantes.

Aussi encourageant est le chiffre de 46,3 p. 100 des malades améliorés ou en voie de guérison. Ils ne nous laissent à leur opposer, parmi les survivants, que 10 p. 100 de stationnaires et 10 p. 100 de malades symphysés, encore, parmi ces derniers ne notons-nous qu'un décès, deux stationnaires et sept améliorés ou guéris dont quatre sont capables de travailler.

La proportion des réactions liquidiennes a été de 55 p. 100 dont la grande moyenne autour du septième mois. Nous ne voulons parler ici que des épanchements pleuraux moyens ou abondants, et non de quelques centimètres cubes de liquide apparaissant chez maints malades dans les premières semaines, petit épanchement « idiopathique »; aseptique, à éosinophiles et se bornant à un dé à coudre de liquide dans le sinus du côté collabé. Nous croyons à ce propos, que diverses précautions peuvent contribuer à diminuer les chances d'apparitions de réactions pleurales : ce sont les pressions, la rapidité des insufflations, les blessures possibles de la plèvre viscérale au cours des réinsufflations pénibles.

A. *Pour les pressions,* sauf dans des cas d'espèces nous estimons qu'il est inutile de recourir à de fortes pressions positives, qui ne donnent pas de résultats meilleurs. Le but du pneumothorax n'est pas en effet de « comprimer », mais simplement de faire rétracter le poumon malade. Mieux vaut donc faire des insufflations rapprochées, de dix jours, au début surtout, en restant en pression négative, nulle ou à peine positive, que de faire des insufflations à trois semaines, en poussant le gaz injecté sous de hautes pressions.

B. La *rapidité trop grande des insufflations* faites en quelques minutes semble aussi favoriser les réactions pleurales. Nous nous rangeons tout à fait à l'avis de M. Pissavy à ce sujet (*Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars 1927).

C. Quant aux *blessures possibles de la plèvre viscérale et du poumon* au cours des réinsufflations, elles doivent aussi favoriser les réactions pleurales. Si l'on réinsuffle un malade dont le poumon est revenu vers la paroi et si la ponction à l'aiguille de Küss reste blanche, mieux vaut, plutôt que de larder le poumon de plusieurs coups d'aiguille, s'armer à nouveau du trocart de Küss et opérer comme pour une première insufflation. L'expérience nous prouve l'utilité de ces précautions de détail.

Nous sommes donc en droit de dire, en matière de conclusion, que le pneumothorax thérapeutique, en l'état actuel de notre armement antituberculeux, nous est d'un précieux secours. Que pouvons-nous offrir de mieux à ces malades certains d'évoluer pour la plus grande majorité? Tenons compte, de plus, de l'intérêt social du pneumothorax, qui rend à des familles des malades non bacillaires, c'est-à-dire non contagieux, et qui permet à bon nombre d'entre eux de reprendre plus précocement une place sociale, un siège de travail modéré, tout en continuant à se soigner pour parachever leur guérison.

Nous insistons beaucoup sur la date d'application du traitement et nous répétons qu'il ne faut pas trop attendre : mieux vaut tôt que trop tard.

Il va de soi qu'il faut dans le temps un plus grand recul que les quatre années qui font l'objet de cette étude pour porter un jugement définitif sur l'action curatrice des pneumothorax artificiels pratiqués. Nous estimons nécessaire de suivre l'avenir de ces malades dans les dix années, au minimum, qui suivent la première insufflation et de savoir ce qu'ils sont devenus après ce laps de temps. Mais, quoi qu'il en soit, il nous semble utile de faire état de ces résultats précoces et de reconnaître les services indiscutables que nous rend la collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, en recommandant de mener de front, pendant un certain temps qu'il faut savoir imposer à ses malades, la cure hygiéno-diététique, car ce sont encore, comme dit M. Rist, des malades de « serre chaude ». Le lieu

d'élection de cette cure est le sanatorium et nous ne pouvons à ce propos ne pas déplorer l'insuffisance des sanatoria français, trop pauvres en lits. Sachons aussi ne pas trop nous hâter d'interrompre les insufflations : le minimum de deux ans nous paraît indispensable ; encore faudra-t-il souvent savoir continuer le collapsus une troisième et même une quatrième année, surtout si les sujets traités ont repris quelque travail. Sans doute, voyons-nous des malades dont le pneumo a été interrompu par force (symphyse précoce) continuer à aller de mieux en mieux sans évoluer; c est le cas de 7 malades sur 10 parmi les symphysés signalés plus haut, dont 2 se symphysèrent au neuvième et onzième mois du traitement. Mais ce sont là des cas d'exception et il faut, en principe, continuer le pneumo très longtemps, comme nous venons de le dire, d'autant que les réinsufflations d'un pneumo ancien peuvent être très espacées (trois semaines à six semaines et plus parfois) et ne constituent pour le sujet porteur du pneumo aucune gêne dans ses occupations, mais bien, au contraire, une garantie de consolidation de sa guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 AOUT 1928)

Sur la lutte biologique contre la piroplasmose bovine due à « Theileria dispar ». — MM. Edm. SERGENT, A. DONATIEN, L. PARROT et F. LESTOQUARD.

REVUE DES THÈSES

Les opérations sur les nerfs dans le traitement des paraplégies spastiques de l'enfance (1), par le docteur Marc ISELIN.

Dans ce travail, l'auteur étudie spécialement deux méthodes thérapeuthiques qui se disputaient la faveur des chirurgiens : les opérations de Stöffel et de Royle. Toutes deux visent à diminuer la spasticité de certains groupes musculaires, mais pour y parvenir, elles emploient des voies différentes.

L'opération de Stöffel vise à obtenir l'atrophie d'une partie d'un muscle contracturé, par la section d'une partie des nerfs rachidiens qui s'y rendent.

L'opération de Royle vise à diminuer le tonus musculaire en supprimant l'innervation sympathique du territoire du groupe musculaire visé (ramisections, extirpation de ganglions sympathiques).

Le travail d'Iselin, fort documenté, montre que la méthode de Hunter et Royle ne repose sur aucune base physiologique certaine et que les résultats thérapeutiques sont fort inconstants et ne peuvent soutenir la comparaison avec ceux obtenus par la méthode de Stöffel.

En effet, ceux-ci sont bons, à condition que les indications aient été observées avec soin : ne pas opérer les sujets à mentalité trop déficiente, ceux chez lesquels on observe de l'athétose. Pratiquer les redressements, ténotomies, ostéotomies nécessaires pour rétablir les axes des membres; faire les névrotomies assez étendues proportionnelles à la gravité de la spasticité ; compléter par une rééducation indispensable

Dans ces conditions, l'opération de Stöffel donne des résultats intéressants comme le prouvent les observations que rapporte l'auteur.

(1) *Thèse de Paris*, 1927. — Paris, Flammarion,

A propos du diagnostic de la superfœtation basé sur la radiographie. Etude radiologique des points d'ossification du genou chez le nouveau-né (1), par le docteur Roger JARDIN, ex-interne de l'hôpital Rothschild, moniteur à la Clinique de gynécologie et d'accouchements Tarnier, licencié ès sciences.

« Les objections faites à la possibilité de la superfœtation, dans l'espèce humaine, sont très discutables.

La suspension de l'ovulation pendant la grossesse n'est pas un fait général. Les recherches de Ravano (2) l'établissent nettement. Sur 100 examens d'ovaires pratiqués dans le courant de la gestation, n'a-t-il pas rencontré une ovulation complète avec follicules en voie de maturation dans 5 p. 100 des cas.

L'ovule peut être fécondé, tant que la soudure entre les caduques n'est pas complètement effectuée, permettant la migration du spermatozoïde, c'est-à-dire jusqu'au troisième ou quatrième mois de la gestation. Il n'y a pas d'arguments embryologiques décisifs pour refuser à ce nouvel œuf la faculté de se développer dans un utérus déjà gravide. Ne voit-on pas dans les grossesses abdominales l'œuf greffé au niveau de certains viscères se développer parfois normalement et adapter sa nutrition à ces difficultés. Nous pouvons donc admettre que deux œufs d'âge différent, par suite de l'intervalle de temps qui a séparé leur fécondation, occupent la même cavité utérine. Les fœtus seront expulsés simultanément en présentant un développement inégal.

Sur quels signes pourrons-nous baser la maturité fœtale de l'un des jumeaux et la prématurité de l'autre?

Nous savons le peu d'intérêt qu'il faut accorder aux caractères morphologiques que présente le nouveau-né. Le poids de naissance, la longueur du corps, la présence de poils, le poids du placenta ne sont que des signes de présomption en faveur de sa maturité. Un seul critérium existe à notre avis, ainsi que l'ont déjà établi les travaux de Pozier et des auteurs américains Aclair et Scammon, la présence à la naissance de points d'ossification, normalement développés, de l'épiphyse inférieure du fémur ou point de Béclard.

Nous pouvons donc considérer comme « étant à terme tout nouveau-né ayant deux points d'ossification au niveau du genou — le point de Béclard et le point tibial supérieur — ou un seul — le point de Béclard — dont le poids est égal ou supérieur à 2.500 grammes et dont la longueur du corps atteint 47 à 48 centimètres ». D'autre part, « tout nouveau-né qui ne présente pas de points d'ossification au niveau du genou, dont le poids est inférieur à 2.000 grammes et la taille n'atteint pas 44 centimètres, n'est pas encore parvenu au début du neuvième mois de sa vie intra-utérine ».

Quelques auteurs pensent cependant qu'il est légitime d'admettre que chez un fœtus dont le développement général est retardé, les points d'ossification paraissent plus tardivement. Les observations de MM. Cathala et Bouchacourt, Rouvier et Laffont établissent le contraire. N'ont-ils pas trouvé, en effet, chez des enfants de développement fortement inégal à la naissance — 2.240 grammes et 860 grammes, dans l'un des cas — les mêmes points d'ossification.

La radiographie nous apprend que ces enfants, pour lesquels le diagnostic de superfœtation venait à l'esprit, ont le même âge. Et l'examen histologique des placentas a montré une dégénérescence fibrineuse des villosités fœtales qui a

(1) *Th. de Paris*, 1926. — Paris, L. Arnette.
(2) RAVANO, *Arch. f. Gyn.*, 1907, t. LXXXIII.

conditionné l'insuffisance de développement de l'un des fœtus, sans cependant altérer son processus d'ossification que l'on trouve aussi net que chez l'autre jumeau. Par contre, dans certains cas, l'examen radiologique nous montrera un retard d'ossification chez l'un des fœtus, tandis que l'autre présente tous les caractères du nouveau-né à terme.

Doit-on y voir l'influence dystrophiante d'une infection des ascendants — syphilis ou tuberculose — s'exerçant sur l'ossification pendant la vie fœtale (Guichard). Nous n'avons rien trouvé cliniquement en faveur de ces maladies et les examens de laboratoire sont demeurés négatifs. Du reste, comment pourrait-on admettre leur manifestation sur l'un des œufs seulement, laissant l'autre se développer normalement. Aussi nous semble-t-il plus juste de penser qu'à cette différence de développement correspond une différence d'âge; ces fœtus n'ont pas été conçus dans la même période d'ovulation. Ils n'ont pas le même âge de vie intra-utérine.

Enfin, quelques auteurs ont cru, dans des cas particuliers, pouvoir déterminer l'âge de chaque œuf par l'examen histologique du placenta. Cette interprétation nous semble difficile à admettre, car il n'existe pas actuellement de différences histologiques suffisamment précises entre le placenta d'un fœtus de sept mois et celui d'un enfant à terme pour pouvoir fixer, par ce procédé, l'âge de la grossesse et discuter le diagnostic de la superfœtation.

Dans ces conditions, pour conclure à la superfœtation, l'inégalité de développement entre les jumeaux fût-elle même notable, l'examen radiologique nous paraît désormais indispensable. »

La Méthode concentrique dans le diagnostic des psychonévroses (1), par le docteur André Liquier, licencié ès sciences, préparateur à l'Institut Pasteur, externe des hôpitaux de Paris.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne faut plus se contenter pour l'étude des troubles observés au cours des psychonévroses de l'une quelconque des quatre étiquettes classiques : hystérie, neurasthénie, psychasthénie, psychonévrose émotive.

Il y a lieu d'employer une méthode, la méthode concentrique, qui s'applique à tous les cas sans exception et qui seule, dans les cas complexes où tous les symptômes s'intriquent profondément, permettra de bien mettre en évidence et de classer tous les phénomènes pathologiques.

Dans cette méthode, nous groupons tous les symptômes observés chez les psychonévrosiques en plusieurs zones concentriques et en présence de tout malade, nous étudierons chacune de ces zones successivement :

a. La zone psychique avec, d'une part, les troubles de l'interpsychologie familiale ou professionnelle, et, d'autre part, ceux du moi profond, du subconscient.

b. La zone nerveuse avec, d'une part, les troubles du système nerveux cérébro-spinal, et, d'autre part, ceux du système sympathique.

c. La zone endocrinienne se traduisant par des modifications morphologiques et des troubles humoraux.

d. La zone viscérale avec, d'une part, les troubles physiologiques, et, d'autre part, les lésions anatomiques.

e. Enfin, le noyau central : noyau morbifique comprenant l'ensemble des maladies acquises ou héréditaires.

Une fois l'analyse de tous ces troubles terminée, il restera à faire la synthèse, à établir la hiérarchie de ces zones et dans chacune d'elles à distinguer les manifestations psychogénétiques, physiogénétiques et organiques lésionnelles.

Cette méthode permettra, enfin, d'instituer une thérapeutique synthétique s'adressant aux troubles constatés dans les différentes zones.

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, Arnette.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSURANCE CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS DU PERSONNEL MÉDICAL DES HÔPITAUX

Le Conseil municipal de Paris vient de prendre la délibération suivante relative à l'institution d'un régime de garantie de risques professionnels du personnel médical des hôpitaux et du service de l'Assistance médicale à domicile.

« Le Conseil,

Vu le mémoire de M. le Préfet de la Seine, relatif à l'établissement d'un régime de protection à l'égard des membres du corps médical des hôpitaux et du service de l'Assistance médicale à domicile, victimes d'accidents, de blessures ou de maladies survenues du fait ou à l'occasion du service;

Sur le rapport présenté par M. Fernand Moriette, au nom de la Commission du personnel,

Délibère :

Le texte ci-dessous est incorporé dans le règlement sur le Service de santé :

Énumération des bénéficiaires. — *Art. 328.* — Les dispositions suivantes relatives aux accidents, blessures et maladies survenus du fait et à l'occasion du service aux membres du corps médical désignés ci-dessous sont applicables à tous ceux d'entre eux pourvus d'une fonction ainsi qu'à leurs remplaçants, à la condition qu'ils aient fait l'objet d'une désignation régulière par décision du directeur général de l'Administration :

1° Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, chefs de service et des hôpitaux, les médecins-chefs et adjoints du service des aliénés, les stomatologistes titulaires et des hôpitaux, les électro-radiologistes titulaires et adjoints.

2° Les assistants des services généraux ou spéciaux et des consultations, les assistants d'électro-radiologie, les chefs de laboratoire, les préparateurs et chefs de travaux des services spéciaux, les médecins du service de l'Assistance médicale à domicile, ainsi que les divers membres du personnel médical de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à l'exception toutefois de ceux qui, bien qu'étant investis de fonctions dans cet établissement, continuent à appartenir au cadre des externes ou des internes des hôpitaux de Paris; (ceux-ci seront indemnisés des risques prévus au présent règlement suivant les tarifs déterminés par les art. 320 et suivants du règlement sur le Service de santé).

3° Les sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées des hôpitaux.

Imputabilité au service. — *Art. 329.* — 1° Seront considérés comme imputables au service à moins de faute inexcusable de la victime :

a. Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale ou médicale, tout trouble nerveux ou psychique qui résulteront de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure intervenant pendant l'exercice ou à l'occasion des fonctions et toute lésion déterminée par un effort dans les mêmes circonstances.

b. Toute maladie résultant certainement de l'exercice des fonctions, telle que infection ou toxi-infection résultant d'une inoculation septique, d'une absorption accidentelle d'une culture microbienne ou d'une contagion directe et patente.

2° Lorsque les maladies suivantes : fièvre typhoïde, paratyphoïde, typhus, variole, varicelle, scarlatine, rougeole, diphtérie, oreillons, grippe infectieuse épidémique, coqueluche, érysipèle, choléra, peste, dysenterie, méningite cérébro-spinale épidémique, poliomyélite, encéphalite épidémique, fièvre de Malte, trachome, ophtalmie purulente, se déclarant soit

pendant la durée des fonctions, soit pendant la période d'incubation à compter du moment où les fonctions auront cessé, ne résulteront pas certainement de l'exercice des fonctions et qu'il y aura doute sur leur imputabilité, la détermination du risque donnera lieu à l'application d'un forfait aux termes duquel ce risque sera partagé entre l'Administration et l'intéressé de la manière suivante :

Jusqu'à concurrence de 25 p. 100 à la charge de l'Administration pour les accidents, blessures ou maladies dont seront victimes les médecins et sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile, ainsi que les sages-femmes agréées.

Jusqu'à concurrence de 50 p. 100 à la charge de l'Administration pour toutes les autres catégories du personnel médical.

D'une façon générale, toutes les maladies ou blessures dont l'imputabilité au service est possible, mais qui peuvent également relever d'une cause ou d'une pratique étrangère au service, ainsi que les troubles résultant de la pratique de l'électro-radiologie, de la radiumthérapie, des traitements par les agents physiques, donneront lieu à l'application du forfait prévu aux paragraphes précédents.

Si la blessure ou maladie résulte d'un fait certainement étranger au service, il n'y aura lieu à aucune indemnisation.

COMMISSION SPÉCIALE D'EXPERTISE. — *Art. 330.* — Une Commission spéciale sera chargée, en se basant sur les règles établies à l'art. 329, en cas de demande d'indemnité fondée sur une incapacité, soit temporaire, soit permanente;

a. De dire s'il y a imputabilité au service; ou s'il y a doute sur l'imputabilité; ou s'il n'y a pas d'imputabilité;

b. De dire s'il y a ou s'il y a eu incapacité temporaire et dans ce dernier cas de fixer la date de consolidation;

c. De dire s'il y a incapacité permanente et dans l'affirmative de déterminer le degré de cette incapacité en s'inspirant des barèmes usuels et en tenant compte de la gêne pour l'exercice de la profession et, le cas échéant, de la spécialité.

Cette Commission est composée d'un délégué du directeur général de l'Administration, président, et de trois docteurs en médecine, médecins, chirurgiens ou spécialistes.

L'un sera désigné par l'Administration, un autre sera désigné par l'intéressé ou, le cas échéant, par ses ayants-droit. Le troisième sera choisi par les deux précédents et, en cas de désaccord, par le président du Conseil de préfecture de la Seine parmi les chefs de service des hôpitaux et hospices de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, figurant sur la liste des experts près le Conseil de préfecture ou le tribunal civil de la Seine.

En cas de partage des voies, un cinquième membre sera désigné par la Commission et, en cas de désaccord, par le président du Conseil de préfecture de la Seine dans les conditions indiquées ci-dessus.

A l'expiration du délai de trois ans à compter de la consolidation, une Commission constituée de la même manière procédera obligatoirement à la revision du degré d'incapacité permanente.

L'Administration ou l'intéressé pourra demander la révision à tout moment avant l'expiration de ces trois ans.

Au cas où l'intéressé refuserait de se prêter aux opérations de révision le paiement de l'allocation attribuée pour incapacité serait suspendu.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE. — *Art. 331.* — Les membres du personnel médical appartenant à la première catégorie (§ 1 de l'art. 328) victimes d'accident ou de blessure survenus pendant la durée des fonctions dans les conditions définies à l'art. 329 bénéficieront si l'indisponibilité est reconnue par la Commission comme certainement imputable à un fait de service, d'une allocation journalière, à titre d'incapacité temporaire, calculée sur le taux de l'indemnité fixe maximum attribuée au médecin en chef du sanatorium d'Angicourt augmenté du montant de l'indemnité de nourriture que reçoit ce médecin (ce taux étant considéré au jour de l'accident ou de la blessure, ou de la constatation de la maladie).

Dans les mêmes conditions d'imputabilité, pour les membres du personnel médical appartenant à la seconde catégorie (§ 2 de l'art. 328), le montant de cette allocation journalière sera calculé sur la moitié de l'indemnité maximum prévue au paragraphe précédent.

Pour les sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées, l'allocation journalière à titre d'incapacité temporaire, sera calculée sur le taux maximum de 6.000 fr. par an.

INCAPACITÉ PERMANENTE. — *Art. 332.* — En cas d'incapacité permanente, résultant d'accident, de blessure ou de maladie imputable au service, dans les conditions définies à l'article 329, une allocation annuelle et viagère sera attribuée à l'intéressé, à partir du jour de la consolidation, date à laquelle cessera dans tous les cas le paiement de l'allocation dite d'incapacité temporaire.

Art. 333. — L'allocation annuelle en cas d'incapacité de 100 p. 100 est fixée :

1° Au chiffre maximum des pensions civiles d'ancienneté accordées au personnel administratif de l'Assistance publique (à l'exclusion de toute majoration ou bonification) pour les membres du personnel médical de la première catégorie visés à l'article 328;

2° A la moitié de ce chiffre maximum pour les membres du personnel médical de la deuxième catégorie (art. 328);

3° A 6.000 fr. pour les sages-femmes du service de l'Assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées.

En cas d'incapacité partielle le taux sera déterminé suivant le degré d'incapacité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 p. 100.

Toute incapacité inférieure à 10 p. 100 ne donne pas droit à une allocation.

Dans le cas où il y aura doute à l'égard de l'imputation au service de l'accident, de la blessure ou de la maladie, le taux de l'allocation sera calculé suivant le forfait dans les conditions déterminées à l'article 329.

ENFANTS. — *Art. 334.* — L'allocation sera majorée, pour charges de famille, d'une somme qui sera, par enfant légitime ou naturel reconnu, né ou conçu avant la consolidation, de 1.000 fr. en cas d'incapacité de 100 p. 100 et en cas d'incapacité partielle de la fraction de 1.000 fr. correspondant au degré d'incapacité.

Ces majorations ne seront attribuées ou maintenues que si l'enfant remplit l'une des trois conditions suivantes :

1° Etre âgé de moins de dix-huit ans;

2° Sans condition d'âge, être, d'une manière permanente et définitive, incapable de travailler par suite de maladies ou d'infirmités;

3° Etre âgé de moins de vingt et un ans et poursuivre des études dont il sera justifié, au commencement de chaque année, par la production d'un certificat de scolarité.

DÉCÈS. — *Art. 335.* — Lorsque la Commission spéciale reconnaîtra que l'intéressé est décédé des suites d'un accident, blessure ou maladie, imputable au service, intégralement ou par forfait, même si le décès survient après attribution d'une allocation viagère, la veuve (même séparée de corps, si le jugement a été rendu exclusivement en sa faveur) recevra une allocation annuelle et viagère égale à la moitié du chiffre de l'allocation qui aurait été attribuée en l'espèce pour une incapacité totale au membre décédé, à la condition que le mariage soit antérieur à l'accident, la blessure ou la maladie.

Cette allocation cessera en cas de nouveau mariage.

D'autre part, chaque enfant remplissant les conditions indiquées à l'article 334 recevra une allocation annuelle de 1.000 fr.

Cette allocation est portée à 2.000 fr. :

a. En faveur de tout enfant qui ne serait pas issu de la veuve attributaire d'allocation;

b. En faveur de chacun des enfants lorsque la victime de l'accident, maladie ou blessure ne laissera pas de veuve attributaire d'allocation ou lorsque l'allocation attribuée à la veuve viendra à s'éteindre.

En outre, dans l'un ou l'autre des deux cas prévus à l'alinéa précédent une majoration égale au montant de l'allocation de veuve sera attribuée au profit de l'ensemble des enfants bénéficiaires d'allocation principale.

Cette majoration sera répartie par tête définitivement et sans réversibilité. Elle cessera avec l'allocation principale.

Aucun enfant ne pourra jamais recevoir une somme supérieure aux deux tiers de l'allocation de veuve.

Art. 336. — Lorsqu'un membre ou ancien membre du personnel médical attributaire d'une allocation viagère, décédera par suite d'une cause étrangère à l'accident, blessure ou maladie imputable au service intégralement ou par forfait, la veuve et les enfants, remplissant les conditions indiquées aux articles précédents, recevront les allocations et majorations déterminées à l'article 335.

Toutefois, le taux de ces allocations et majorations sera réduit proportionnellement au degré d'invalidité.

Ascendants. — *Art. 337.* — Les ascendants de l'intéressé décédé des suites de l'accident, de la blessure ou de la maladie imputable au service intégralement ou par forfait, même si le décès survient après l'attribution de l'allocation, pourront prétendre à des allocations triennales renouvelables, à condition qu'ils justifient :

1° Qu'ils sont de nationalité française;

2° Qu'ils sont ou infirmes ou atteints d'une maladie incurable, ou âgés de plus de soixante ans, s'il s'agit d'ascendants du sexe masculin, et de plus de cinquante-cinq ans s'il s'agit d'ascendants du sexe féminin.

L'allocation annuelle est fixée au quart d'une allocation de veuve pour chacun des père et mère.

Si le père ou la mère est prédécédé, l'allocation ci-dessus pourra être répartie dans sa ligne, par tête, sans réversibilité, entre tous les ascendants remplissant les conditions indiquées au présent article.

Personnel des sages-femmes. — *Art. 338.* — Les dispositions insérées au chapitre 7, titre VI, du règlement sur le service de Santé des hôpitaux et hospices civils sont applicables aux premières sages-femmes, sages-femmes internes et aides sages-femmes des hôpitaux ou à leurs remplaçantes régulièrement agréées.

Externes. — Les dispositions insérées au chapitre 7, titre VI, du règlement général sur le service de Santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont étendues aux externes des hôpitaux ou à leurs remplaçants régulièrement agréés, sauf les modifications suivantes :

Art. 323. — L'allocation annuelle est fixée pour une invalidité de 100 p. 100 :

A 4.000 fr. pour un externe.

Art. 325. — Lorsque la Commission spéciale reconnaîtra que l'externe ou ancien externe est décédé des suites d'un accident, blessure ou maladie imputable au service, même si le décès survient après attribution d'une allocation viagère, la veuve (même séparée de corps, si le jugement a été rendu exclusivement en sa faveur) recevra une allocation annuelle et viagère de 2.000 fr., à condition que le mariage soit antérieur à l'accident, la blessure ou la maladie.

Cette allocation cessera en cas de nouveau mariage. »

(Le reste sans changement.)

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Strasbourg. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques du 17 septembre au 3 novembre 1928, sous la direction de M. le professeu. L.-M. Pautrier avec la collaboration de MM. les professeurs A. Barré, professeur de clinique neurologique; L. Blum. professeur de clinique médicale; G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; Merklen, professeur de clinique médicale; MM. les docteurs Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie; Boëz, chargé de cours de bactériologie; Gunsett, chargé de cours de radiologie; Roederer, chargé de cours de dermato-vénéréologie; Simon, professeur agrégé, clinique chirurgicale A; Vaucher, chargé de cours, clinique médicale B; Weill, chargé de cours d'ophtalmologie; A. Bœckel, chargé de la policlinique urologique à la clinique chirurgicale A; Diss et Glasser, chefs de laboratoire; G. Lévy, chef de clinique, et de M. Sloimovici.

Le cours aura lieu du lundi 17 septembre au samedi 3 novembre, tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'hôpital civil à la clinique des maladies cutanées et pour chaque branche de la spécialité dans les cliniques intéressées.

Tous les cours essentiellement pratiques seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques. Droit : 300 fr. — *Un cours de laboratoire* aura lieu en même temps. Droit : 300 fr.

S'inscrire pour ces cours auprès du professeur Pautrier, 2, quai Saint-Nicolas, Strasbourg.

Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose. Institut d'assurance sociale. Assurance des employés. Station climatique et héliothérapique de Leysin. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.* — *Voyage d'études à la station climatique et héliothérapique de Leysin (Suisse).* — Le cours comprendra deux parties :

La première, organisée à la Faculté de médecine de Strasbourg par le docteur E. Vaucher, chargé de cours à la Faculté, aura lieu à Strasbourg et dans les sanatoria de la région, du lundi 8 au jeudi 25 octobre 1928, avec la collaboration des docteurs Bauer, médecin-chef du sanatorium du Parc, à Davos; Michel-Léon Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris; Léon Blum, Canuyt, Géry, Leriche, Merklen, Rohmer, professeurs à la Faculté de médecine; Gunsett, Terracol, chargés de cours et agrégés à la Faculté; Belin, directeur des services d'hygiène de la ville de Strasbourg; A. Brion, médecin-chef de l'hôpital-sanatorium Saint-François; Schwartz, médecin-chef de l'hôpital civil de Colmar; Allenbach, médecin-chef de l'hospice Stéphanie; Fath, Goehrs, Heitzmann, Lienhardt, Weyrich, Wohlhuter, médecins des sanatorias de la région; Boeckel, directeur de la policlinique urologique de la Faculté de médecine; Woringer, chef de laboratoire à la Faculté; Ohlmann et Schaaf, radiologistes à la Faculté; Foncin, Froelich, Kaufmann, van Caulaert, Wolf, anciens chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants à la Faculté; Strauss, secrétaire général du Comité de propagande d'hygiène sociale; Tempé, chef de travaux à la Faculté.

La seconde sera un voyage d'études organisé par les médecins de la station climatique et héliothérapique de Leysin, qui aura lieu du vendredi 26 octobre au jeudi 1er novembre 1928.

Droit d'inscription : 350 fr. S'inscrire auprès du docteur Vaucher, 8, quai Finkwiller, Strasbourg.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

La Tarentaise a une nuit de Paris. — Un train rapide de nuit, avec des places de wagon-lits, de lits-salon, de couchettes et de 1re et 2e classes, circule entre Paris et la Tarentaise. Il comprend des places de 3e classe en nombre strictement limité pour Chambéry et au delà.

Départ de Paris 21 h. 40. Arrivée à Aix-les-Bains 6 h. 30, Chambéry 6 h. 52, Moutiers-Salins 8 h. 57, Bourg-Saint-Maurice 10 h. 02.

En sens inverse, départ de Bourg-Saint-Maurice 18 h. 39, de Moutiers-Salins 19 h. 26, de Chambéry 21 h. 35, d'Aix-les-Bains 22 h. 03. Arrivée à Paris 7 h. 02.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

DOCTORAT EN MÉDECINE. — L'article 26 du décret du 10 septembre 1924, portant réorganisation des études médicales, est complété comme suit :

« *Art. 26.* — Les quatrième et cinquième examens de fin d'année, les examens de clinique et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Il ne peut être dérogé à cette règle que par une décision ministérielle prise après avis de la faculté d'origine de l'étudiant et du comité consultatif de l'enseignement supérieur public. »

— Conditions dans lesquelles les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, peuvent être admis à postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine :

« Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public (commission de la médecine et de la pharmacie) être autorisés à postuler, avec dispense de scolarité et dispense partielle d'examens, le diplôme d'Etat de docteur en médecine à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du diplôme d'Etat de docteur ès sciences, docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou du titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes).

La dispense de scolarité pourra être totale pour ceux qui auront accompli, en France, le cycle complet des études en vue du doctorat universitaire.

La dispense d'examens ne pourra, en aucun cas, porter sur plus de trois épreuves.

Le décret du 29 décembre 1906 est abrogé. » (*J. O.*, 1er sept. 1928).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de dermatologie*, du 1er octobre au 27 octobre 1928, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de : MM. Hudelo, Milian, Lortat-Jacob et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Broca; Valléry-Radot-Pasteur, agrégé, médecin des hôpitaux; Joyeux, agrégé de parasitologie; Touraine et P. Chevalier, médecins des hôpitaux; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Barthélemy, chef de clinique à la Faculté; Meyer et Périn, chefs de clinique; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté; MM. Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Fernet, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 1er au samedi 27 octobre 1928, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 250 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine (salle Béclard.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LE CANCER AU CENTRE ANTICANCÉREUX DE STRASBOURG. — Du 16 au 31 octobre 1928 aura lieu à Strasbourg, sous la direction de M. le docteur Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, chargé de cours à la Faculté de médecine, un cours de perfectionnement sur le cancer qui comportera :

1. Des conférences sur l'*étiologie du cancer* et les cultures de tissus (M. Borrel) et sur la physico-chimie du cancer (M. Vlès).

2. Des *conférences cliniques sur le cancer* (MM. Canuyt, Keller, Leriche, Pautrier, Reeb, Weill et Weiss).

3. Un cours complet d'*histopathologie des tumeurs* (M. Géry).

4. Des conférences et *exercices pratiques* sur le traitement du cancer par les agents physiques (M. Gunsett). — *a.* Technique de la *rœntgenthérapie* : unités et mesures ionométriques. *L'unité électro-statique et son application à la pratique.* Mesures et dosage en profondeur. Isodoses. La diffusion et son influence sur les mesures. Mesures de la qualité (Halbwertschicht et spectrométrie). — *b.* Technique de la curiethérapie : Méthodes d'application. Méthodes de mesure et de calculation de la dose. Microionométrie. Télécuriethérapie.

Pendant les *travaux pratiques* (M. Gunsett, Mlle Berg, M. et Mme Spack), les participants auront l'occasion de se familiariser avec ces méthodes. Ils apprendront à faire des moulages en curiethérapie et à faire des étalonnages en unités Solomon et en unités électrostatiques.

5. Des conférences avec démonstrations sur l'*électrocoagulation* (M. Gunsett).

6. Des conférences sur les chapitres principaux de la *radiopathologie* (M. Gunsett).

7. Des conférences sur la technique du *traitement des principaux cancers* (M. Gunsett).

8. Des *présentations journalières de malades* (M. Gunsett).

9. Des conférences sur la *physique des rayons X* et des *corps radioactifs* (M. Reiss).

10. Des conférences et travaux pratiques d'*hématologie* (M. Wolff).

Le cours se terminera les 30 et 31 octobre, par deux *journées de communications* avec discussion qui seront présidées par M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène et dont voici le programme :

Mardi, le 30 octobre, 9 h. : Communications de MM. Degrais (Paris), Mercier (Lausanne) et Dauvillier (Paris). — Dosage en curie- et en roentgenthérapie : MM. Belot (Paris) et Rosselet (Lausanne). — Radiorésistance. Conférence de M. Solomon (Paris) : Notation des unités internationales et étalonnage pratique des ionomètres.

Visite au Centre anticancéreux. Démonstration d'un étalonnage en unités électrostatique pour la pratique (M. Gunsett).

14 h. 30. : Communications de MM. Cheval et Mayer (Bruxelles) : télécuriethérapie. — Cahen (Bruxelles) : tumeurs malignes en gynécologie. — Coliey (Paris) : télécurithérapie. S. Laborde (Paris) : sujet réservé. — Proust (Paris) : radiothérapie et métastases osseuses. — Conférence de M. Dustin (Bruxelles) : les réactions cytologiques des tumeurs traitées par la télécuriethérapie.

Mercredi, le 31 octobre, 9 h. : Sujets à l'ordre du jour : *Les cancers de la cavité buccale et de l'appareil respiratoire. Les cancers du corps thyroïde.*

Communications de MM. Bérard (Lyon), Regaud (Paris) : sujet réservé. — Canuyt (Strasbourg), Du Bois (Genève), Gernez et Mallet (Paris), Gauduckau (Nantes), Hoche (Nancy), Jeauneney (Bordeaux), Ledoux et Sluys (Bruxelles).

14 h. 30. : MM. de Coulon (Lausanne) et Vlès (Strasbourg) : physicochimie du cancer. — Reding et Slosse (Bruxelles) : altérations tumorales. — Firket (Liége) : biologie des sarcomes. — Heyninx (Bruxelles) : étiologie gingivo-dentaire. — Teyron (Marseille) : tumeurs thyroïdiennes des poissons.

Visites de l'Institut de M. le professeur Borrel suivie d'une conférence.

Les inscriptions pour le cours sont reçues par M. le docteur Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, hôpital civil à Strasbourg. Le droit d'inscription pour le concours est de 300 fr. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gabriel Brisset (de Paris), Trossat, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Chalon-sur-Saône; Camille Lejeune et Charles Evenepoel (de Bruxelles).

LIVRES NOUVEAUX

Barème des accidents du travail (1), par le docteur Lucien Mayet, docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon, médecin-expert près les Tribunaux, la Cour d'appel et le Tribunal des pensions de Lyon.

Le titre complet de ce petit livre est le suivant : *Barème à l'usage des médecins praticiens pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail.*

Malgré son tirage élevé, la première édition du *Barème* a été rapidement épuisée. Cette seconde édition a été entièrement revisée, largement augmentée et parfaitement mise au point. Clarté, précision, exactitude, texte vérifié en quelque sorte mot par mot, schémas au nombre d'une centaine, excellente disposition typographique font de cette nouvelle présentation de l'ouvrage du docteur Mayet un vade-mecum indispensable pour le praticien, en matière d'accidents du travail aujourd'hui, d'assurances sociales, demain.

L. G.

(1) Deuxième édition, un volume de 176 pages, format 9,5×15,2, avec 96 figures schématiques dans le texte. — Prix : 9 fr.; franco, 9 fr. 45; franco recommandé, 10 fr. 05. — Paris, A. Poinat.

PATHOGÉNIE, CLASSIFICATION ET VALEUR DIAGNOSTIQUE

DES

BRUITS PATHOLOGIQUES DU POUMON

Par Albert GIRAUD (de Grasse).
Ex-assistant aux Sanatoriums de Leysin.

Vouloir, en 1928, reviser la nomenclature et la valeur séméiologique des bruits pathologiques pulmonaires peut paraître audacieux, tant d'auteurs ayant, depuis si longtemps, étudié avec la plus extrême minutie les différents éléments de la séméiologie stéthacoustique du poumon. Cette mise au point pourra cependant paraître opportune au moment où le contrôle radiologique, devenu l'un des soutiens essentiels du diagnostic, a permis à de nombreux médecins de parler des défaillances et parfois même de la faillite de l'auscultation. Quels sont les bruits pathologiques par lesquels se traduisent les affections de l'arbre broncho-alvéolaire? Que pouvons-nous et que devons-nous demander à l'auscultation? Telles sont les questions auxquelles nous nous proposons de répondre dans les paragraphes qui vont suivre.

*
* *

Les bruits pathologiques du poumon se divisent en râles et en souffles.

Pathogénie des souffles. — Ce chapitre ne nous retiendra pas longtemps. La pathogénie des souffles a, en effet, été l'objet de publications récentes grâce auxquelles nous possédons sur ce sujet des idées precises et, semble-t-il, définitives. Nous nous contenterons de rappeler l'essentiel.

Il y a souffle toutes les fois que le courant aérien circulant dans les conduits trachéo-bronchiques rencontre un rétrécissement. C'est ainsi que naît le bruit glottique, lorsque la veine fluide aérienne franchit le rétrécissement naturel de la glotte (1). Ce bruit glottique est à l'origine de tous les souffles. Normalement on le perçoit en appliquant le stéthoscope en avant et à la base du cou. Mais, par contre, on cesse de l'entendre si l'on ausculte une partie quelconque de la paroi thoracique. Pourquoi? Parce qu'entre ce bruit et l'oreille s'interpose un étouffoir : le parenchyme pulmonaire. Supprimez cet étouffoir et le bruit sera perçu. Pareille suppression est réalisée par tous les processus pathologiques qui augmentent la densité du parenchyme et le rendent bon conducteur du son. Le bloc pneumonique transmettant à la paroi le bruit glottique donne naissance au souffle tubaire. Toutes les variétés de souffle ont même pathogénie, je veux dire que tous résultent de la transmission à la paroi du bruit glottique par le parenchyme pulmonaire dont la densité est augmentée. Mais des circonstances particulières vont conférer à ce souffle un timbre spécial. La présence d'une caverne ou d'un pneumothorax, agissant l'un et l'autre à la manière d'une simple caisse de résonance lui donneront, par exemple, un timbre creux ou musical et nous aurons les souffles cavitaires et amphoriques.

(1) La veine fluide sonore prenant exactement naissance au moment où le courant aérien passe d'une partie étroite (glotte) dans une partie large (région sous-glottique).

Ainsi :

Condensation simple = souffle tubaire;
Condensation + caverne = souffle cavitaire;
Condensation + pneumothorax = souffle amphorique.

Il nous est impossible de terminer ce chapitre sans rappeler que c'est aux Lyonnais Chauveau et Bondet que nous devons de connaître la pathogénie des souffles et sans résumer en quelques mots leur célèbre expérience :

Ayant pratiqué une trachéotomie chez une jument atteinte de pneumonie et présentant un souffle tubaire, Chauveau et Bondet pouvaient, en écartant ou en fermant les lèvres de la plaie trachéale, obtenir que l'animal respirât, tantôt par sa glotte, tantôt par la plaie trachéale. Dans le premier cas le souffle était perçu, dans le second cas il disparaissait. Le bruit glottique était donc bien à l'origine du souffle tubaire perçu dans la zone hépatisée. M. Rist, chez un cavitaire trachéotomisé, a fait la preuve chez l'homme de l'origine glottique des souffles (1).

Pathogénie des râles. — Quels sont ces bruits? Quelle est leur origine? Comment les classer? Comment les interpréter? Questions souvent posées et qui ont reçu, suivant les époques et selon les auteurs, des réponses fort diverses. Je n'entreprendrai donc pas de mentionner ici les différentes variétés de râles qui ont été décrites. J'aurais vraiment quelque scrupule à placer sous les yeux du lecteur une liste bien longue et bien compliquée. Nul doute, du reste, que parmi tant d'appellations dont beaucoup sont plus pittoresques que précises, il ne s'en trouve un certain nombre d'inutiles et même de regrettables, soit que deux termes distincts servent à désigner un même bruit, soit qu'au contraire des bruits d'origine disparate se trouvent groupés sous une même étiquette. Pour essayer de mettre un peu d'ordre dans cette question procédons par voie d'élimination et plaçons tout d'abord à part deux types de râles si nettement caractérisés qu'ils ne peuvent prêter à confusion avec aucun autre bruit et que tous les auteurs s'accordent pour en donner une description identique. Je veux parler des râles ron-

(1) Rappelons que ces deux mêmes auteurs fournirent la démonstration de l'origine du murmure vésiculaire. On sait que longtemps s'opposèrent les théories des dualistes et des unicistes. Pour ces derniers, il n'y avait qu'un seul bruit pulmonaire : le bruit glottique, et c'est lui qui, propagé à la paroi mais diminué, donnait naissance au murmure vésiculaire. Celui-ci reconnaît, en réalité, une tout autre origine. Lorsque le courant aérien franchit le sphincter qui termine la bronchiole acineuse, il se produit, par le même mécanisme que plus haut, un souffle minuscule, et c'est l'addition de tous ces souffles qui donne naissance au murmure vésiculaire. Sectionnant le pneumogastrique, Bondet et Chauveau montrent que le murmure vésiculaire disparaît par paralysie des muscles de Reisessen tandis que le bruit glottique persiste. Inversement, le murmure vésiculaire subsiste, mais le bruit glottique disparaît lorsque, après trachéotomie, le courant aérien ne franchit plus l'origine glottique.

flants et sibilants (dits de bronchite) et des râles crépitants.

Rales ronflants et sibilants. — La pathogénie de ces bruits, si facile à reconnaître, mérite d'être précisée. Selon M. Lazare Maulde, les râles ronflants et sibilants prennent naissance, non dans les bronches, comme on l'enseigne habituellement, mais « dans la portion immédiatement sous-glottique des voies aériennes supérieures ». En faveur de cette opinion l'auteur cite le cas de ces malades atteints de bronchite chronique tenace chez lesquels la guérison est rapidement obtenue « par quelques soins locaux des voies aériennes supérieures, soins qui font à la fois disparaître les symptômes fonctionnels et les signes physiques pseudo-bronchiques ». La pratique montre en effet qu'il est fréquent d'observer des râles ronflants et sibilants dans des affections intéressant uniquement le larynx et la trachée. Mais, si la théorie classique qui fait naître les râles ronflants et sibilants au niveau des bronches de différents calibres est certainement critiquable, il me paraît toutefois abusif de limiter à la région sous-glottique la zone d'origine de ces bruits. Comment naissent les râles ronflants et sibilants? Selon la plupart des auteurs ils résultent d'un rétrécissement de la lumière bronchique déterminé, soit par le gonflement de la muqueuse, soit par la présence de mucosités, soit encore par la contracture des muscles de Reissessen. Cette explication est certainement inexacte. Nous savons, en effet, à quel bruit donne naissance un rétrécissement. Qu'il s'agisse d'un rétrécissement naturel (glotte) ou pathologique (compression de la trachée ou des bronches par une tumeur), ce bruit est un souffle de tonalité et d'intensité variables. Les râles ronflants et sibilants ne pouvant en aucune façon être assimilés aux souffles il faut donc chercher une autre explication pathogénique. Des bruits si franchement musicaux doivent, je crois, évoquer immédiatement l'idée d'une membrane, d'une anche vibrante mise en mouvement par le courant aérien. Il est donc très vraisemblable que les râles ronflants et sibilants prennent naissance au niveau de conduits aériens de gros calibre (région sous-glottique, trachée, grosses bronches) incomplètement obstrués par les sécrétions pathologiques (1).

La qualité de ces sécrétions joue également un rôle important. Il est, en effet, extrêmement fréquent de n'observer aucun râle sibilant chez les tuberculeux pulmonaires chroniques en dépit d'une expectoration très abondante. La formation d'une membrane capable de donner naissance aux bruits dits de bronchite, exige sans doute une fluidité particulière des sécrétions, et, de fait, lorsque chez un tuberculeux l'auscultation révèle des râles ronflants et sibilants, il est fort rare que l'examen du crachoir ne permette pas de constater la présence d'une couche fluide et spumeuse recouvrant la masse compacte des crachats nummulaires.

(1) C'est une question que j'ai déjà abordée dans un travail antérieur. Voy. A. Giraud. Le syndrome dit de bronchite dans la tuberculose pulmonaire (bronchites tuberculeuses), *Presse méd.*, avril 1928.

Rales crépitants. — Caractérisés par leur finesse, leur abondance, l'égalité de leur volume et le moment de la respiration où ils se produisent, ces bruits sont, comme les précédents, très faciles à identifier et l'on ne peut que souscrire à l'opinion de Laennec quand il affirme « qu'il suffit de les avoir entendus une fois pour ne pouvoir s'y tromper ». On admet qu'ils résultent du décollement brusque des parois de l'alvéole au moment de l'inspiration.

Rales bulleux. — On peut sans conteste poser en principe que tous les bruits adventices résultent d'une cause unique : le conflit entre les sécrétions pathologiques et le courant aérien dans les voies respiratoires ou dans le tissu pulmonaire en voie de désintégration. Nous venons de voir à quels bruits ces sécrétions donnent naissance, d'une part dans l'acinus, et, d'autre part, dans la trachée et les grosses bronches (râles crépitants, râles ronflants et sibilants). Les autres bruits adventices proviennent donc nécessairement, soit des bronches de petit et moyen calibre, soit des lésions destructives du parenchyme. L'auscultation permet-elle d'attribuer à ces bruits l'une ou l'autre de ces deux origines? Il suffit de réfléchir pour comprendre que pareille discrimination est ordinairement impossible. Le volume des bruits ne fournit aucune indication. Le moment de la respiration où ils se produisent n'a lui aussi qu'une très faible valeur. Sans doute les bruits parenchymateux sont-ils plutôt perçus pendant l'inspiration et les bruits d'origine bronchique pendant les deux temps de la respiration. Mais ces caractères sont loin d'être constants. Enfin, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, le timbre des râles n'apporte pas la solution du problème, d'abord parce que certaines lésions destructives minuscules sont incapables de conférer un caractère consonant aux bruits qu'elles engendrent, et en second lieu parce que les bruits à caractère franchement ulcéreux peuvent prendre naissance, non pas au niveau même de la lésion, mais dans la bronche de drainage ou dans une bronche juxta-cavitaire. On est donc, je crois, en droit de grouper sous le même nom générique de râle bulleux tous les bruits adventices autres que les râles crépitants et sibilants ronflants. Deux causes vont, du reste, intervenir pour modifier le volume ou le timbre des râles bulleux :

1° Le volume de la bronche ou de l'espace pathologique dans lesquels ils prennent naissance;
2° La présence d'une cavité.

De là les différentes variétés de râles bulleux que nous allons examiner.

Rale bulleux simple (syn. sous-crépitant). — C'est le signe stéthacoustique habituel de la tuberculose pulmonaire chronique. Selon le volume de la bronche où ils prennent naissance, les râles bulleux peuvent être distingués en petits, gros et moyens; ils peuvent encore être rares, nombreux, profonds, superficiels, en nappe, etc., sans qu'il soit besoin, je crois, de créer de nouvelles appellations pour rendre compte de ces différentes éventualités.

Rale bulleux consonant (syn. râle éclatant, râle ulcéreux). — C'est un râle bulleux banal, modifié dans son timbre par le voisinage d'une cavité. S'il m'est permis d'user d'une comparaison, je dirai qu'il est au râle bulleux simple ce que le souffle cavitaire est au souffle banal, résultant de la transmission du bruit glottique. La connaissance de ce bruit pathologique a une importance capitale. Il représente, en effet, le signe le plus communément observé au cours de la tuberculose ulcéreuse (1).

*
* *

Avant de poursuivre l'étude des bruits pathologiques du poumon, essayons de résumer dans un tableau d'ensemble les faits qui ont été exposés dans les précédents paragraphes :

CLASSIFICATION DES BRUITS PATHOLOGIQUES DU POUMON

Région d'origine.	Bruits.
I. Glotte	Les différents souffles.
II. Région sous-glottique, Trachée, Grosses bronches	Râles ronflants et sibilants.
III. Bronches de petit et moyen calibre, Tissu pulmonaire en voie de destruction.	Râles bulleux.... a. Simples (petits, gros, moyens). b. Consonants.
IV. Alvéoles	Râles crépitants (2).

Si l'on songe à l'origine si simple de ces bruits et si l'on veut bien admettre qu'ils sont en réalité très peu nombreux on sera surpris de la richesse du vocabulaire qui sert à les désigner. Qu'il me soit permis de citer à titre d'exemple cette phrase rencontrée au hasard d'une lecture dans un manuel de diagnostic médical : « Les râles sous-crépitants ou râles muqueux ou râles humides font partie avec les râles crépitants des râles humides ou bulleux. » Je n'entends pas faire de cette citation une critique exagérée. L'auteur trouverait sans doute de bonnes raisons pour défendre les termes dont il se sert et qui, de fait, sont souvent employés comme synonymes. Je demande seulement qu'on réfléchisse à l'impression qu'une telle accumulation d'épithètes peut produire chez le débutant à qui est destiné l'ouvrage auquel je fais allusion. Je me demande encore ce que pourra penser ce même débutant lorsqu'il constatera que le râle crépitant classé parmi les râles humides est en réalité, de par l'impression auditive qu'il produit, le plus sec de tous les râles, à telle enseigne que de nombreux auteurs en font le prototype du râle sec. Nul doute qu'une telle confusion dans les termes n'aboutisse à une égale confusion dans les idées si tant est qu'elle n'en procède pas. Qu'il me soit donc permis, pour essayer de remédier aux inconvénients de cette terminologie imprécise et compliquée, de passer en revue quelques-unes des appellations les plus communément usitées et de m'expliquer à leur sujet. Je m'excuse du caractère minutieux de cette étude critique, encore qu'il existe, sinon dans les faits, du moins dans la description et l'interprétation qu'on en a données, une complexité dont je ne suis pas responsable.

Frottements-rales. — C'est le type de l'appellation qui ne répond à aucun bruit pulmonaire ou pleural caractérisé et dont l'emploi est regrettable. M. Sergent et d'autres auteurs l'ont justement critiquée. Il y a des râles. Il y a des frottements. Il peut y avoir un mélange de frottements et de râles. Il n'y a pas de frottement-râle. Je veux dire que l'on ne peut en aucune façon grouper sous une même étiquette des bruits qui, si l'on s'en rapporte aux termes mêmes qui servent à les désigner prennent naissance dans deux organes différents. Le râle appartient essentiellement au poumon, le frottement à la plèvre et entre ces deux bruits aucune confusion n'est ordinairement possible. J'ajoute que, contrairement à ce qui a été écrit, il n'existe qu'assez rarement des bruits qui de par leur caractère stéthacoustique participent à la fois du râle et du frottement. Je suis sur ce point en parfait accord avec M. Dumarest : la plèvre ne peut émettre qu'un seul bruit, le frottement, et ce bruit est si caractéristique que, dans la plupart des cas, l'oreille la moins expérimentée ne saurait s'y tromper. Les frottements ne sont habituellement perçus qu'à la base des poumons. En effet dans sa partie supérieure la plèvre est peu mobile, et au cours de la tuberculose pulmonaire ses mouvements sont ordinairement supprimés de façon précoce par des processus adhérentiels. Les frottements pleuraux que décrivent certains auteurs dans les fosses épineuses et claviculaires correspondent habituellement à des râles indistincts ou à des bruits d'origine musculaire (Dumarest).

Crépitations. — Les crépitations, râles fins prennent nécessairement naissance dans la partie terminale de l'arbre broncho-alvéolaire. Si ce n'est dans l'acinus c'est donc dans les petites bronches et de toute façon ces bruits rentrent dans l'une ou l'autre des deux précédentes variétés. L'emploi du terme de crépitation n'est donc que l'aveu des défaillances de notre acuité auditive. Aussi ne puis-je souscrire à l'opinion des auteurs qui considèrent les crépitations comme des bruits distincts, ayant une origine et une signification propres.

Rales humides. — Cette appellation pourrait, elle aussi, disparaître. Pathogéniquement, tous les râles

(1) Voy. Albert Giraud. Séméiologie des cavernes pulmonaires, *Revue de la tuberculose*, 1927, n° 3.

(2) Il s'agit là, bien entendu, d'une vue schématique, et il va sans dire que nous ne prétendons nullement qu'il existe une ligne de démarcation absolument tranchée entre les zones d'origine de ces différents bruits.

sont humides puisque tous résultent de la présence de sécrétions liquides dans les voies aériennes. De là d'inévitables confusions. On voit par exemple certains auteurs classer le râle crépitant parmi les bruits humides alors que pour d'autres l'expression « bruits humides » est synonyme de bruits ulcéreux. En effet tandis que pour les classiques tous les râles sont humides à l'exception des râles ronflants et sibilants aujourd'hui l'expression « râles humides » sert pratiquement à désigner les râles bronchiques simples de gros calibre ou les râles ulcéreux et celle de « râles secs » les bruits de petit calibre. L'inconvénient de ces deux expressions apparaît dans ces simples remarques.

Rales muqueux. — Même observation que ci-dessus. Pathogéniquement tous les râles sont muqueux.

Rales sous-crépitants. — Cette appellation a été très critiquée et je conviens qu'elle n'est pas heureuse. Elle s'oppose dans l'esprit de ceux qui l'emploient à celle de râle crépitant et sert à désigner des bruits de plus gros calibre. Elle correspond assez exactement à celle de râle bulleux que nous avons adoptée.

Craquement. — Ce terme est l'objet de malentendus très fréquents. Qu'est-ce qu'un craquement? Si l'on se reporte aux descriptions qu'en donnent les auteurs, il est assez difficile de faire à cette question une réponse précise. Pour les uns, en effet le craquement doit être classé parmi les bruits secs. C'est ainsi que Laennec décrit deux variétés de râles crépitants : le crépitant humide (qui correspond aux râles crépitants des auteurs modernes) et le crépitant sec ou craquement. Pour d'autres, comme M. Pierry, le craquement est « un bruit toujours humide, symptomatique d'un ramollissement tuberculeux du poumon ». MM. Bezançon et de Jong adoptent une opinion analogue et décrivent le craquement comme un râle « à timbre spécial, un peu sonore, un peu clangoreux... pathognomonique de la lésion tuberculeuse en voie de fonte ». D'autres auteurs considèrent que le craquement peut être tantôt sec, tantôt humide, d'où les expressions de craquement sec et humide. M. Cassaët, après avoir déclaré qu'il est très difficile de savoir si le craquement doit être rangé parmi les bruits secs ou humides, conclut qu'on peut le ranger *artificiellement* parmi les bruits humides « formule évidemment capable de concilier toutes les opinions mais bien peu faite, on en conviendra, pour apporter quelque lumière dans le débaf. Ajoutons que pour certains cliniciens le craquement doit être considéré comme un râle isolé ou une succession de râles isolés de type variable. Sa signification serait alors très différente suivant les cas. Les caractères stéthacoustiques, et la valeur séméiologique de ce bruit sont, on le voit, l'objet d'appréciations fort diverses. Mais quelle que soit l'idée qu'on se fasse du craquement qu'on le considère comme un râle sec, humide ou de type variable, il suffit de réfléchir un instant pour comprendre qu'il rentre nécessairement dans l'une ou l'autre des variétés de bruits que nous avons décrites. C'est ainsi que si l'on adopte l'opinion de MM. Pierry, Bezançon et de Jong, à laquelle semblent se rallier la majorité des auteurs modernes, le craquement correspond de toute évidence à un râle consonant isolé, de petit calibre. Pour si imagée qu'elle soit, cette appellation ne nous paraît donc nullement indispensable ; il nous a par contre été facile de montrer les inconvénients qu'il peut y avoir à utiliser une expression si mal définie.

*
* *

Nous pouvons clore ce chapitre. Ce qui précède suffit, je crois, à démontrer la nécessité d'adopter une nomenclature plus simple des bruits pathologiques du poumon. Le tort de la plupart des cliniciens a été de vouloir établir une classification des bruits pulmonaires en se basant uniquement sur des impressions auditives — lesquelles peuvent varier à l'infini — sans se préoccuper de rechercher l'origine de ces bruits, recherche cependant essentielle puisque seule, comme on l'a vu, elle est capable d'apporter un peu d'ordre dans le chaos des sensations. De là cette terminologie dont la richesse étonne lorsqu'on songe aux faits très simples qu'elle sert à désigner. Encore une fois, on ne peut contester que l'ingéniosité des auteurs n'ait contribué à rendre compliquée une question, qui, par elle-même ne l'était pas beaucoup. Il n'est pas douteux en effet qu'en dépit de leur apparente complexité, les différentes variétés de râles peuvent toujours être ramenés à l'un des quatre grands types suivants :

1° Râles ronflants et sibilants;
2° Râles crépitants;
3° Râles bulleux simples, de différents calibres;
4° Râles bulleux consonants.

Il n'y aurait que des avantages à ne pas utiliser d'autres termes. Je ne me dissimule pas cependant que parmi les appellations dont je viens de faire la critique, beaucoup continueront à être employées soit par habitude, soit parce qu'elles traduisent d'une façon imagée telle impression auditive. Le mal ne sera pas très grand si l'on n'est pas dupe des mots, je veux dire si l'on s'astreint à avoir toujours présente à l'esprit l'explication pathogénique des bruits que l'on décrit. J'ajoute que ces bruits ne sont pas toujours aisés à reconnaître, soit qu'ils se trouvent mêlés à d'autres bruits, soit qu'ils proviennent d'un foyer profond, soit que par certains de leurs caractères ils prêtent à confusion avec d'autres variétés de râles (râles bulleux fins et râles crépitants, râles bulleux volumineux superficiels, et râles consonants, etc.). En pareil cas, il faudra s'inspirer des sages conseils de Laennec et ne pas craindre de déclarer que les bruits perçus sont impossibles à identifier. Cela vaudra certainement mieux que de créer des termes savants destinés à masquer notre ignorance. C'est en s'obstinant à discerner l'indiscernable que l'on a transformé l'auscultation, procédé d'examen minutieux mais simple, en un art difficile et quasi « divinatoire » selon la juste et pittoresque expression de M. Rist.

QUELLE EST LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES BRUITS PATHOLOGIQUES DU POUMON ?

Le développement donné aux précédents paragraphes nous permettra de répondre brièvement à cette question.

Les *souffles*, on l'a vu, résultent d'une condensation du parenchyme pulmonaire. Leur timbre particulier signifie qu'à côté de cette condensation due tantôt à une lésion du parenchyme tantôt à son seul refoulement (pneumothorax, pleurésie) il existe une caverne, un épanchement gazeux ou liquide.

Les *râles ronflants et sibilants* indiquent qu'il y a crise hypersécrétoire de l'arbre broncho-alvéolaire, avec sécrétion abondante et fluide obstruant incomplètement les conduits aériens de gros calibre. Mais si des bruits ronflants et sibilants prennent naissance au niveau des grosses bronches et méritent pour cette raison d'être qualifiés de bronchiques, ils n'indiquent nullement que la crise sécrétoire (liée à l'inflammation ou à toute autre cause) est limitée aux conduits aériens (1), puisque les bronches sont la voie d'évacuation nécessaire de toutes les sécrétions broncho-pulmonaires d'*où qu'elles proviennent*. Tripier a du reste montré que la bronchite se complique toujours d'alvéolites et réciproquement.

Les *râles crépitants* indiquent qu'il y a lésion d'alvéolite. Mais ce bruit étant à peu près l'apanage de la pneumonie franche, on est en droit de supposer que la nature, la consistance particulière des sécrétions jouent un rôle dans leur production.

Les *râles bulleux* signifient qu'il existe dans le poumon un territoire malade et que le processus morbide donne lieu à des sécrétions peu abondantes occupant les bronches de petits et de moyens calibres. De leur topographie, de leur plus ou moins grande abondance, de leur caractère superficiel ou profond on peut — mais avec beaucoup de prudence — déduire l'étendue, la topographie des lésions du poumon. Une des principales causes d'erreurs est la propagation des râles à distance du foyer émetteur.

Les *râles bulleux consonants*, *éclatants* indiquent que le processus morbide qui frappe le poumon se complique d'une perte de substance, mais là aussi existe de nombreuses causes d'erreurs qui enlèvent à ce signe une partie de sa valeur. Nous les énumérerons brièvement :

1° Râles provenant d'un foyer contigu à une cavité dont l'origine peut être :

a. Pleurale : pneumo-thorax enkysté;

b. Bronchique : dilatation bronchique, moignon pulmonaire comprimé par un épanchement et dans lequel la bronche de drainage joue le rôle d'une caisse de résonance (Sergent);

c. Trachéale : dilatation ou coudure de la trachée (Bezançon, Armand Delille, Laubry).

2° Gros bruit superficiel de la cortico-pleurite (Jaquerod);

3° Râles bulleux simples éclatant dans un milieu dense (Dumarest);

4° Râles bulleux simples de très gros calibres.

***

On le voit, en somme, les bruits pathologiques ne nous renseignent que sur les modifications survenues dans l'état physique du poumon (densification, caverne), et la présence d'exsudats d'abondance et de consistance variables dans telle ou telle partie de l'arbre broncho-alvéolaire. C'est le contexte qui fait le diagnostic de l'affection causale. C'est par exemple une simple hérésie que de dire comme on le répétait autrefois que le craquement humide est pathognomonique d'une lésion *tuberculeuse* du poumon. Le craquement humide (râle consonant de petit calibre) n'indique qu'une chose : qu'il y a destruction du parenchyme. Toutes les affections capables d'entraîner une pareille modification dans l'état physique du poumon sont susceptibles de le produire. Mais il est bien évident qu'observé chez un malade atteint d'une affection chronique du poumon il permet de penser immédiatement à la tuberculose qui représente l'immense majorité des lésions pulmonaires chroniques compliquées de destruction du parenchyme. L'ensemble des autres signes fonctionnels ou généraux complète le diagnostic que le laboratoire confirme.

***

Nous écartant un peu des limites de cette étude nous rappellerons quelques notions importantes de la séméiologie du poumon qui semblent parfois un peu oubliées des médecins.

1° Toute une série de symptômes recherchés par le clinicien ont une même et seule signification (1), c'est ainsi que :

La matité L'exagération des vibrations La respiration soufflante, rude, bronchique Le souffle La pectorieloquie La bronchophonie	=	augmentation de la densité du poumon.

Les cinq derniers signes résultent tous de la transmission des vibrations glottiques (voix et bruit glottique) par le parenchyme densifié.

2° En revanche, un seul symptôme peut résulter de causes fort diverses. C'est ainsi que la diminution de la respiration peut être due :

A des lésions pleurales (épanchements, pachypleurites);

A un obstacle nasal;

A une gêne respiratoire mécanique [insuffisance respiratoire d'origine diaphragmatique] (Sergent);

A la suppression par un processus morbide de la perméabilité d'une partie plus ou moins étendue du champ pulmonaire.

(1) Voy. Albert Giraud. Le syndrome dit de bronchite dans la tuberculose pulmonaire, *loc. cit.*

(1) Exception faite pour la matité dont l'origine peut être, bien entendu, pleurale ou pariétale. Nous avons déjà dit que le souffle pouvait parfois provenir de la compression de la trachée ou des grosses bronches.

3° On décrit de très nombreuses modifications de la respiration. Il faut s'entendre. Le murmure vésiculaire n'est susceptible que de deux modifications : il peut être augmenté (emphysème hypertrophique de Tripier) ; il peut être diminué pour les différentes raisons que nous venons d'indiquer. Lorsqu'on dit qu'une respiration est rude, bronchique, soufflante, le murmure vésiculaire n'est pas en cause. La respiration bronchique ou rude ou soufflante n'étant que le *seuil du souffle* et traduisant une densification discrète du parenchyme.

La diminution de la respiration coïncide, du reste, souvent avec la rudesse, puisque tel processus de condensation peut en même temps supprimer la fonction respiratoire et augmenter la densité du poumon. De là une asymétrie respiratoire qui donne parfois l'illusion (de par la rudesse de la respiration) que le sommet malade respire plus fortement, respire mieux que le côté sain. Ainsi voit-on les médecins qui n'ont pas recours au contrôle radiologique commettre en ce sens de grossières erreurs.

4° On parle souvent « de respiration trouble ». Cette appellation correspond, en effet, à une impression auditive assez bien caractérisée. La respiration trouble, comme le remarque Burnand, résulte de la réunion de différents éléments : diminution de la respiration, rudesse, râles indistincts.

5° La respiration peut être encore modifiée dans son rythme, symptôme du reste sans grande valeur, exception faite du type inverse des emphysémateux.

***

En terminant cette étude consacrée à la séméiologie stéthacoustique du poumon, *il nous paraît indispensable de rappeler que, grâce au contrôle radiologique, nous savons aujourd'hui avec quelle fréquence les bruits pathologiques peuvent faire défaut ou n'offrir aucun parallélisme avec la gravité, l'étendue et la topographie des lésions dont ils sont les symptômes.* En ce qui nous concerne nous souscrivons pleinement aux idées souvent exprimées sur ce sujet par M. Ameuille.

Tout examen stéthacoustique devra donc être contrôlé par la radioscopie et la radiographie. N'oublions pas que, selon les recherches de M. Garcin, la radiographie permet de voir des détails trois fois plus fins que le simple examen radioscopique. Nous conclurons avec cet auteur que tout examen radiologique qui ne comporte pas une graphie est un examen incomplet.

JOURNÉES MÉDICALES DE RIO DE JANEIRO[1]

Comme nous l'avons annoncé, les Journées médicales réalisées pour la première fois en Amérique ont eu lieu du 15 au 20 juillet 1928 au Brésil, à Rio de Janeiro.

Précédées d'un long travail d'organisation, basé sur la méthode suivie par les créateurs des Journées médicales belges, les Journées médicales de Rio de Janeiro ont obtenu, lors de leur réalisation, un véritable triomphe au point de vue scientifique et ont eu une répercussion extraordinaire dans la société brésilienne. Ils ont éveillé un grand intérêt, non seulement chez les médecins nationaux mais aussi chez ceux de plusieurs pays sud-américains et européens. C'est ainsi que la Belgique y a envoyé son représentant officiel, le docteur Raoul BERNARD qui, outre son gouvernement, y représentait aussi la Presse médicale belge; la France a eu sa représentation aux Journées, la *Presse médicale* était représentée par le docteur João COELHO; l'Allemagne par la *Deutsche Medizinische Wochenschrift.*

Du côté sud-américain, les Journées médicales de Rio de Janeiro ont reçu le concours brillant de la médecine argentine représentée par une ambassade médicale composée de nombreux professeurs qui constituent l'élite scientifique de la République Argentine. Leur collaboration aux Journées fut donc de grande valeur et fort remarquable.

La séance inaugurale a eu lieu le 15 juillet à 10 h. au Théâtre Municipal, sous la présidence de M. le Ministre des finances, le docteur Oliveira BOTHELO, assisté par le représentant du Président de la République, les ministres d'Etat, le Corps diplomatique accrédité auprès du gouvernement du Brésil, les délégations étrangères, les membres des Journées et plusieurs familles de la haute société brésilienne.

Suivant le programme établi, tous les actes prévus pour le 15 juillet furent régulièrement exécutés. C'est ainsi qu'à 14 h. de ce jour-là fut inaugurée l'Exposition Industrielle des Journées, par M. le Ministre de l'agriculture, le docteur LYRA CASTRO, également médecin, exposition installée dans une des ailes du Musée Agricole et Commercial et qui a obtenu un grand succès.

A 15 h., le « Salon » des Journées fut inauguré, dans le hall de la Polyclinique générale de Rio de Janeiro, salon qui n'a exposé que des travaux artistiques de médecins, dont le record a été au grand artiste du crayon, le docteur Madeira de FREITAS (Mendes Fradique) qui a exposé environ cinquante superbes caricatures académiques.

L'inauguration a été faite par le docteur José Mariano FILHO, l'ex-directeur de l'Académie des Beaux-Arts qui a prononcé un beau discours.

Après l'inauguration du « Salon » des Journées, les délégués se sont dirigés vers le Jockey Club, où parmi les courses du jour figurait le prix « Journées médicales ».

A 20 h. dans le grand salon de banquets du Copacabana Palace-Hotel, a eu lieu le banquet des Journées sous la présidence de M. le docteur Octavio MANGABEIRA, ministre des Affaires Etrangères. L'esprit de parfaite cordialité et une joie franche et distinguée y ont régné et, au dessert, quelques beaux discours furent prononcés.

Pendant les matinées des 16 et 17 juillet, tous les hôpitaux, polycliniques, maternités, cliniques privées, etc., de Rio de Janeiro ont ouvert leurs services qui furent visités par des nombreux groupes de délégués aux Journées, chacun donnant

---

(1) L'Association de la Presse médicale française tient à remercier son éminent confrère, le docteur Belmiro Valvèrde, secrétaire général des Journées médicales de Rio de Janeiro, pour la grande amabilité avec laquelle il a bien voulu tenir ses confrères français au courant des travaux des Journées médicales.

la préférence à sa spécialité, suivant les indications du programme. A cette occasion plusieurs chefs de cliniques brésiliens ont montré des essais nouveaux et des méthodes spéciales.

Pendant les après-midi, de 14 à 18 h., plusieurs conférences ont été faites. Elles furent divisées en trois groupes, d'accord avec les langues dans lesquelles elles furent prononcées.

Nous pouvons placer dans le premier groupe les conférenciers qui se sont servis de la langue française, la première conférence des Journées a été faite par le docteur Serge VORONOFF qui, à cet effet, fut spécialement invité à venir à Rio de Janeiro par le Comité organisateur des Journées médicales; il a parlé du problème des **greffes glandulaires chez l'homme et chez l'animal**. Ensuite vint le docteur Raoul BERNARD, chef de service à la Polyclinique du Parc Léopold, à Bruxelles, représentant officiel du Gouvernement belge aux Journées, qui a parlé des **Caprices apparents de la syphilis d'aujourd'hui**; Mme le docteur S. NOEL de l'hôpital de Saint-Louis, à Paris, qui a parlé de la **Chirurgie esthétique, son état actuel et son rôle social** et de l'**application de la douche filiforme**.

Parmi ceux qui se sont servis du castillan se trouvent les professeurs argentins qui ont largement contribué à l'éclat des Journées : le professeur Ignacio IMAZ a parlé de la **Nouvelle méthode pour démontrer les incompatibilités de sang à la transfusion**; le professeur Alexandre CEBALLOS a parlé du **Traitement chirurgical des ankyloses du membre inférieur**; le professeur Alberto CHUECO a parlé du **Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale**; le professeur Manoel PÉREZ a choisi comme thème pour sa conférence : **Cinq années d'expérience dans la prophylaxie active de la lues dès la maternité**; le docteur Domingos ESQUIVEL a parlé de la **Symphyséotomie, expérience personnelle**; le professeur Delphor del Vale FILHO de **Oddisme et oddites rétractile en pathologie biliaire**; le professeur Nicolas GAUDINO a parlé de la **Cystographie dans le diagnostic des diverticules vésicaux**; le professeur Carlos NISEGGI des **Etudes radiographiques des voies génitales de la femme**; le professeur Brachetto BRIAN a montré **comment on défend la santé des enfants dans les Ecoles de Buenos-Aires**.

Le Comité organisateur des Journées, comme un hommage spécial aux médecins argentins, leur a consacré un jour qui fut désigné par le « Jour des Argentins », pendant lequel ils ont fait leurs communications scientifiques et c'est ainsi que plus d'un conférencier de l'Ambassade médicale argentine ont fait d'autres conférences outre celles prévues dans le programme officiel.

En troisième lieu, les médecins brésiliens ont parlé sur les sujets suivants :

Docteur Manoel de ABREU. — **Les principes fondamentaux de la radiologie du médiastin.**

Docteur Afranio do AMARAL. — **Campagnes anti-ophidiques au Brésil et aux États-Unis.**

Professeur Fernando MAGALHÃES. — **Enseignement de clinique obstétrique. Pédagogie et matériel d'enseignement.**

Docteur Antonio FONTES. — **De la formule granulaire des virus comme expression de dynamisme morbigène.**

Professeur JACOB. — **Sclérose multiple et diffuse.**

Docteur Pacheo e SILVA. — **L'assistance aux psychopathes dans l'état de Sao Paulo.**

Professeur Hugo WERNEBK. — **L'assistance dans les hôtaux à l'intérieur du Brésil.**

Professeur Anne DIAS. — **Les formes cliniques de l'acidose.**

Professeur Almeida PRADO. — **La contribution de San Paulo à l'étude des procédés lymphogranulomateux.**

Docteur Auguste LEITE. — **Aspects actuels de la médecine à Sergipe.**

Professeur Gouveia de BARROS. — **L'état actuel de l'organisation sanitaire à Pernambouc.**

Docteur Jorge de GOUVEA. — **Cystographie et son importance clinique.**

Mme docteur Alice de TOLEDO TIBIRIÇA. — **L'assistance au lépreux au Brésil.**

Docteur Souza ARAUJO — **Une léproserie modèle.**

Professeur Martagão GESTEIRA. — **Les erreurs de la clinique dans la pleurite de l'enfant.**

Colonel docteur Arthur LOBO. — **L'action des armées en temps de paix.**

A côté de ces nombreuses conférences, il y a eu la partie sociale des Journées, comprenant des promenades aux sites plus pittoresques de la ville, des visites à des établissements scientifiques, parmi lesquelles il faut signaler celles au plus grand monument du Brésil, l'Institut OSWALDO CRUZ et au plus bel hôpital de Rio de Janeiro — l'hôpital central de l'armée —; une excursion maritime dans la magnifique Guanabara, la baie de Rio de Janeiro; des réceptions chez plusieurs médecins brésiliens, parmi lesquelles nous signalons avec plaisir celle donnée par le docteur José Mariano Filho à son hôtel de la rue Jardim Botanico — le « Solar de Monjope » — un vrai musée d'art du Brésil colonial; des séances de cinéma sur la vie économique et sociale du Brésil, organisées spécialement par la direction du Musée agricole et commercial, pendant lesquelles on a entendu des chansons et de la musique purement brésiliennes.

Une des parties très réussies de l'aspect social des Journées médicales de Rio de Janeiro ce fut, sans doute, l' « Heure artistique », réalisée le 18 juillet au salon noble de l'Institut national de musique, dédiée aux professeurs argentins. Les artistes qui y prirent part — de vrais artistes auxquels manquait seulement la condition de professionnels — n'étaient que des médecins et étudiants en médecine, amateurs de la musique, du chant, de la poésie, etc., qui ont exécuté leurs numéros, devant une salle comble et très distinguée, avec une perfection si remarquable qu'on doutait de se trouver en présence de simples amateurs.

Les Associations médicales de Rio de Janeiro, à savoir l'Académie nationale de médecine, la Société de médecine et chirurgie de Rio de Janeiro, la Société de neurologie psychiâtrie et médecine légale et la Société brésilienne d'urologie, ont réalisé, en l'honneur des Journées, une séance d'ensemble pendant laquelle plusieurs orateurs ont eu des expressions fort aimables pour les collègues étrangers qui, de si loin, venaient apporter à la médecine brésilienne le confort de leur appui et solidarité et leur excellent contingent scientifique.

Les Journées médicales de Rio de Janeiro qui furent honorées de toute la sympathie et l'appui moral du Gouvernement du Brésil avaient comme siège l'Académie nationale de médecine où s'est installé son secrétariat et il y avait une des salles de conférences, et le Musée agricole et commercial où se trouvaient l'exposition industrielle des Journées et l'autre salle de conférences.

Le Gouvernement de l'Etat de Minas Geraes qui s'est vivement intéressé aux Journées médicales de Rio, a envoyé une aimable invitation à tous les délégués aux mêmes Journées pour visiter les stations hydro-minérales de l'Etat. Faute de temps, l'invitation du Président de Minas Geraes, dont le Comité organisateur fut très flatté, ne fut accepté que pour une visite aux sources de « Caxambu », dont les délégués ont

gardé la plus agréable des impressions, non seulement à cause du luxueux confort et de l'accueil fort touchant que le Gouvernement de Minas Geraes et sa population leur ont procurés, mais aussi à cause de la rare beauté du paysage et des superbes installations de la station hydro-minérale de Caxambu.

Et voici en quelques traits ce que furent les Journées médicales de Rio de Janeiro en 1928.

BELMIRO VALVÊRDE.

REVUE DES THÈSES

Les infections des voies urinaires du nourrisson (1), par Robert BERNHEIM.

CONCLUSIONS. — 1° Il nous semble plus logique d'employer le terme d'infection des voies urinaires que celui de pyélite ou de pyélocystite car il est impossible de préjuger du siège exact des lésions.

2° Les infections des voies urinaires du nourrisson nous paraissent être une maladie relativement fréquente. Sur 300 examens pratiqués entre octobre et mars, nous en avons trouvé 17.

3° L'infection survient aussi fréquemment chez le garçon que chez la fille — elle est le plus souvent consécutive à des troubles digestifs, soit aigus, soit chroniques, soit diarrhée, soit constipation.

4° Les enfants nourris au sein ne sont pas plus épargnés que les autres.

5° L'affection débute par une élévation de la température à 39, 40 degrés, qui s'accompagne le plus souvent d'anémie et d'anorexie.

6° A la période d'état les principaux signes sont : *a.* une température persistante qui peut revêtir différents types (en plateau, oscillante ou à rémission); *b.* des troubles digestifs habituellement peu marqués; *c.* des troubles urinaires.

Il ne faut pas compter sur la présence de signes fonctionnels qui manquent presque toujours chez le nourrisson.

C'est l'examen systématique des urines qui montrera des urines troubles, allant du léger louche à la purulence franche.

L'examen microscopique montrera la présence de nombreux polynucléaires et de microbes, qui seront presque toujours des bacilles plus ou moins mobiles et que la culture identifiera comme appartenant au groupe coli.

7° L'évolution est essentiellement variable. Dans la moitié des cas environ, la température et les signes généraux persistent pendant quinze jours à un mois.

Les urines, parfois, redeviennent claires, avec la chute de la température; d'autres fois, elles restent troubles longtemps après.

Il existe des formes tendant à la chronicité, des formes à rechutes particulièrement fréquentes, avec des périodes d'apyrexie où les urines sont en général normales et des périodes de température et de pyurie qui altèrent l'état général du nourrisson.

Enfin il existe des formes en apparence primitives et des formes franchement secondaires à des troubles digestifs ou des infections aiguës.

8° Le pronostic est habituellement favorable. La guérison complète survient dans plus de la moitié des cas. Il l'est moins dans les formes chroniques et à récidives dans lesquelles l'atteinte de l'état général favorise l'éclosion d'une maladie pulmonaire ou digestive qui mettent la vie de l'enfant en danger.

9° Le traitement comprend deux parties distinctes : *a.* lutte contre l'infection urinaire (le meilleur médicament nous a paru être l'urotropine); *b.* soigner les troubles digestifs.

10° Grâce à la nouvelle technique opératoire, mise au point par M. Heitz-Boyer, un nouveau moyen de traitement nous est offert : le lavage du bassinet.

(1) *Th. de Paris.* — Paris, G. Doin.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SECRET PROFESSIONNEL

INSTANCE EN DIVORCE. CONDAMNATION DU MÉDECIN

La question du secret professionnel est toujours fort délicate, surtout lorsqu'elle se trouve mêlée à une instance en divorce. On sait que, pour qu'il y ait délit de révélation de secrets dans le sens de l'article 378 du Code pénal, il faut que:

1° Celui à qui il est imputé soit, par état de profession, dépositaire du secret d'autrui;

2° Il s'agisse d'un secret professionnel;

3° Il y ait eu une révélation effective et volontaire;

4° L'auteur de la révélation ait eu conscience qu'il commettait un délit.

La révélation du secret médical consiste à communiquer à une ou plusieurs personnes un fait que le médecin doit conserver secret, et devient punissable, si les éléments qu'on vient d'indiquer sont réunis.

Le docteur X..., en mai 1919, janvier 1920 et avril 1922, a été appelé à effectuer diverses opérations chirurgicales sur la dame B... qui s'était mariée le 6 novembre 1918; et, par la suite, il continua à lui donner des soins, jusque vers le mois de mai 1925.

Dans le courant de l'année 1926, M. B... intenta une action en divorce contre sa femme; et les deux époux furent cités en conciliation devant le Président du tribunal, conformément à la procédure ordinaire. Deux jours avant celui où cette conciliation devait avoir lieu, le docteur X... écrivit à M. B... une lettre dont le mari devait faire usage au cours de la procédure de divorce, notamment devant le magistrat conciliateur.

« Attendu que, dans ce document, dit le tribunal correctionnel de la Seine, dans son jugement du 4 janvier 1928, le prévenu (docteur X...) explique que l'état de la dame B... découle sans contestation possible « d'une infection génitale antérieure au mariage », et déclare avoir été informé que celle-ci aurait fait une fausse couche avant son mariage; qu'il y explique longuement les répercussions de cette infection sur les accidents survenus postérieurement au cours du mariage, pour lesquels son intervention a été requise, et établit que l'origine doit, en grande partie, en être recherchée dans la fausse couche qu'il signale ou dans l'infection génitale qu'il paraît considérer comme en étant une conséquence. »

Le tribunal déclare que ces faits constituent en eux-mêmes une violation flagrante du secret professionnel. « Attendu, dit-il, que le docteur X... ne saurait prétendre qu'il n'a pas eu conscience de commettre un délit; que la connaissance qu'il commettait une infraction résulte du fait qu'il a volontairement et délibérément commis l'indiscrétion qui lui est reprochée; qu'à cet égard il ne fait nullement la preuve de sa bonne foi, en justifiant notamment qu'il n'a agi que dans l'intérêt supérieur de la malade par la révélation d'un état faite à des proches, susceptible par leur intervention ou leur connaissance du secret, de donner des soins particuliers ou plus éclairés et d'apporter ainsi une amélioration ou un soulagement à cet état ». Le tribunal fait remarquer, en effet, qu'au moment où la lettre avait été écrite, le docteur X... ne soignait plus la dame B... et que M. B... avait sollicité la lettre qu'il avait écrite, en vue de l'instance en divorce engagée; et il indique que cette lettre « constituait un véritable certificat médical et apparaissait ainsi comme conçue dans le seul intérêt du destinataire ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.



NOTES POUR L'INTERNAT

CAROTIDES PRIMITIVES

Les carotides primitives, l'une droite et l'autre gauche sont de volumineux troncs artériels qui ne donnent normalement aucune branche collatérale mais qui par leurs deux branches terminales carotide externe et carotide interne fourniront la plupart des artères de la tête et du cou. Ce sont donc des artères de passage; mais dont l'importance est capitale pour la vascularisation encéphalique.

EMBRYOLOGIE. — Les carotides primitives sont à l'origine des artères de passage entre les quatrième et troisième arcs aortiques. La différence d'évolution des quatrièmes arcs aortiques droit et gauche entraîne une différence d'origine des deux carotides.

A gauche, le quatrième arc devient complètement intrathoracique et forme la crosse de l'aorte d'où naîtra directement la carotide primitive gauche. L'artère aura donc un segment thoracique.

A droite, le quatrième arc ne subit qu'une migration intrathoracique incomplète. Il forme le tronc brachiocéphalique artériel puis la sous-clavière droite. La carotide primitive droite paraîtra naître par bifurcation de ce tronc brachiocéphalique. Elle n'aura pas de segment thoracique.

Origine. — *A gauche,* la carotide primitive naît dans le thorax. Elle naît de la crosse de l'aorte entre le tronc brachiocéphalique à droite et la sous-clavière gauche à gauche.

A droite, la carotide primitive naît à la base du cou, derrière l'articulation sterno-claviculaire par bifurcation du tronc brachio-céphalique dont elle est la branche interne.

Trajet. — Il est plus long pour la carotide primitive gauche que pour la carotide primitive droite des 2 ou 3 centimètres que représente la portion thoracique à gauche. Au cou les deux artères montent à peu près symétriquement en haut et un peu en dehors, l'une à droite, l'autre à gauche de la loge viscérale du cou.

Terminaisons. — Elles se terminent toutes deux à peu près à la même hauteur par *bifurcation en carotide externe et carotide interne.*

Le niveau de cette bifurcation est en moyenne à environ 1 centimètre au-dessus du *bord supérieur du cartilage thyroïde.* La carotide primitive remonte parfois jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Dans d'autres cas elle se bifurque très bas à 3 ou 4 centimètres au-dessous du point normal.

Calibre. — Il est à peu près uniforme. On a décrit toutefois un rétrécissement à la partie moyenne et une dilatation à la terminaison (*sinus carotidien*).

Rapports. — Les rapports des deux carotides sont à peu près identiques dans la région cervicale. La carotide gauche a en plus une portion thoracique. Nous étudierons successivement :

La carotide primitive gauche dans le thorax;
Les carotides à la base du cou;
Les carotides dans la gouttière carotidienne.

I. La carotide primitive gauche dans le thorax. — Elle est oblique en haut et en dehors. Sa longueur est de 3 centimètres.

En avant. — On trouve :

a. Le *sternum* doublé en avant des insertions du grand pectoral, profondément des insertions du sterno-thyroïdien et du sterno-hyoïdien;

L'artère se projette sur la partie gauche du manubrium.

b. Le *cul-de-sac pleural gauche.*

c. Le *tronc veineux brachio-céphalique gauche.* Il croise transversalement l'origine de l'artère et reçoit dans cette région, en haut les veines thyroïdiennes inférieures, en bas les veines mammaire interne et diaphragmatique supérieure.

Entre le tronc veineux et la carotide descendent les *nerfs cardiaques supérieurs du pneumogastrique et du sympathique* allant au plexus cardiaque superficiel.

En arrière, c'est l'origine de la *sous-clavière gauche* avec derrière elle le canal thoracique et le plan prévertébral.

En dehors, l'artère répond à la *plèvre médiastine* et au poumon gauche.

Le *pneumogastrique* gauche descend sur la face externe de la carotide pour passer ensuite en avant et à gauche de la crosse de l'aorte.

Le *phrénique* est en avant et en dehors, adhérent à la plèvre médiastine.

En dedans. Le *tronc brachiocéphalique artériel* naît de la crosse aortique en s'écartant à angle aigu de la carotide gauche. Les deux artères délimitent avec le tronc brachiocéphalique veineux qui les croise superficiellement un triangle où apparaît la *trachée.* La carotide se met en rapport avec le flanc gauche de la trachée. L'œsophage et le récurrent restent en arrière.

II. Les carotides primitives à la base du cou (c'est-à-dire au-dessous de l'omohyoïdien). C'est une région où les carotides font partie d'un volumineux *confluent vasculo-nerveux.* A droite et à gauche les rapports sont à peu près identiques. Il existe cependant quelques différences.

1. A droite, l'artère est située dans la partie haute interne du creux sus-claviculaire.

En avant, pour aborder la région on trouve successivement la peau, le fascia superficialis, des filets nerveux, les *plans musculaires.*

a. Le *sterno-cleïdo-mastoïdien,* son chef superficiel sternal, son chef profond claviculaire, l'artère répond au triangle de Sédillot entre les deux chefs.

L'*aponévrose cervicale superficielle* se dédouble pour engainer le muscle.

b. Les *muscles sous-hyoïdiens :* sterno-cleïdo-hyoïdien; sterno-thyroïdien; omo-hyoïdien.

L'*aponévrose cervicale moyenne* les engaine.

Plan veineux. — C'est le confluent de Pirogoff.

La *jugulaire interne est énorme,* véritable sinus qui cache en avant l'origine de la carotide primitive.

La *veine sous-clavière.*

La jugulaire antérieure vient d'en dedans.

La jugulaire externe reste en général plus distante.

La veine vertébrale qui passe devant l'artère sous-clavière.

Toutes ces veines sont maintenues *béantes* par leur adhérence à l'aponévrose moyenne.

En dehors, l'artère sous-clavière se détache mais postérieure à la carotide. Elle donne presque aussitôt la vertébrale.

Le *pneumogastrique* quitte la face postérieure et externe de la carotide et va croiser en avant la sous-clavière près de son origine. Il abandonne là le récurrent.

Le *dôme pleural* et l'appareil suspenseur de la plèvre limitent en dehors la région.

En arrière, l'artère vertébrale d'abord en arrière et en dehors de la carotide monte un peu oblique en dedans et devient franchement postérieure à l'artère avant de disparaître dans le canal transversaire au niveau de la VIe vertèbre cervicale. Le ganglion étoilé est au flanc postéro-externe de la vertébrale.

La *thyroïdienne inférieure* qui est née de la sous-clavière beaucoup plus en dehors se dirige d'abord verticalement, puis se recourbe en dedans et vient passer derrière la carotide primitive en avant de la vertébrale généralement au niveau de C_6 ou un peu au-dessous.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Aspects chimiques de l'immunité, par H. G. WELLS, professeur de pathologie à l'Université de Chicago, directeur de l'Institut Oto S. A. Sprague memorial. Traduction de L. BOËZ, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg. Un vol. in-8 de 384 pages, — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

N° 75. — SAMEDI 15 SEPT. 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 15 SEPT. 1928. — N° 75.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'Hospice général sera ouvert le mardi 20 novembre 1928.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au mardi 6 novembre 1928 inclusivement, au Secrétariat de l'Administration des hospices, cours d'Albret, 91.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste de classement de sortie par ordre de mérite des médecins et pharmaciens élèves de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales (promotion de 1928) :

1° *Médecins lieutenants.* — 1. MM. Dejou, Renucci, Aubin, Andrieu, Favier, Robin, Grall, Vaisseau, Paute, Varrin, Pincon, Wœlffel, Garcin, Carrière, Ravel, Loustalot, Jan Kerguistel, Marty, Gerbinis, Boanaud,

21. Riou, Iliou, Planchard, Fournier, Kerforne, Blaise, Nodenot, Tissègre, Giraud, Thomas Duris, Foubert, Benedetti, Jospin, Fitoussi, Galy, Peleran.

2° *Pharmaciens lieutenants.* — 1. MM. Clec'h, Monnier, Barthecoy, Bouillat, Devanne, Cevaer, Delourmel, Guermeur.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'ÉTAT. — L'Assemblée générale de l'Association des Facultés de médecine de l'Etat se tiendra le *vendredi 12 octobre* à 14 h. à la Faculté de médecine de Paris sous la présidence du professeur J. Guyot (de Bordeaux), président.

L'ordre du jour est le suivant :

I. *Le Prochain Concours d'agrégation* (date, modalités des épreuves, situation des agrégeables et des admissibles au premier examen).

II. *Situation des agrégés dits « sans enseignement »* (Rapporteur M. Perrin).

III. *Enseignement des spécialités et certificats* (Rapporteur M. Jacques).

IV. *Demande d'abrogation des dispositions de l'amendement Herriot* relatives au traitement des professeurs payant patente.

V. Nomination de délégués au Comité de la *Fédération des Associations de l'Enseignement supérieur.*

VI. Questions diverses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs William Babilée, ancien président du Conseil général du département d'Alger, décédé à Draria; Jean Odile Gros, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon, ancien président de la Société des Sciences médicales, décédé à Lyon à l'âge de soixante-dix-huit ans; Maurice Péraire, chirurgien honoraire de l'hôpital Rothschild, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris; Gustave Duriau (de Dunkerque) et Keesse (de Guebwiller).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique obstétricale Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal. (Professeur, M. A. Couvelaire.) — **Stage et cours de perfectionnement** du 1er au 31 octobre, sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, accoucheurs des hôpitaux, Powilewicz et Lacomme, anciens chefs de clinique; MM. Ravina et Séguy, chefs de clinique.

A. *Stage clinique et conférences.* — Le stage comporte : des exercices cliniques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement); l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

B. *Cours d'opérations obstétricales*, par M. Portes, accoucheur des hôpitaux, du 4 au 31 octobre.

Ce cours aura lieu tous les après-midi, à 15 heures. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

Droit d'inscription pour chacun des cours A et B, 250 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de vénéréologie*, du 29 octobre au 24 novembre 1928, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de : MM. Sicard, professeur de pathologie médicale; Nicolas, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Lyon; Favre, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine; Hudelo, Milian, Lortat-Jacob et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; A. Léri, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Broca; J. Hutinel, agrégé, médecin des hôpitaux; Chevassu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin; Heitz-Boyer et Lemaitre, agrégés, chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis; Darré, médecin de l'hôpital de la Charité; Pinard, médecin de l'hôpital Cochin; Tixier, médecin de l'hôpital de la Charité; Touraine et P. Chevalier, médecins des hôpitaux; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Barbe, médecin aliéniste des hôpitaux; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Schulmann, ancien chef de clinique; Barthélemy, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté; Fernet, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Le cours aura lieu du lundi 24 octobre au samedi 24 novembre 1928, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire; recherche du tréponème; examens bactériologiques; réaction de Wassermann; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 250 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine (salle Béclard.

L'ART MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE A LA FOIRE DE MARSEILLE. — Une section réservée à l'industrie des produits pharmaceutiques figurera pour la première fois cette année à la foire de Marseille. Elle comprendra tout ce qui touche à la médecine, à la chirurgie, à la pharmacie, à l'art dentaire, à l'orthopédie, à l'hygiène et aux accessoires. Elle sera divisée en deux parties très distinctes, l'une exclusivement réservée aux médecins et pharmaciens, etc., l'autre ouverte au public.

Les plus grandes firmes de la région du Sud-Est et les laboratoire de Paris et autres centres ont déjà adressé leur adhésion. Le corps médical et pharmaceutique y trouvera en même temps que les produits déjà éprouvés des innovations et des réalisations scientifiques qui retiendront certainement son attention.

L'industrie pharmaceutique de la métropole, dont l'essor va sans cesse croissant, ne peut manquer de trouver à la foire de Marseille méditerranéenne et coloniale l'occasion de se créer de nouveaux débouchés dans les pays qui sont reliés directement au port de Marseille par les grandes lignes de transports maritimes : aussi cette section est-elle appelée à un succès certain.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'électrocardiographie clinique (1), par Paul VEIL, assistant du docteur GALLAVARDIN à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Juan CODINA-ALTES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Barcelone, avec la collaboration du professeur BARD, du docteur BRET, et des professeurs CLUZET et ROTHBERGER. Préface du docteur L. GALLAVARDIN.

Etudiée déjà par un grand nombre d'auteurs, il manquait cependant à l'électrocardiographie, pour avoir droit de cité dans la clinique pure, d'être incorporée aux éléments de diagnostic des diverses cardiopathies; d'autre part, l'insuffisance de certaine de ses données empêchait l'emploi d'une méthode coûteuse dans la pratique courante.

Le but de cet ouvrage a été de montrer tout ce que la cardiologie devait à l'électrocardiographie, tout ce que celle-ci pouvait apporter d'enseignements et d'aide précieuse dans l'étude de la contraction cardiaque à l'état normal et pathologique, et non seulement dans ses effets extérieurs, mais surtout dans son essence et son élaboration. Bientôt aucun cardiologue digne de ce nom ne pourra plus se passer de la méthode électrique d'enregistrement cardiaque. Car non seulement son emploi s'impose dans l'étude des diverses arythmies, mais encore les insuffisances cardiaques exigeront qu'on ait recours à elle pour qu'on en puisse facilement établir le diagnostic, déterminer le degré et fixer le pronostic.

Les auteurs, qui ont effectué leurs recherches et leurs travaux dans le service de leur maître, le docteur Gallavardin, se sont largement inspirés de son œuvre. Ce traité doit être dans toutes les bibliothèques des médecins s'intéressant aux maladies du cœur.

L. G.

Traitement préventif de la grippe (2), par M. le médecin principal ROMARY.

Excellente monographie dans laquelle l'auteur expose une méthode de traitement préventif au moyen de l'arrhénal.

L. G.

(1) Un volume in-8 de 448 pages, avec 197 figures dans le texte et hors texte. — Prix : 95 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, N. Maloine.

REVUE GÉNÉRALE

LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

Par le docteur Georges BAUDET,
Chirurgien des hôpitaux militaires.

Les récentes communications à la Société nationale de chirurgie, relatives à des cas de hernies diaphragmatiques, ont remis à l'ordre du jour cette affection que jusqu'ici l'on voulait tenir pour extrêmement rare, et faire presque passer pour une trouvaille d'autopsie. Actuellement, la hernie diaphragmatique n'est plus une rareté, et le médecin se trouvera souvent en présence de symptômes tellement caractéristiques qu'il ne pourra qu'aiguiller son sens clinique vers cette affection, et cela avec d'autant plus de facilité qu'il aura à examiner un sujet dont les antécédents laisseront soupçonner une plaie du diaphragme. La guerre a fourni une variété relativement riche de hernies diaphragmatiques traumatiques, elle a permis aussi de découvrir nombre de hernies diaphragmatiques n'ayant aucun rapport avec le traumatisme et qui ne se sont révélées qu'à l'occasion de laparotomies thoraco-abdominales sans lesquelles cette affection serait restée méconnue. Enfin, l'écran radioscopique, devenu aujourd'hui un moyen d'investigation clinique courant, ne permet plus au médecin de laisser passer une hernie diaphragmatique sans en poser le diagnostic.

Mais d'abord qu'entend-t-on par hernie diaphragmatique? C'est l'issue hors de la cavité abdominale, à travers une « faille » du muscle diaphragme d'un ou plusieurs viscères qui viennent faire irruption dans la cavité thoracique. Les hernies diaphragmatiques sont, d'après Desprès, de trois sortes : congénitales, acquises, traumatiques. Mais, même tout en conservant cette classification, que tous les auteurs sont loin d'admettre, il est impossible de ne pas retenir la distinction entre hernies diaphragmatiques congénitales du nouveau-né et hernies diaphragmatiques congénitales de l'adulte. Les hernies du nouveau-né — de par leur pathogénie, leur constitution et leur situation — forment, comme nous allons le voir, une catégorie franchement séparée.

1° **Hernie diaphragmatique du nouveau-né.** — Le diaphragme s'est arrêté dans son développement, soit au stade embryonnaire, soit au stade fœtal. Si l'arrêt a eu lieu au stade embryonnaire, voici la pathogénie de la hernie diaphragmatique : le diaphragme voit ses deux parties constitutives (la portion centrale ou septum transversum de His et la portion dorsale ou membrane pleuro-péritonéale de Brachet) aller à la rencontre l'une de l'autre et se fusionner en laissant cependant un orifice qui fera communiquer plèvre et péritoine, le trou de Bochdaleck. Les viscères abdominaux pourront alors très aisément se hernier dans la cavité thoracique et nous aurons le type des hernies diaphragmatiques de l'embryon.

Lorsque les deux lames, ventrales et dorsales, sont fusionnées, le développement des tissus musculaires et aponévrotiques commence, les uns à la périphérie de la cloison diaphragmatique, les autres au centre, les folioles membraneuses étant finalement remplacées par des folioles aponévrotiques. Les cavités pleurale et péritonéale étant dès lors distinctes, le péritoine définitivement constitué, nous trouvons dans ces hernies diaphragmatiques un véritable sac. Ce sont les hernies diaphragmatiques de la période fœtale.

Au reste, les hernies diaphragmatiques du nouveau-né offrent bien peu d'intérêt pour le clinicien, puisque « cette anomalie d'évolution » est, dans la majorité des cas tout au moins, et surtout s'il s'agit de hernies diaphragmatiques complètes, incompatibles avec la vie. L'enfant naît en état de mort apparente, se cyanose après quelques inspirations spasmodiques et meurt en peu d'instants, une heure ou deux au maximum. Mais peut-on en poser le diagnostic? Quelques signes semblent devoir nous le permettre. La pénétration de l'air insufflé dans les voies digestives avec un bruit de glou-glou très caractéristique. La percussion qui, au niveau du thorax, révèle en un point un véritable tympanisme; enfin, la dépression parfois accusée de toute la région épigastrique. Toutefois, dans quelques cas, lorsque l'orifice est relativement étroit, que par ailleurs le diaphragme est normalement développé, l'enfant peut survivre quelques semaines. Parfois aussi, mais alors bien plus rarement, le sujet arrive à l'âge adulte sans que jusque-là la hernie diaphragmatique dont il était porteur ait été jamais soupçonnée.

Le diagnostic de hernie diaphragmatique posé dans la première enfance, doit-on entreprendre la cure radicale de la lésion, où bien attendre et reporter à une date ultérieure l'intervention. Il semble d'après les divers auteurs que — bien entendu en dehors de tout accident aigu — on ait tout intérêt à n'opérer ces sujets que vers l'âge de neuf à dix ans.

2° **Hernie diaphragmatique de l'adulte.** — Elles se classent, nous l'avons vu, en hernies congénitales, acquises et traumatiques. Les hernies congénitales relèvent d'une malformation congénitale du diaphragme. C'est, ou le trou de Bochdalek qui persiste plus ou moins complet, ou un hiatus qui perfore anormalement la cloison diaphragmatique, ou encore une zone de cette même cloison dont les fibres sont « congénitalement faibles ». Qu'un effort survienne, et l'orifice herniaire est aussitôt constitué qui laissera passer un ou plusieurs viscères abdominaux.

Les hernies acquises prêtent à discussion. La déficience musculaire diaphragmatique remonte-t-elle à la vie fœtale ou bien le traumatisme seul est-il responsable en dehors de toute prédisposition musculaire. Il semble que l'on puisse concilier les deux théories et admettre que le traumatisme n'a fait qu'achever ce que la malformation congénitale avait commencé.

Quant aux hernies traumatiques que certains auteurs croient devoir comprendre dans les hernies

diaphragmatiques de l'adulte, elles nous paraissent sortir un peu du cadre des hernies pour rentrer plutôt dans celui des éventrations diaphragmatiques. Peut-être à la rigueur pourrait-on admettre comme hernies diaphragmatiques celles qui se sont produites à l'occasion d'une véritable rupture de la cicatrice d'une ancienne plaie du diaphragme.

A. **Anatomie pathologique.** — Presque toutes les hernies diaphragmatiques siègent à gauche (fig. 1). Il faut en chercher la raison dans la présence du foie qui, pour se hernier, exigerait vu le volume de la glande un orifice considérable. Cependant, Dujarier a publié récemment un cas de hernie diaphragmatique du côlon transverse située à droite de la ligne médiane.

L'*orifice* peut affecter toutes les formes, mais en général c'est, ou l'orifice œsophagien, ou l'orifice aortique agrandi, déformé, ou bien un simple petit orifice en boutonnière d'une dimension allant d'une pièce de 2 francs à celle d'une pièce de 5 francs. Il faut, en outre, savoir qu'un petit orifice peut laisser passer une grosse masse viscérale et devenir le pédicule d'une très grosse hernie. Bien entendu les hernies diaphragmatiques traumatiques offrent une variété très grande d'orifices.

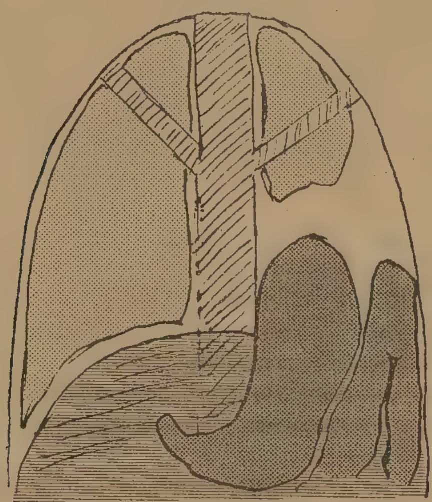


Fig 1.

Le *sac* ne se rencontre jamais dans les hernies traumatiques où le péritoine a toujours ou presque toujours été déchiré par l'agent vulnérant. Dans toutes les autres variétés de hernie il existe, constitué par le péritoine qui est refoulé dans la cavité sous-diaphragmatique avec quelques fibrilles musculaires, par le feuillet pariétal de la plèvre, voire même quelquefois par le péricarde.

Le *contenu* des hernies diaphragmatiques est des plus variables. Tous les viscères abdominaux, à l'exclusion évidemment des organes pelviens qui eux tels que l'utérus, la vessie, le rectum, sont fixés au plancher uro-génital, peuvent se rencontrer dans le sac des hernies diaphragmatiques ; on trouve, par ordre de fréquence, l'estomac, le côlon, le grêle, le grand épiploon, la rate. L'estomac, dans le cas récent de Lafourcade (de Bayonne), était presque entièrement hernié dans le thorax. Il ne restait dans l'abdomen que le pylore et une toute petite partie de la poche gastrique (fig. 2).

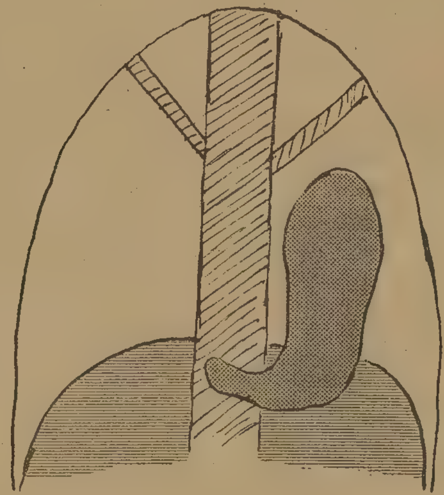


Fig. 2.

Le foie peut se hernier en totalité ; c'est généralement le lobe gauche seul qui passe au travers de l'hiatus.

Ces viscères, dans les hernies diaphragmatiques congénitales ou diaphragmatiques récentes, sont libres dans le sac. Mais si l'on a affaire à une hernie diaphragmatique traumatique ancienne, le processus de cicatrisation aura fait naître des adhérences qui relient en les soudant entre eux les différents organes herniés et souvent, les adhérences fixant la masse aux parois de l'orifice, la hernie devient irréductible ; elles peuvent être aussi d'une grande gêne dans la cure chirurgicale.

Que se passe-t-il maintenant du côté thoracique ? Le poumon va être, du côté hernié, refoulé vers le haut et s'atélectasier. Parfois, si la hernie est volumineuse, si l'estomac a pénétré dans les trois quarts de son volume par exemple, le poumon gauche va être réduit à un moignon un peu plus gros que le poing et rétracté sur son hile.

Le cœur lui aussi sera déplacé vers la droite. Enfin, la plèvre sera souvent malade, soit que l'on rencontre de la pleurite, un hémothorax ou même une pleurésie pyostercorale dans le cas où une perforation d'un organe hernié se serait produite.

B. **Les signes de la hernie diaphragmatique.** — L'examen d'un malade atteint de hernie diaphragmatique, s'il est fait méthodiquement, peut, dans bien des cas, mettre le médecin sur la bonne voie du diagnostic.

L'inspection, il est vrai, ne révèle en général que peu de chose. Le thorax et l'abdomen paraissent la plupart du temps absolument normaux. Peut-être dans les hernies volumineuses pourrait-on observer un ventre rétracté et par contre une voussure sur l'hémithorax contenant le sac herniaire. Fait plus fréquent, le rythme respiratoire est troublé, et on constate généralement un type respiratoire costal

supérieur. Mais les autres parties de l'examen sont plus fertiles en renseignements.

En effet, à la palpation, la main perçoit la pointe du cœur qui bat vers la droite.

A la percussion, on constate une extension de l'espace de Traube prolongeant le tympanisme très haut sur l'hémithorax.

Nous retrouvons les mêmes signes à l'auscultation, bruits du cœur déplacés, murmure vésiculaire aboli à la base correspondante, et enfin des bruits anormaux provenant de la présence dans l'hémithorax d'organes creux contenant des gaz.

Le malade, si on l'interroge, accusera des douleurs au niveau de l'appendice xyphoïde, en arrière du sternum, à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, douleurs suivant le trajet du nerf phrénique et s'irradiant vers l'épaule gauche et le membre supérieur correspondant. Enfin, ces douleurs survenant après les repas disparaissent aussitôt qu'un vomissement abondant est venu soulager le malade. Fait intéressant, certains malades vous diront qu'ils ont la sensation très nette que leur estomac remonte dans la poitrine. De fait, les troubles gastriques sont très prononcés, la déglutition est entravée, le chimisme gastrique modifié (hyperchlorhydrie) et enfin les nausées et les vomissements complètent la scène.

Les troubles cardiopathiques consistent en dyspnée, aggravée par l'effort, par certaines attitudes (décubitus sur le côté sain par exemple) et l'ingestion d'aliments; les états syncopaux, les crises de palpitation ne sont pas rares.

Mais ce qu'il faut surtout retenir de cette symptomatologie c'est que chacun de ces signes se trouve influencé à un très haut degré par l'état de réplétion gastrique. Avec cela, le malade s'amaigrit rapidement [12 kilogrammes en trois mois (Scudder)], et si les troubles persistent la mort peut survenir par cachexie. Mais parfois — en dehors de tout étranglement et lorsqu'il s'agit d'une hernie peu volumineuse — le sujet peut arriver à un âge assez avancé et l'observation d'A. Schwartz (Soc. de chir., mars 1928) en est une preuve manifeste. La malade, qui présentait une hernie diaphragmatique contenant la fin de l'iléon (environ 1 mètre), le cæco-côlon ascendant et tout le transverse avec un orifice herniaire relativement étroit, présentait si peu de symptômes qu'en dehors de ses grossesses successives elle ne se plaignait de rien.

Les complications sont surtout les étranglements qui bien souvent viennent seuls révéler la présence d'une hernie diaphragmatique. Le malade présente alors une dyspnée intense, un arrêt des matières et des gaz, du mælena, des hématémèses rouges traduisant la présence de l'estomac dans la hernie. Et, fait d'apparence paradoxal, avec cette symptomatologie intestinale, on ne trouve qu'un ventre normal, sans ballonnement, sans défense musculaire. En un mot, on a un faisceau de symptômes fonctionnels intestinaux et un faisceau de symptômes physiques thoraciques. Il n'en faut pas davantage pour aiguiller son diagnostic vers la hernie diaphragmatique.

C. Diagnostic. — Nous n'envisagerons pas le diagnostic des hernies diaphragmatiques immédiates survenant lors d'une plaie thoraco-abdominale. Ici le trajet de l'agent vulnérant, les signes de lésions thoraciques ou abdominales, les signes relevant de la lésion même du diaphragme (immobilisation d'un hémithorax, douleur à l'épaule correspondante, etc.), enfin l'intervention dictée par la plaie thoraco-abdominale, permettront toujours au chirurgien de reconnaître la hernie des viscères abdominaux à travers la cloison diaphragmatique. Plus difficile, mais aussi moins pressant à poser, sera le diagnostic des hernies diaphragmatiques en dehors de tout traumatisme ou longtemps après une plaie du diaphragme. Mais, après avoir écarté toute hypothèse de cardiopathie, d'angine de poitrine, de pleurésie enkystée interlobaire ou diaphragmatique, de sténose du pylore, d'ulcère gastrique, etc., on arrivera fatalement à penser à une hernie diaphragmatique, si l'on veut bien surtout prendre en considération les signes physiques dont nous avons parlé plus haut. L'hypothèse ayant surgi à l'esprit du médecin l'écran viendra immédiatement la confirmer. Et que verra-t-on à l'écran ?

1° Un diaphragme avec une solution de continuité, une interruption au niveau de la ligne diaphragmatique gauche avec immobilisation à ce niveau;

2° Un estomac (lorsqu'il s'agit d'une hernie de ce viscère) anormalement élevé, la poche à air étant parfois au niveau de la Ire côte;

3° Enfin, l'ombre cardiaque est déjetée à droite.

Si maintenant on fait ingérer au malade une bouillie bismuthée, celle-ci dessine au niveau du cardia une ligne noire qui se recourbe à gauche et en haut, formant avec la grosse tubérosité de l'estomac un angle aigu. Enfin, pour se rendre un compte exact de l'état de réductibilité de la hernie, il faudra pratiquer plusieurs examens radioscopiques successifs.

Tout autre sera le diagnostic des hernies diaphragmatiques étranglées; on le fera encore évidemment avec une certaine facilité si les antécédents du malade, qui est en état d'occlusion, nous apprennent que le sujet a été traumatisé et surtout s'il s'agit d'un blessé de guerre. Mais en dehors de toute histoire traumatique, de toute laparotomie antérieure, il faudra observer attentivement son malade et retenir surtout ce fait que « toute apparition brusque et simultanée de symptômes digestifs d'occlusion et d'un syndrome thoracique ressemblant à un pneumothorax est un bon signe en faveur d'une hernie diaphragmatique » (J. Quénu). Par ailleurs, la voussure thoracique énorme, le tympanisme de cet hémithorax, tous les signes physiques enfin énumérés plus haut achèvent le diagnostic.

D. Traitement. — Il va sans dire qu'en présence d'une plaie thoraco-abdominale avec hernie diaphragmatique, la cure radicale de celle-ci ne sera qu'un temps de la thoracophrénolaparotomie. Intervention absolue précoce, dit P. Duval (IIIe Conférence chirurgicale interalliée, 1917), qui préconisait dans son rapport la thoracolaparatomie avec section du diaphragme, c'est-à-dire une incision descendant de la plaie thoracique sur l'abdo-

men, tombant perpendiculairement sur le rebord costal et sectionnant les côtes jusqu'à ce rebord. On peut ainsi, par un jour énorme sur l'abdomen et le thorax, suturer le poumon, assécher plèvre et péritoine, traiter la ou les lésions intestinales, pratiquer au besoin une splénectomie, etc., avec une très grande aisance.

Dans les hernies diaphragmatiques dites « à froid » (en dehors de tout traumatisme récent ou de tout étranglement), le traitement chirurgical est également indiqué, sauf si le sujet est déjà cachectique ou bien si à la radioscopie on a la conviction que la perte de substance du diaphragme est vraiment un obstacle, de par sa trop grande étendue, à la réparation de la cloison. L'intervention consistera à libérer les organes herniés, à traiter le sac, à réduire la hernie et suturer la brèche diaphragmatique. Quelle voie adoptera-t-on? Abdominale ou thoracique? Par la voie abdominale, comme Gaudier et Lecène, l'intervention sera pénible, délicate, et, outre qu'elle ne permettra qu'une mauvaise et fort malaisée réfection du diaphragme, elle exposera le chirurgien à déchirer les organes par la traction. Lafourcade (de Bayonne), intervenant récemment pour une hernie diaphragmatique, commença par une incision xypho-ombilicale. Il dut pratiquer en un deuxième temps une incision thoracique, les tractions sur le pylore exercées par l'abdomen n'amenant pas l'estomac sur lequel les bords de l'orifice diaphragmatique étaient particulièrement serrés.

Par la voie thoracique, l'intervention, telle que l'ont pratiquée Walther, Abadie, Cotte, etc., ne paraît pas donner toute la garantie opératoire, et le principal reproche qu'on peut lui adresser c'est de ne pas permettre toujours la réduction de la hernie.



Fig. 3.

Aussi croyons-nous que la voie adoptée par A. Schwartz et J. Quénu, la voie thoraco-abdominale, semble, en combinant les avantages afférents à chacun des précédents, offrir le maximum d'aisance opératoire.

Au reste, J. Quénu (Th. de Paris, 1920) est arrivé à cette conclusion « que la meilleure voie d'accès est une thoracotomie intercostale sans résection costale, prolongée obliquement sur l'abdomen vers la ligne blanche complétée par la section du rebord costal et l'incision du diaphragme jusqu'à l'orifice herniaire ». Ce serait par conséquent une thoracolaparochondrophrénotomie se pratiquant en trois temps : 1° thoracotomie ; 2° laparotomie ; 3° section du bord cartilagineux du thorax et du diaphragme. La libération et la réduction de la hernie, la suture du diaphragme effectués, on termine par la fermeture du thorax et de l'abdomen.

Les suites opératoires sont en général très simples et les troubles fonctionnels disparaissent dès l'intervention. L'état général du malade s'améliore rapidement et le sujet, qui était au seuil de la cachexie, reprend immédiatement du poids.

On peut se demander ce qu'il advient dans un temps plus ou moins éloigné des organes thoraciques qui ont été si longtemps comprimés et déplacés par les hernies volumineuses. Les quelques observations que les auteurs rapportent démontrent que le poumon rétracté, atélectasié, reprend à la longue une grande partie, sinon la totalité, de sa capacité respiratoire normale. Le cœur reprend aussi peu à peu sa situation topographique habituelle.

Enfin, la cloison diaphragmatique suturée, réparée, offre une résistance suffisamment grande à la poussée abdominale et les récidives sont extrêmement rares.

Telles sont, rapidement décrites dans leurs divers aspects, les hernies diaphragmatiques. Bien qu'assez rare, cette affection ne doit pas mettre le médecin ou le chirurgien dans l'embarras au point de vue diagnostique. On doit, la plupart du temps, poser le diagnostic de hernie diaphragmatique, même pour celles où le traumatisme n'a pas été en cause. Il existe — nous l'avons vu — des signes physiques et des signes fonctionnels nets et précis pour éveiller l'hypothèse d'une hernie diaphragmatique. La radioscopie ensuite affirme le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. *Soc. de chir.*, avril 1919.
Duval. *Soc. de chir.*, mai 1915; — *C. R. de la IIIe Conférence chir. interalliée.*
Dujarier. *Soc. de chir.*, fév. 1928.
Lafourcade. *Soc. de chir.*, avril 1928.
Quénu (J.). *Th. de Paris*, 1920.
Schwartz. *Soc. de chir.*, juin 1919.
Schwartz et J. Quénu. *Paris med.*, fév. 1920.
Schwartz. *Soc. de chir.*, 1928.

N. B. — Au moment où nous procédons à la correction des épreuves de l'article ci-dessus, le professeur P. Delbet vient de présenter à la Société de chirurgie (séance du 30 mai 1928) un cas de hernie diaphragmatique opérée par la voie abdominale, et il arrive à la conclusion qu'une simple incision paramédiane gauche, sans résection du rebord costal, permet d'aborder le diaphragme gauche et d'agir sur lui. De fait, il put ainsi mener à bien et sans grande difficulté l'intervention qui lui permit même de pratiquer une réfection soignée et très solide de la cloison diaphragmatique.

Recherches sur l'ossification et sur la réparation des os fracturés, par le docteur A. Cretin. Un vol. in-8 avec 13 planches hors texte. — Prix : 40 fr. — Le Mans 1925, Imprimerie de l'Institut commercial.

ACTUALITÉS

VITAMINE D. — ERGOSTÉRINE

Historique. — L'importance du régime alimentaire les anomalies dans le métabolisme du calcium sont depuis longtemps des facteurs reconnus de première importance dans la genèse du rachitisme. On se contenta pendant longtemps de ces données pathogéniques prises dans leur ensemble et les auteurs parurent s'attacher davantage à l'étude des facteurs étiologiques qui pouvaient favoriser l'éclosion de la maladie. Ces notions pathogéniques suffisaient pour traiter efficacement bien des cas de rachitisme, à l'exception cependant des cas les plus graves et les succès obtenus en fait par la diététique faisaient considérer un peu comme accessoire l'impossibilité d'obvier à coup sûr aux troubles de la fixation calcique au moyen d'un traitement recalcifiant.

L'entrée dans la pratique des rayons ultraviolets (Huldschivsky) et la reconnaissance du rôle important que joue dans l'éclosion de la maladie la privation de lumière sont des faits plus récents. Le traitement du rachitisme par les rayons ultraviolets devint en peu de temps la pratique universellement adoptée et que le succès couronna.

Ce progrès fut heureusement insuffisant à faire oublier l'importance du facteur alimentaire, et les études consacrées aux vitamines permirent à plusieurs auteurs (Mellanby, Mac Collum, Shermann et Pappenheimer) de rapprocher le rachitisme des affections dues à la privation de vitamines.

On incrimina d'abord le défaut en facteur A liposoluble; des travaux ultérieurs modifièrent cette conception et firent conclure à l'action d'un autre facteur de nature analogue le facteur D vraisemblablement analogue à celui que Frank et Dubin travaillant de leur côté avaient dénommé facteur F.

L'animal chez qui l'étude expérimentale du rachitisme est la plus aisée est le rat et l'on réussit à réaliser divers régimes alimentaires rachitiques (régimes 84 de Pappenheimer et Shermann, 85 C de Pappenheimer, Mac Cann et Zucker, régime 7143 de Mac Collum et Simmonds, etc...) Les lésions réalisées étaient en tout comparables à celles du rachitisme infantile.

La connexité nécessaire du facteur lumière et du facteur alimentaire continuait cependant de s'affirmer sans recevoir encore d'explication puisque seuls parmi les animaux ainsi alimentés, ceux qui demeuraient de façon continue plongés dans l'obscurité étaient atteints de rachitisme.

Les rats exposés ne fût-ce que quelques heures par jour à la lumière demeuraient sains; il en était de même si on les exposait, pendant un temps assez court même, aux rayons ultraviolets.

La cohérence de cette pathogénie fut cependant entamée lorsqu'on remarqua qu'il suffisait de conserver dans la même cage rats irradiés et rats témoins pour qu'aucun animal ne devînt plus rachitique.

Par analogie avec ce qu'on savait pour les anémies dues à la pyridine on crut d'abord que l'air ozonisé par l'irradiation était le vecteur de cette immunité. Mais cette conception devint insoutenable lorsqu'on s'aperçut qu'il suffisait d'irradier la cage pour obtenir les mêmes effets. Il est vrai qui d'autres auteurs ne purent cette expérience.

Hume et Smith trouvèrent la solution du problème en montrant qu'on n'obtenait cette protection que dans la seule mesure où la cage conservait pendant ou après l'irradiation une litière, ou un four de bois dont on retrouvait des débris, dans les feces des animaux témoins et qu'en protégeant contre l'irradiation les portions en question on voyait à nouveau le rachitisme se produire.

On pouvait donc conclure de là que c'est par voie digestive qu'était absorbé l'élément protecteur.

On obtint le même effet en soumettant à l'irradiation les constituants des divers régimes rachitigènes ou en y ajoutant des fragments d'organes provenant d'animaux irradiés.

La multiplicité des corps qu'on rendait ainsi actifs amenait ainsi à conclure qu'il s'agissait non pas d'une substance unique mais de substances différentes ayant en commun certains caractères physiques et chimiques et subissant du fait de l'irradiation des modifications de même ordre.

Les recherches entreprises sur les divers constituants de l'alimentation et sur certains corps qui sont, sans préparation préalable, des protecteurs contre le rachitisme (huile de foie de morue) montrèrent que la substance agissante était parente de la cholestérine et des substances de son groupe que l'on dénomma collectivement *vitastérines.*

Propriétés des vitastérines. — Stabilité. — D'une manière générale, les vitastérines sont stables puisqu'elles *résistent un certain temps à l'action de l'air*, et qu'à l'abri de l'air elles se conservent actives pendant plusieurs mois.

Elles offrent de même une *certaine résistance à la chaleur* puisque les températures d'ébullition courantes et la température d'un four de cuisine ne les atteignent pas. On peut les maintenir jusqu'à cinq heures à 180-190 degrés ou huit heures à 120-130 degrés avant de les détruire. Au bout de ce temps toutefois elles perdent leur action, même si on les protège contre l'action oxydante de l'air.

Action des autres agents physiques. — *Sur les substances inertes* mais susceptibles d'être activées, les *rayons ultraviolets agissent en développant le pouvoir protecteur.*

Sur les substances spontanément actives, l'action des ultraviolets se traduit par la *suppression de ce pouvoir antirachitique.* Il en est de même si on prolonge outre mesure l'action de l'ultraviolet sur les substances qu'ils ont activées ou si on emploie des rayons d'une longueur d'onde mal appropriée.

Les rayons X n'ont sur l'activité aucun pouvoir générateur mais seulement un *pouvoir destructeur.*

Action des agents chimiques. — Elle varie selon les conditions d'action. L'hydrogénation lente et à basse température est inoffensive, l'hydrogénation rapide et à température élevée des procédés indus-

triels est destructive, de même le passage sous la vapeur d'eau, l'action des acides dilués, des vapeurs nitreuses.

Les saponifications à basse température, l'action de l'alcool, de l'éther, de l'acétone qui en sont des dissolvants habituels, de l'eau oxygénée, du formol, du gaz sulfureux, de l'hydrogène sulfuré n'entravent en rien l'action antirachitique de ces substances.

Détermination de la nature des substances actives. — Entre autres substances alimentaires ou médicamenteuses les recherches portèrent surtout sur *l'huile de foie de morue*, spontanément actives, dont on tenta d'isoler le principe agissant, et *sur le lait* — lait ordinaire et lait sec — qu'il était aisé d'activer par irradiation.

Les auteurs reconnurent que d'une manière générale *les graisses* étaient le support du principe actif et parmi elles une faible proportion *des graisses insaponifiables* résistant à l'action de la potasse bouillante. Leur quantité ne dépassait guère 1/200 de la quantité d'huile traitée.

Ce résidu paraissait constitué d'une petite quantité d'hydrates de carbone et d'une majorité de *stérines* cholestérine surtout. Seules les stérines *non saturées* paraissaient actives ou activables. Lorsqu'il s'agit de cholestérine, tous les échantillons ne sont cependant pas actifs ni activables.

La *cholestérine paraît à la vérité un produit* voisin de la substance réellement agissante ; elle n'en contient guère plus de 1/20 ou 1/50 p. 100, mais *la substance isolée semble 500 fois plus active que la cholestérine non purifiée.* Elle se présente comme *un produit brun, sirupeux cristallisant en rosaces.*

C'est par *l'examen spectroscopique* que l'on peut le mieux suivre l'enrichissement chimique ou physique des successifs produits de séparation.

Caractères spectroscopiques. — Dans une cholestérine activable, le pouvoir protecteur apparaît lorsque et dans la mesure où l'examen spectroscopique montre *la disparition dans l'ultraviolet de bandes d'absorption allant de 230 μμ à 280 μμ.*

L'activité du produit disparaît quand ces bandes reparaissent.

On constate en même temps le retour à la normale (142 degrés) de point de fusion de la cholestérine, abaissé dans le produit actif et le relèvement du taux de précipitation par la digitonine que l'activation avait lui aussi abaissé.

La modification subie par les stérines au cours de leur activation est mal connue (polymérisation avec saturation de la valence double de la cholestérine). Quelle que soit la substance d'origine les caractères spectroscopiques ont permis de rapprocher la substance active d'un corps antérieurement étudié par Pohl et Windaus dans l'ergot de seigle et dénommé antérieurement par Tanret *Ergostérine* ($C^{27}H^{41}$ OH pour Gérard). Il s'agit donc *d'une substance ternaire*, comprenant comme la cholestérine des fonctions alcooliques secondaires et des valences doubles.

Le produit originel serait une « provitamine » le produit actif résultant serait la « *vitamine D* ». Il ne semble en tous cas pas s'agir d'un ferment qui ne résisterait pas au même degré à l'élévation de température ni aux actions chimiques.

Origine de l'ergostérine. — Quelles que puissent être les différences qu'elles présentent entre elles les stérines présentent donc les propriétés que nous venons d'énumérer et qui sont celles de l'ergostérine à peu près exclusivement employée actuellement. Cette substance est actuellement le type auquel on peut rapporter les divers constituants de cette catégorie de substances.

On peut les rencontrer dans les substances les plus diverses, en particulier les graisses, animales ou végétales non rances.

Parmi les substances animales, *le beurre*, *le lait* quelle que soit son origine et *même les laits secs*, le jaune d'œuf, les huiles de poisson en particulier l'*huile de foie de morue*; on groupe ces stérines sous la dénomination de *zoostérines*.

Parmi les substances végétales, fournissent des *phytostérines* les huiles végétales (olive, arachide, lin, coton, noix de coco) les algues, les levures (*la levure de bière* en particulier) les champignons (en particulier l'*ergot de seigle*, d'où le nom d'ergostérine choisi par Tanret).

La teneur en principe actif varie. Souvent la substance extraite du produit originel est inactive et l'irradiation est nécessaire pour la rendre active, à condition qu'elle ne soit pas trop prolongée.

D'autres fois la substance active existe toute formée et une irradiation supplémentaire ne fait que la détruire.

Il est des substances inactives et inactivables : hémoglobine, gélatine, huiles rancies, certaines cholestérines.

Mode de préparation. — Il consiste essentiellement pour les substances qui ne sont pas spontanément actives dans l'*exposition aux rayons ultraviolets de faible longueur d'onde* issus d'une lampe à vapeur de mercure ou au magnésium.

Il semble que pour les produits naturellement actifs intervienne l'insolation reçue du fait des circonstances naturelles.

Quelques précautions sont nécessaires pour limiter l'action des rayons aux effets principaux et éviter des effets secondaires nuisibles à la présentation ou à la conservation du médicament (saveur d'huile de foie de morue des laits secs mal irradiés).

Dosage. — Si la reconnaissance peut se faire par voie chimique et spectroscopique le *dosage est uniquement physiologique, basé sur l'ossification des rats rachitiques.* (Radioscopie surtout.)

Indications. — Elles sont peu nombreuses mais d'autant plus simples qu'on n'a pas encore relevé de contre-indications.

Certaines indications sont primordiales. — *Rachitisme.* — Les résultats obtenus semblent devoir déposséder les rayons ultraviolets.

L'ergostérine semble agir aussi bien dans les formes graves que dans les formes légères ou moyennes.

Tétanie. Ostéomalacie. — On a également, mais ce domaine est moins bien connu tenté l'emploi de l'ergostérine pour accélérer la *consolidation des fractures* (Bors) mais il ne s'agit encore que de résultats expérimentaux.

Certains auteurs, enfin, Vogt en particulier, ont eu de bons résultats en administrant aux *enfants du premier âge* de l'ergostérine en plus de leur ration de lait (allaitement naturel ou artificiel). L'ergostérine serait naturellement plus indiquée dans les dystrophies mais donnerait aussi de bons résultats chez le nourrisson normal.

Mode d'administration. Posologie. — On n'en est plus réduit actuellement à l'usage exclusif du produit employé par les premiers cliniciens (Vigantol de Merck); il existe dans les divers pays des produits soigneusement préparés auxquels on peut se fier. La voie sous-cutanée a montré, à l'opposé de ce qui se passe habituellement avec les vitamines, une efficacité certaine dans l'expérimentation; les cliniciens sont moins affirmatifs et l'on s'en tient actuellement *de façon constante à la voie digestive.*

L'ergostérine a été présentée sous forme de pilules ou de comprimés qui paraissent moins actifs et d'une conservation moins durable.

On emploie actuellement la solution éthéro-huileuse et surtout la *solution huileuse à 1 p. 100* dont *cinq gouttes représentent deux milligrammes* de vitamine.

Les quantités employées varient un peu : plus fortes pour traiter le rachitisme que pour le prévenir, plus fortes dans l'ostéomalacie de l'adulte.

On donne en moyenne : *chez l'enfant d'un an deux à trois milligrammes par jour* (III à VI gouttes); *chez l'adulte* on va jusqu'à *six ou huit milligrammes.*

On peut procéder par périodes coupées de repos mais il importe pour prévenir des rechutes de continuer un certain temps après la guérison apparente.

Le produit semble toujours bien toléré; les deux tiers environ du principe actif administré sont absorbés.

Résultats. — Dans le cas de *rachitisme*, même dans des conditions hygiéniques et alimentaires défectueuses, les auteurs s'accordent à constater qu'après huit à dix jours de traitement le taux de la phosphatémie et de la calcémie remontent pour rejoindre la normale; dès ce moment on voit des signes radiologiques de calcification qui semblent suivre une courbe parallèle à celle de la phosphatémie (Vollmer). Le tonus musculaire s'améliore, l'enfant est plus vif, plus gai, son état intellectuel s'améliore. En quinze jours le craniotabes disparaît en général, en quinze à vingt jours la recalcification épiphysaire se montre et les anomalies cliniques disparaissent en trente jours, les anomalies radiologiques en soixante environ.

Les déformations osseuses et l'anémie paraissent seules persister.

Les grosses doses n'influent guère sur la durée du traitement nécessaire. L'amélioration se produit même dans des formes graves ou en dépit des complications infectieuses intercurrentes (Rohmer) qui augmentent cependant la résistance à l'ergostérine.

A noter que chez l'adulte sain le médicament pourrait donner (Kroetz) des modifications du métabolisme opposées à ce qui se produit chez l'enfant rachitique.

Tétanie. — Malgré le peu de résultats obtenus expérimentalement par Urechia et Popoviciu les cliniciens ont obtenu des guérisons en huit à dix jours (Hottinger). Avec des doses suffisantes et moins vite que dans le rachitisme Rohmer a guéri en deux à douze jours les symptômes convulsifs et fait remonter la calcémie encore plus vite qu'avec les rayons ultraviolets; de même Marfan et Mme Odier-Dollfus. Lesné note d'ailleurs que le signe du facial est plus aisé à influencer chez l'enfant que chez l'adulte.

Dans l'ostéomalacie, on a obtenu (Starlinger, György) en douze jours une brusque amélioration des douleurs et de l'impotence après administration de 10 milligrammes par jour. Il s'agissait d'un cas particulièrement résistant où l'amélioration semble avoir persisté malgré une période de surmenage.

La toxicité de l'ergostérine est pratiquement nulle; on a cependant obtenu expérimentalement (Kreitmayr) des accidents d'hypervitaminose avec calcifications anormales.

De tels accidents ne semblent pas à redouter avec les doses usitées en clinique humaine. La seule question pendante, et que le temps seul pourra trancher, est celle de la durée des résultats acquis dans le cas de l'ostéomalacie surtout. R. LEVENT.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude comparative des accidents observés au cours de l'emploi des divers médicaments antisyphilitiques (1), par M. le docteur Raoul BAUDRY.

Les accidents qui peuvent se produire au cours des trois médications antisyphilitiques : mercurielle, arsénobenzolique, bismutique, semblent revêtir une physionomie particulière pour chacune d'elles.

C'est ainsi qu'au cours du traitement arsénobenzolique on peut rencontrer des accidents anaphylactoïdes, hépatiques, hémorragiques, cutanés. Au cours de l'emploi du mercure et du bismuth, on observe des stomatites, des troubles intestinaux, de la névrite, de l'anémie.

Ce sont, en effet, les accidents rencontrés dans la grande majorité des cas. Il ne s'agit du reste là que d'une question de fréquence. En réalité, la plupart des accidents signalés pour l'une de ces médications peuvent être rencontrés au cours des deux autres : c'est ainsi que l'on peut voir de l'urticaire bismuthique, de la fièvre bismutique, des érythrodermies bismuthique et mercurielle, des néphrites arsenicales, des stomatites arsenicales.

Du reste, si ces divers médicaments semblent exercer une action toxique (chimique) par des mécanismes et des points d'attaque différents, il est des cas où les accidents produits par ces corps revêtent une pathogénie analogue : la sensibilisation et l'anaphylaxie, non seulement jouent un grand rôle dans l'intoxication arsénobenzolique, mais encore peuvent être retrouvées dans les intoxications mercurielle et bismutique.

(1) *Thèse de Paris.* — Paris, P. Dubreuil et A. Laroche.

Dans les accidents occasionnés par un médicament, il faut ainsi distinguer entre les troubles dus à la toxicité chimique et ceux qui ont une cause d'ordre physique.

Le facteur individuel du malade intervenant pour la production de ces derniers accidents, on comprend que certains malades, dits polyintolérants, présentent des accidents, quels que soient les traitements successivement essayés, et que, dans certains cas même, les accidents puissent revêtir le même aspect clinique.

Contribution à l'étude du traitement orthopédique de la coxalgie guérie, d'après les dossiers de 492 coxalgiques soignés à l'H. M. de Berck-sur-Mer de janvier 1920 à décembre 1927. — **Des opérations ankylosantes**, d'après les observations de 13 de ces malades opérés à l'hôpital maritime de septembre 1924 à avril 1928 (1), par le docteur Pierre Poisson.

Conclusions. — « Nous envisagerons successivement nos conclusions :

1° Au point de vue orthopédique;

2° Au point de vue de la guérison de la coxalgie;

3° Du point de vue des opérations ankylosantes.

1° Au point de vue orthopédique : Nous avons tenté de montrer que « le meilleur résultat que nous puissions obtenir par le traitement d'une coxalgie » devait être recherché par des méthodes conservatrices, en s'aidant dans une juste mesure de l'acte chirurgical.

Nous avons souligné la bénignité du traitement chirurgical chez les malades soumis à la cure hélio-marine et, en particulier, l'absence de généralisations tuberculeuses.

2° Au point de vue de la guérison de la coxalgie : chez l'adulte comme chez l'adolescent nous avons insisté sur l'insécurité de cette guérison, sur son absence, dans la règle, chez l'adulte. Chez l'enfant nous avons essayé de montrer la grande fréquence des pseudarthroses et, parallèlement, de l'adaptation fonctionnelle : d'où le peu de fréquence des opérations ankylosantes.

A l'hôpital maritime de Berck elles furent indiquées au cours des huit dernières années dans 13 cas chez 492 coxalgiques dont 111 relevaient d'une opération orthopédique.

Aux Enfants-Malades M. Lance les trouva au cours d'une année indiquées deux fois.

Si l'on se place au point de vue de la guérison propre de la coxalgie, il est à prévoir qu'on ne trouve aux arthrodèses qu'une indication générale formelle : les cas de coxalgie de l'adolescent et surtout de l'adulte.

3° Du point de vue des opérations ankylosantes soulignons qu'il n'existe aucun danger opératoire pur, toutes réserves faites sur la possibilité d'une insuffisance surrénale latente pour les arthrodèses chez les coxalgiques guéris.

Chez l'enfant les meilleurs symptômes d'indication opératoire furent : la grande durée d'évolution de la coxalgie, l'impossibilité de la marche, une boiterie qui s'accentue, devient douloureuse, une tendance invincible aux attitudes vicieuses accompagnée de douleur.

Tous ces symptômes se groupent dans l'esprit de l'observateur au fur et à mesure que se poursuit l'*épreuve de la marche*. Celle-ci est le grand signe objectif. La douleur signe subjectif est peut-être l'élément dont le poids est le plus variable, selon les *tendances personnelles* de chaque chirurgien.

On s'est donné pour but de faire le minimum : créer un appui, rechercher un col assez solide; et de faire l'optimum : mettre, par surcroît, le foyer coxalgique à plat.

Autant que faire se put, on désira créer une arthrodèse :

Lorsque ce fut impossible de par l'état des parties molles, on pratiqua l'ostéotomie basse. Il semble que l'enchevillement avec greffon soit préférable.

Au cas où, de par la situation haute du grand trochanter l'arthrodèse serait impraticable, on doit être autorisé à essayer des redressements successifs afin de se mettre dans les conditions voulues pour la rechercher par la suite. En cas d'échec on a la ressource de faire un enchevillement.

Au cas où l'on veut faire l'arthrodèse, il semble que c'est à l'*arthrodèse mixte* qu'il faille donner la préférence : arthrodèse avec greffon iliaque et verrouillage.

Il convient d'employer toujours la voie d'abord d'Ollier pour ménager les muscles fessiers, si atrophiés soient-ils.

Chez les coxalgiques attardés la même ligne de conduite opératoire se pose. Les indications, elles, sont tirées de l'ancienneté de la maladie coxale, de l'état antérieur de la marche, de l'existence d'une poussée *vraie*.

Chez l'adulte et l'adolescent les signes d'indication opératoire n'existent pas. Il faut opérer une fois le diagnostic de coxalgie posé. Certains auteurs n'hésitent pas à opérer des malades porteurs d'abcès.

L'arthrodèse à mettre en œuvre est l'extra-articulaire.

L'avenir jugera l'opération. A l'heure actuelle nous pouvons seulement dire qu'elle est légitime. »

Contribution à l'étude du traitement du tétanos (1), par le docteur M. Polonski, ancien externe des hôpitaux.

Le traitement curatif du tétanos se compose essentiellement de trois facteurs : il faut entraver la toxi-infection par un traitement local, neutraliser l'intoxication, en imbibant littéralement le malade avec du sérum et enfin calmer les crises. Le traitement local consiste toujours dans un débridement large de la plaie initiale; la sérothérapie doit être intense, précoce et continue et il faut injecter journellement 200 à 400 centimètres cubes de sérum, d'une façon fractionnée, en tenant compte de l'âge du malade, surtout par voie intramusculaire ou sous-cutanée; pour atténuer les contractures et les spasmes, c'est-à-dire pour viser à la fois un but médical et un but humain, rien ne donne d'aussi bons résultats que les injections intramusculaires (8 à 10 centimètres cubes par jour) et surtout que les injections intraveineuses (6 centimètres cubes par jour) de somnifène; ces doses doivent être répétées quotidiennement jusqu'à la cessation des paroxysmes. Le docteur Polonski, à l'appui de sa thèse, publie, entre autres, une observation excessivement intéressante, prise dans le service de M. le professeur Sergent, à l'hôpital de la Charité. Ce travail très documenté confirme les résultats vraiment impressionnants obtenus par l'emploi du somnifène, non seulement par voie buccale, mais aussi par voie intramusculaire ou par voie endoveineuse, dans le tétanos (Pasgrimaud, Hamant, Bénech, M. Labbé, A. Escalier, etc.) et aussi dans l'état de mal épileptique (Rimbaud, Boulet, Chardonneau, Cestan, Riser, Vieu, Sorel, Pérès, etc.), dans l'éclampsie (Larribère), dans le delirium tremens (Ramond, Laporte, Quénée, etc.), dans les psychoses intenses (Claude, Crouzon, Robin, Lemaire, Demole, Laignel-Lavastine, Pavlovitch, Rone, Dodard-des-Loges, Barbé, Levet, Lévy-Valensi, Marie, Kohen, Trenel, etc.). En somme, le somnifène, dans ces cas très graves, se montre le calmant de choix, comme dans la médecine journalière, par voie buccale, sous forme de gouttes, il est, comme on l'a écrit, le plus pratique et le plus maniable des hypnotiques.

De la nécessité du certificat médical prénuptial (2), par le docteur P. Bouëssel du Bourg.

Conclusions. — « Le certificat prénuptial, en réglementant le mariage, aura, pour conséquence, l'amélioration de la « qualité » des produits et par la « qualité », nous aurons un jour prochain « la quantité ».

(1) *Thèse de Paris*, 1928. — Le François.

(1) *Thèse de Paris*, juillet 1928.
(2) *Thèse de Paris*. — Norbert Maloine.

Pour cela, que faut-il :

1° Eclairer l'esprit du public, lui faire comprendre le danger social de la triade que constituent la syphilis, la blennorragie, la tuberculose;

2° Utiliser le cinéma pour répandre ces idées. Proclamer qu'on peut, qu'on doit guérir, avec un peu de courage et de patience;

3° Rendre obligatoire, en l'adaptant avec l'âge, l'éducation sexuelle dans toutes les écoles et lycées, apprenant ainsi aux futurs époux et aux futures épouses, leur devoir.

Mais rien ne peut être fait sans l'appui du gouvernement qui doit :

1° Réglementer, tout en le respectant, le secret professionnel. Ne serait-il pas logique de ramener le secret professionnel aux limites précises que lui avait tracées Hippocrate lui-même qui est de *ne pas nuire à autrui*.

2° Faire adopter la proposition de loi du professeur Pinard que je rappelle pour mémoire : « *Article premier*. — Tout citoyen français désirant contracter mariage ou remariage ne pourra être inscrit sur les registres de l'état civil que s'il est muni d'un certificat médical daté de la veille, établissant qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse. »

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique..........	10 gr.
Extrait de gentiane................	8 gr.
Extrait thébaïque..................	0g25
Extrait de noix vomique............	0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928

DOCTORAT D'ETAT. — 36. ALLIMANT. — Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes maniaques dépressifs.

4. BARTHELMÉ. — Considérations sur l'action hémostatique des rayons X en oto-rhino-laryngologie.

21. BENMANN (Mme) née VOLFENSPERGER. — Epilepsie et schizophrénie.

14. BIECHELER. — Travaux récents de médecine légale allemande.

13. BLAISE. — L'ostéomyélite traumatique fermée et la loi sur les accidents du travail.

42. BRÜCKER. — Le traitement du lichen plan par la radiothérapie vertébrale.

11. BÜRCKLÉ. — Le traitement de la fièvre puerpérule.

8. BUZON. — Contribution à l'étude de la mort rapide des nourrissons opérés d'antrite mastoïdienne extériorisée.

37. — CUNY. — L'exclusion du pylore par ligature. Ses résultats éloignés.

12. DEUTSCH. — La peptonothérapie de l'asthme et de ses équivalents cliniques.

24. DUVERGER — Pathogénie de quelques amauroses.

9. FEUEBCH. — Les fractures en médecine légale.

46. GOUNELLE. — Contribution expérimentale de l'histogénèse du monocyte à partir du tissu réticulo-endothélial.

45. HORRENBERGER. — Contribution à l'étude du follicule ovarique et du corps jaune chez la femme.

43. HOUPERT. — Recherches sur la musculature de la langue chez les mammifères.

10 JUNG (Adolphe-Michel). — L'influence des opérations sympathiques sur l'évolution des plaies expérimentales en rapport avec les modifications du pH.

35. JUNG (Gabriel). — Tumeurs de l'utérus et de ses annexes faisant une dystocie pendant l'accouchement.

2. HAUFFMANN. — Contribution à l'étude du délire d'interprétation.

23 LANZENBERG. — Contribution à l'étude du diagnostic des adénopathies inguinales.

44. LEDER. — Les résultats actuels du traitement chirurgical de l'asthme bronchique.

17. LÉVY (Paul). — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose maligne.

15. LIEBRICH. — Contribution à l'étude de quelques complications de la dysentérie bacillaire et leur traitement par la sérothérapie.

16. MARTY (Mlle). — Le pneumothorax artificiel bilatéral.

22. MÜLLER. — Sur l'inversion et la transformation giratoire normale du nystagmus calorique.

38. OPPENHEIMER (Mme). — Radiothérapie des tumeurs de l'hypophyse.

29. SCHOCH. — Une association optico-motrice pathologique.

32. SEGIN. — Les eaux minérales de Rosheim. Etude analytique et thérapeutique.

26. SLOÏMOVIGI. — La dermatite chronique atrophiante.

3. SPINDLER. — La forme hypocondriaque de la schizophrénie.

39. STAMM. — Analyse d'un cas de démence sénile.

7. STAUDER. — Les accidents par gaz nocifs dans l'industrie.

28. STRICHER. — De la surrénalectomie unilatérale dans le traitement des artérites et de certains syndromes vasculaires.

31. THUET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans l'asthme essentiel.

18. TRENSZ. — Etude sur une diarrhée épidémique à vibrions, observé au Gabon.

41. UHRIG (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement des infections septicémiques.

17. UNGERER. — Le traitement du glaucome par l'adrénaline.

10. WALTER. — Les conceptions modernes des albuminuries fonctionnelles.

30. WOLFF. — Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 1. BROUN. — Dosage du chlore dans le sang et dans les tissus.

20. CHÉRIF. — Les sténoses chroniques du duodénum.

25 LIEOU YONG CHOEN. — Syndrome sympathique cervical postérieur et arthrite chronique de la colonne vertébrale cervicale (étude clinique et radiologique).

40. POPOVITSCH. — La conduite de la cure par le pneumothorax artificiel et le traitement des principales complications pleurales qui peuvent survenir.

5. STAVRIDHIS. — Contribution à l'étude des psychoses alcooliques.

6. TASSOVATZ. — Les formes pleuro-pulmonaires de la lymphogranulomatose maligne.

RÉGIME LOCAL. — 2. HEYLER (Mlle). — Contribution à l'étude des troubles séniles du langage.

1. NIEDER. — Les signes de probabilité de l'hérédo-syphilis du nourrisson.

3. STUDER. — Expertise de l'écriture de la main gauche (application de la méthode Locard).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste. — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 29 octobre 1928, à 8 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 1er au lundi 15 octobre 1928 inclusivement.

— L'ouverture des concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1928-1929) aura lieu :

Pour le *concours de médecine*, le lundi 21 janvier 1929, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Pour le *concours de chirurgie et d'accouchements*, le jeudi 17 janvier 1929, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 14 au 26 novembre 1928 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuve des concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 26 novembre 1927, à 17 h., dernier délai.

— Concours d'assistants d'électro-radiologie. — Un concours pour la nomination à dix places au maximum d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux sera ouvert le mardi 13 novembre 1928, à 16 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine désireux de concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du lundi 15 au samedi 27 octobre 1928 inclusivement.

— Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1928, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1928, le concours sera ouvert le jeudi 6 décembre 1928.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du 5 au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les *maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade et dix minutes pour faire sa leçon après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire............. 30 points
Pour l'épreuve clinique...... 20 —

II. *Jury du concours*. — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE CLICHY. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Clichy (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME A LA SOCIÉTÉ DES NATIONS. — Le délégué de la Finlande a déposé, d'accord avec la délégation française, la résolution suivante qui sera soumise à l'approbation de l'assemblée :

« L'assemblée, saisie par les délégations finlandaise, suédoise et polonaise d'un projet de résolution relatif à l'alcoolisme, décide d'inviter l'organisation d'hygiène de la Société des nations à recueillir tous les renseignements statistiques relatifs à l'alcoolisme, considéré comme conséquence d'un abus de l'alcool, en mettant en évidence, d'après les renseignements qui pourraient être recueillis, l'influence néfaste de la mauvaise qualité des alcools consommés;

Considérant que, s'il appartient aux Etats de faire cesser le trafic de contrebande effectué en violation des conventions établies entre eux, il peut être néanmoins utile d'examiner les termes dans lesquels de semblables conventions ou accords pourraient être élaborés pour la répression de la contrebande en général et celle de l'alcool en particulier;

Décide d'inviter le Comité économique à effectuer cette étude, et s'il y a lieu à soumettre des propositions en conseil en vue de conclusion à tirer de ces études.

Il est stipulé que cette résolution ne met en cause ni les vins, ni la bière, ni le cidre. »

ASSOCIATION DES MÉDECINS MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE GUERRE. — Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs la création d'un nouveau groupement qui prend pour titre : « Association des médecins mutilés et réformés de guerre ».

Au moment où vient d'être élaboré le décret d'administration publique concernant l'emploi obligatoire des mutilés et réformés de guerre, tous les médecins titulaires d'une pension ont le devoir de se grouper et de faire entendre leurs si légitimes revendications.

Pour faire partie de l'Association, il suffit d'être docteur en médecine et titulaire d'une pension définitive.

Les adhésions de principe sont reçues par le docteur Jean Hornus, 5, rue de Rivoli, Paris (téléph. Archives 11-90), fondateur de ce groupement, qui convoquera à une assemblée générale constitutive vers le milieu du mois d'octobre.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 24e décade (21-31 août 1928), 870 décès, au lieu de 187 pendant la décade précédente, et au lieu de 911, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47, au lieu de 33 pendant la décade précédente (moyenne 23).

La rougeole a causé 3 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 22, au lieu de 24 pendant la décade précédente (moyenne 33).

La scarlatine a causé 2 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 37; il s'élevait à 41 pendant la décade précédente (moyenne 33).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 36, au lieu de 28 (moyenne 37).

La diarrhée infantile a causé 99 décès de 0 à 2 ans, au lieu de 61 pendant la décade précédente (moyenne 60).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 102 décès, au lieu de 80 pendant la décade précédente, et au lieu de 91 moyenne décadaire correspondante.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bird T. Baldwin (d'Iowa City, U. S. A.), Charles (de Florac), Joseph Cotoni (d'Oissel), Dufournier, ancien interne des hôpitaux de Paris; Edouard Favez (de Paris), le professeur Charles Firket (de Liége), ancien président de l'Académie royale de médecine; Rolland, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, ancien directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux.

— Notre cher collaborateur et ami Edouard Antoine vient d'être cruellement frappé par la mort de son père. Nous le prions de recevoir l'expression très affectueuse de notre très profonde sympathie.

HÔPITAL BOUCICAUT. — COURS DE TECHNIQUE ÉLÉMENTAIRE MÉDICO-CHIRURGICALE, du lundi 1er octobre au samedi 10 novembre inclus. — Ce cours, exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 h., à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. Courcoux et Trémolières, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut; avec la collaboration de M. Guilbert, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de MM. Rouillard et Rouhier, médecin et chirurgien des hôpitaux, de MM. Bidermann et Tardieu, assistants à l'hôpital Boucicaut.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

L'ŒUVRE D'HIVERNAGE DES ENFANTS demande personnel dévoué mais payé dont la santé nécessiterait un séjour dans le Midi, Fédération parisienne des Colonies de vacances, 26, faubourg Saint-Jacques.





TRIADE D'HUTCHINSON

ET

TROUBLES ENDOCRINIENS

PAR LES

Docteur A. CANGE et Docteur Renée ANTOINE

Professeur de clinique ophtalmologique — Chef de laboratoire

à la Faculté de médecine d'Alger.

« Les troubles des glandes à sécrétion interne, apparaissant sur un terrain hérédo-syphilitique, peuvent-ils être admis comme facteurs déterminants de la triade d'Hutchinson? » tel est le titre d'un travail fort instructif paru, il y a trois ans déjà, dans le *Münchener medizin Wochenschrift* (1). Avant d'aborder le fond du problème, son auteur, le professeur Cedercreutz (d'Helsingfors), rappelait que, dès l'année 1913, il avait exprimé l'opinion que les altérations dentaires, et probablement aussi les accidents oculaires et labyrinthiques, pouvaient être considérés comme le résultat de troubles fonctionnels endocriniens engendrés par la présence, au sein de leur parenchyme, des spirochètes dont on connaît l'affinité spéciale pour ces organes glandulaires. Cette théorie avait le mérite, à ses yeux, d'expliquer l'atteinte simultanée, chez le même sujet, de trois appareils aussi nettement distincts. Cependant, si nous l'en croyons, sa théorie se serait heurtée à l'indifférence des otologistes et à l'hostilité des stomatologistes, des dermatologistes et des ophtalmologues. Opposés, presque tous, à l'admission de la thèse endocrinienne, ils ont donc continué à voir, dans ces trois affections, des manifestations virulentes traduisant l'infection locale des tissus par la présence effective des parasites.

Or, c'est à la théorie endocrinienne que Cedercreutz veut précisément revenir dans le travail que nous venons de citer, et dont la rédaction lui a été inspirée, sans doute, par la lecture de notre premier article de la *Gazette des hôpitaux* de septembre 1924, concernant le rôle des troubles endocriniens dans le développement de la kératite parenchymateuse. Depuis, nous avons consacré à ce sujet un second mémoire, publié en septembre 1925 dans le même Journal. Dans ces deux articles, nous avons surtout envisagé le côté oculistique du problème; le professeur Cedercreutz, se plaçant à un point de vue plus général, a voulu montrer que ce qui est vrai pour l'œil l'est également pour les deux autres organes, et que les arguments valables pour la cornée le sont aussi pour les dents et pour l'oreille. Nous le suivrons dans ses développements avec d'autant plus d'attention et de profit qu'il les a fondés sur certaines publications ignorées, nous a-t-il semblé, de la littérature médicale française.

D'abord, que faut-il penser des altérations dentaires? La notion de la présence des spirochètes dans les germes dentaires, démontrée par Cavallaro et Pacini et aussi par Nicolas, Massia et Dupasquier, n'est pas faite pour surprendre; elle ressort de cette constatation plus générale qu'à la période septicémique de l'infection, ils ont été retrouvés dans tous les tissus et dans tous les organes, même en dehors de toute lésion spécifique apparente. Ce qu'il importe donc d'expliquer, c'est la localisation des altérations au niveau des incisives médianes supérieures. Or, Langer et Wassmund ont montré que, sous l'influence de la syphilis congénitale, le bord de l'os intermaxillaire subit un arrêt de développement qui le rend concave, et qu'il demeure hypoplasique du fait, peut-être, d'un processus gommeux. Ainsi, l'attention des cliniciens devrait être attirée désormais plus sur l'os intermaxillaire que sur les dents elles-mêmes « parce que, écrivent Buschke et Langer, leur altération, c'est-à-dire le type dit « dent d'Hutchinson », ne comporte qu'une apparition secondaire à base de trouble primaire dans l'os intermaxillaire; de cette façon, on peut encore expliquer facilement pourquoi les altérations dentaires n'atteignent que les incisives, le plus souvent d'une façon symétrique, et pourquoi encore elles se localisent principalement sur le maxillaire supérieur ». Mais en admettant même, avec Buschke et Langer, que l'altération de l'os intermaxillaire soit la cause des déformations dentaires, il reste à déterminer les raisons de cette altération osseuse. A l'explication tirée de l'existence d'un processus exceptionnel d'ostéo-syphilose, pourquoi ne pas préférer la théorie endocrinienne de l'hypoplasie de l'os intermaxillaire et des déformations dentaires consécutives? Et, le professeur Cedercreutz invoque en faveur de cette thèse plusieurs arguments impressionnants. D'abord on ne peut contester l'influence de l'appareil endocrinien sur le développement du système osseux. D'autre part, les altérations dentaires se montrent sur les dents de la seconde dentition, plus exactement à l'âge de sept ans, c'est-à-dire à cette période de la vie que caractérisent l'involution du thymus et le développement maximum du corps thyroïde, deux organes particulièrement sensibles à l'action du spirochète; or, c'est également l'époque d'apparition de la kératite parenchymateuse. Après avoir rappelé le mémoire désormais célèbre d'Hutchinson sur la valeur des altérations dentaires pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis, Cedercreutz invoque également, à l'appui de la thèse endocrinienne, le cas de Josephson qui a rencontré la « dent d'Hutchinson » chez une hypothyroïdienne exempte de toute tare luétique. Voilà pour les données anatomo-cliniques.

En outre, certains faits expérimentaux sont venus démontrer l'action des glandes à sécrétion interne sur le développement et sur la morphologie de l'appareil dentaire. C'est ainsi que Fleischmann et Kranz, sur des rats auxquels ils avaient pratiqué l'ablation de l'hypophyse et des parathyroïdes, ont obtenu, sinon les encoches caractéristiques de la triade, du moins d'importantes modifications dentaires. Kranz a également constaté que les dents régénérées des porcs et des lapins thyroïdectomisés présentaient, avec une diminution de leur volume,

(1) Professeur Axel Cedercreutz. *Münch. med. Woch.*, 1925, n° 46.

des troubles dans la formation de la dentine et de l'émail (1).

Enfin, Cedercreutz soulignait l'intérêt de recherches poursuivies dans le but d'élucider l'influence, sur l'évolution dentaire des hérédo-syphilitiques, d'extraits glandulaires administrés durant toute la période qui précède la seconde dentition. Sans doute, les résultats de ces essais seraient difficilement contrôlables parce qu'on ignore les sujets appelés à présenter, un jour, les dents d'Hutchinson et que la médication organothérapique reste impuissante contre des malformations confirmées; il estimait cependant qu'une enquête étendue et élargie, intéressant d'importantes séries d'hérédo-spécifiques traités avant la deuxième dentition, par des produits thyroïdiens par exemple, pourrait aboutir à des conclusions positives si elle démontrait que les enfants, ainsi traités, ne présentent pas les lésions dentaires caractéristiques.

Les arguments invoqués en faveur du rattachement aux altérations endocriniennes des accidents auditifs sont loin de comporter la même diversité et la même précision; on peut même prétendre qu'aucune preuve, clinique ou expérimentale, n'en a été produite. Nous sommes d'ailleurs, actuellement encore, dans une ignorance presque complète des particularités anatomiques des neuro-labyrinthites syphilitiques. Toutefois, certains faits doivent être retenus tels que les corrélations étroites de la surdité et du crétinisme (Bircher) et le développement chez certains crétins d'une surdité bilatérale causée par une labyrinthite double primitive ou secondaire (Peritz).

La partie la plus importante du travail du professeur Cedercreutz, ou du moins la plus intéressante pour nous, est consacrée à la pathogénie de la kératite parenchymateuse. Il y est écrit notamment « qu'une revue véritablement bien orientée de l'étiologie de la kératite parenchymateuse, avec des considérations particulières sur le rôle joué, à cet égard, par les altérations endocriniennes, a été publiée récemment par Cange et Antoine, à la suite d'un cas observé par eux en 1924 ». Par contre, le professeur Cedercreutz nous adresse le reproche d'avoir passé sous silence certains travaux de langue allemande et particulièrement le travail d'Enroth. A la vérité, nous le connaissions par l'analyse qui en a été donnée dans la *Revue générale d'ophtalmologie* de 1921 (2); et, c'est par suite d'un oubli regrettable qu'il n'en a pas été fait mention dans notre premier mémoire. Cette omission sera réparée aujourd'hui, au cours de l'exposé qui suivra l'observation personnelle que nous allons maintenant rapporter.

Observation. — Originaire d'Alger, H..., cinquante-six ans, bourrelier, se présente à la consultation de la Clinique ophtalmologique, le 5 décembre 1925, pour kératite interstitielle de l'œil gauche.

Antécédents personnels. — Les investigations poursuivies sur son passé pathologique nous ont donné les résultats suivants : il est né à terme, bien conformé; nourri par sa mère, il s'est développé d'abord dans des conditions régulières. Rien, du moins, ne pouvait laisser supposer, alors, la profonde perturbation qui devait survenir dans sa croissance. Pourtant, vers l'âge de six mois, il aurait présenté, à ce qu'il a appris, une éruption cutanée occupant le tronc et les membres, plus particulièrement les extrémités de ceux-ci; cette éruption, de nature bulleuse, aurait coïncidé avec une altération grave de l'état général et aurait marqué le début de sa débilité constitutionnelle. Il sait également qu'il a marché très tard, après l'âge de deux ans, mais ne peut fixer la date à laquelle il a parlé et a percé ses premières dents. Dans le cours de la seconde enfance, il accuse seulement une rougeole d'ailleurs bénigne.

C'est vers l'âge de treize ans qu'on s'est aperçu de l'arrêt de son développement et surtout du défaut de son accroissement statural. Il est donc resté petit, mais non difforme, sans disproportion choquante. Au point de vue cérébral, s'il ne se montra pas d'une intelligence supérieure, du moins il apprit assez facilement à lire, à écrire et à compter, et il parvint à acquérir une instruction suffisante pour les besoins de sa profession.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre ans, il avait alors cinquante-deux ans, par conséquent après une longue période de bonne santé appparente, son état s'est de nouveau altéré; et trois manifestations pathologiques importantes firent successivement leur apparition. Ce furent, dans leur ordre chronologique : 1. des arthropathies des deux genoux; 2. beaucoup plus tard, des manifestations auriculaires atteignant l'oreille droite, puis l'oreille gauche, et qui ont abouti à une diminution notable de l'acuité auditive; enfin, 3. tout récemment, une kératite d'Hutchinson de l'œil gauche qui a décidé le malade à se présenter à la Clinique ophtalmologique de la Faculté.

1. L'apparition des accidents articulaires remonte à quatre ans environ : à cette époque, les deux genoux sont devenus le siège d'un endolorissement profond entraînant une gêne légère de la marche et une sensation de fatigue rapide; mais, tandis que le genou du côté droit ne présentait objectivement rien de bien saillant et que les altérations s'y réduisaient à de simples manifestations arthralgiques, le genou gauche se tuméfiait, augmentait progressivement de volume et finalement se stabilisait dans l'état qu'il présente encore actuellement. Lors de l'examen initial nous constations, en effet,

(1) Cet article était déjà rédigé quand est parue la thèse de Chatellier (Paris, juin 1928) : *Essais sur le thyroïdisme et la carie dentaire*, thèse dont nous n'avons pu prendre connaissance et à laquelle nous renvoyons le lecteur.

(2) Voici l'analyse du travail d'Enroth telle qu'elle a été donnée dans la *Revue générale d'ophtalmologie* de 1921, p. 459 : « Enroth examine cliniquement et minutieusement 15 cas de kératite parenchymateuse et pratique aussi l'examen sérologique suivant Abderhalden pour la recherche des ferments de défense; sur les 15 personnes examinées, 13 étaient sûrement hérédo-spécifiques. Un cas était douteux. Il y avait de la tuberculose sûrement dans trois cas et peut-être aussi dans quatre autres. Dix personnes eurent un Abderhalden positif, parmi lesquelles six étaient nettement du type thymo-lymphatique et la réaction était positive avec le thymus. Dans tous les cas positifs, il y avait des troubles des sécrétions internes (deux fois de la thyroïde, une fois thyroïde et glandes génitales, une fois thyroïde et capsules, une fois glandes génitales et hypophyse, une fois de la rate). L'Abderhalden était positif dans deux cas seulement avec la thyroïde et dans deux autres seulement avec les glandes génitales. Tous les sujets présentaient des signes de dégénérescence. Se basant sur ces constatations, l'auteur suppose que la kératite parenchymateuse est l'expression d'une disposition constitutionnelle spéciale à laquelle se surajoute habituellement la syphilis comme cause déterminante. Celle-ci peut aussi être la tuberculose. On peut même concevoir une kératite parenchymateuse sans syphilis ni tuberculose. » (E. Enroth, Parenchymatose keratitis und Konstitution, *Klin. Monat. f. Augen.*, 1920, t. LXV, p. 266.)

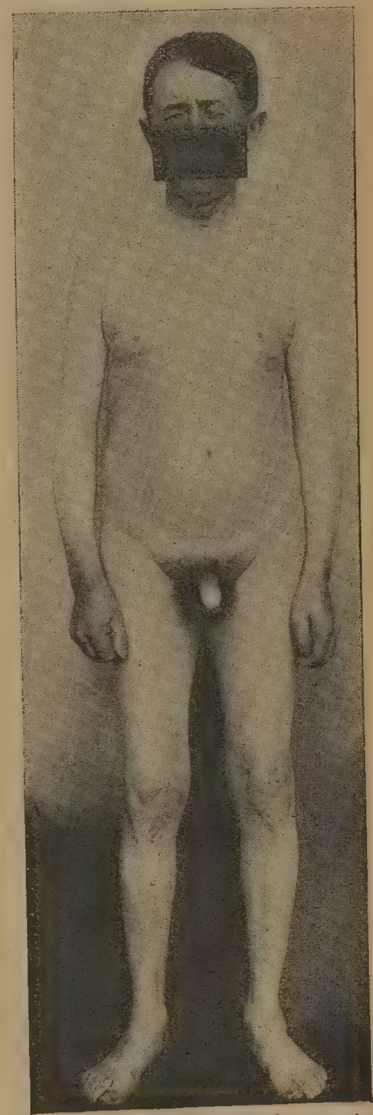
l'existence d'une hydarthrose chronique de moyen volume, reconnaissable à la tuméfaction de l'article, à la distension des culs-de-sac synoviaux et surtout à la perception nette du choc rotulien. Cet épanchement était indolore spontanément et le restait dans les mouvements actifs et passifs; il n'entraînait pas de réduction appréciable de l'amplitude des mouvements; l'entrave fonctionnelle était très légère et l'atrophie musculaire à peine prononcée. La pression révélait une sensibilité légère du condyle tibial interne; le malade devait présenter par la suite, pendant le temps qu'il resta soumis à notre examen, des poussées douloureuses intermittentes, surtout nocturnes, réveillées peut-être par les explorations répétées auxquelles la jointure avait été soumise. L'examen radiographique ne montrait aucune altération squelettique appréciable, si ce n'est une raréfaction uniforme et régulière des extrémités articulaires, bien que la palpation du côté gauche donnât une sensation confuse d'éburnation du condyle interne.

2. Il y a cinq ou six mois, le malade constatait l'éclosion soudaine d'altérations de l'ouïe caractérisées par la perception ininterrompue de bourdonnements et de sifflements aigus, plus prononcés au réveil, s'accompagnant de vertiges et de céphalées à prédominance occipitale. D'abord localisés à l'oreille droite, les accidents auraient, un mois plus tard, atteint l'oreille opposée. En outre, H... accusait une diminution notable et rapidement progressive de l'acuité auditive. A cette époque déjà, on était obligé d'élever la voix pour se faire entendre du sujet qui souvent répondait à côté de la question. Notons que l'examen otologique pratiqué à cette époque permit de constater des lésions banales d'otite moyenne scléreuse bilatérale, accompagnées cependant d'altérations labyrinthiques débutantes; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir ultérieurement sur la marche, les caractères et la nature de ces troubles auditifs.

3. L'affection oculaire, localisée à l'œil gauche, a débuté il y a six semaines, par de la rougeur, une légère photophobie et surtout par un trouble précoce et prononcé de la vision. L'infiltration de la cornée aurait, en effet, progressé rapidement puisque, aux dires du sujet, elle aurait, en une semaine, atteint presque toute l'étendue de la membrane transparente (?). Dès le premier examen, on constatait un trouble diffus intéressant la totalité de la cornée, mais dont les amas, de densité différente et de dimensions inégales, étaient cependant plus nombreux et plus épais à la périphérie, se montrant au contraire plus petits et moins pressés dans la région centrale. Cette disposition, d'ailleurs, devait être de courte durée et rapidement l'infiltration devint générale et uniforme, de sorte que la vision se trouvait réduite au point de permettre à peine au malade de compter confusément les doigts à 50 centimètres. En raison du trouble prononcé de la cornée, il ne nous fut pas possible d'apprécier exactement l'état de l'iris et à plus forte raison de pratiquer l'examen ophtalmoscopique; des renseignements intéressants furent cependant fournis par l'examen de l'œil opposé où l'on découvrit, au voisinage de l'ora serrata, la présence de taches de chorio-rétinite reconnaissables à leur saillie jaunâtre, cerclée de petits amas pigmentaires.

Ce fut quinze jours après l'admission à l'hôpital que se dessina la phase de vascularisation. Elle s'annonça par l'apparition d'une grosse traînée vasculaire occupant le méridien vertical de la cornée et s'avançant jusqu'au voisinage de son centre; d'autres vaisseaux apparurent ensuite dans les divers secteurs de la cornée. Le 4 février 1926, soit deux mois après son hospitalisation et trois mois et demi après le début des accidents, la période de vascularisation était parvenue à son acmé : la cornée était trouble et vascularisée dans son ensemble; les traînées vasculaires prédominaient cependant dans le segment supérieur qui demeura toujours le plus sérieusement envahi. Bien que difficile, l'examen à l'éclairage oblique des parties profondes permettait, grâce à la déformation de l'orifice pupillaire, de reconnaître l'existence de complications iriennes : la contraction de l'iris, l'irrégularité de sa circonférence interne perçues malgré le trouble brumeux de la cornée témoignaient de la présence indubitable de synéchies postérieures. Cependant, la tension oculaire n'était pas sensiblement modifiée, la pression sur la région ciliaire n'était pas manifestement douloureuse; l'acuité permettait de compter péniblement les doigts à 30 centimètres.

Une vingtaine de jours plus tard, vers la fin de février, se dessina enfin la période de résorption, sans que nous puissions affirmer que le traitement institué, opothérapique d'abord puis spécifique, ait eu sur cette évolution une influence certaine; la cornée s'éclaircit d'abord dans son segment nasal ce qui permit de confirmer l'existence d'adhérences irido-capsulaires, puis lentement, progressivement, l'amélioration s'étendit aux diverses parties de la cornée de sorte qu'à l'examen pratiqué le 2 avril 1926, date de la sortie de l'hôpital, on pouvait noter la disparition du larmoiement et de la photophobie, la persistance de l'état nébuleux de la cornée, plus prononcé en son centre, de même que la présence de fines travées vasculaires rayonnantes. Du fait des synéchies postérieures la mydriase atropinique demeurait très irrégulière; en raison d'un notable degré d'opacité cristallinienne, l'examen ophtalmoscopique était difficile. Au point de vue fonctionnel, l'acuité se montrait très diminuée (2/50 faible); la correction par les verres ne donnait aucune amélioration appréciable.



En résumé, H... a présenté une kératite interstitielle localisée à l'œil gauche et caractérisée par ses trois phases successives : d'infiltration (environ huit semaines), de vascularisation (trois semaines) et de résorption incomplète, de sorte que l'évolution totale de la maladie a donné une durée totale de cinq mois et demi environ.

Des investigations nécessitées par ces trois états pathologiques sont résultées les constatations fort importantes que voici : d'abord, et dès le premier examen, notre attention devait être attirée par deux particularités : l'exiguïté de la taille et l'aspect du facies. H... mesure en effet 1m37 et pèse 37 kilogrammes environ; il chausse la pointure 35 et porte des chapeaux de 51 centimètres de tour de tête; il se plait, du reste, à raconter l'embarras dans lequel il met son chapelier et son bottier. Il n'est cependant pas difforme car l'extrémité céphalique, le tronc et les divers segments des membres ont conservé leurs proportions respectives normales. La physionomie est celle d'un vieillard avancé, au teint mat et jaunâtre; la peau est sèche, squameuse, mais en certaines régions surélevée par un pannicule adipeux abondant. C'est ainsi que l'on peut noter la proéminence globuleuse de l'abdomen, la tuméfaction boudinée des régions inguinales, le gonflement des seins qui ressemblent à des mamelles de jeune fille, le

boursoufflement des paupières supérieures et de la région sous-mentonnière. La peau des mains est parcheminée; les doigts sont courts, empâtés et boudinés; les index sont incurvés en dedans; les téguments des avant-bras présentent un aspect ichtyosique et comme « collodionné ». Les cheveux sont fins, secs, clairsemés, mais leur longueur leur donne une fausse apparence d'abondance; il en est de même des poils de la moustache. Les sourcils, plutôt fournis dans leurs deux tiers internes, sont rares dans leur tiers externe : le « signe du sourcil » est donc ici nettement accusé. Les ongles sont secs, fendillés, et, selon l'expression du malade, « durs et cassants ».

L'examen de l'appareil respiratoire n'a révélé aucune particularité pathologique; orientées spécialement vers le diagnostic de la tuberculose, les recherches n'ont pas permis de déceler la moindre lésion, ancienne ou récente, éteinte ou en activité. Il existe, avec une déviation prononcée de la cloison, un état ozéneux tellement accusé que la conversation avec le sujet est rendue très pénible.

L'appareil circulatoire ne présente rien d'anormal; il n'existe aucune lésion cardiaque, organique ou fonctionnelle. La tension artérielle maxima est de 14, la minima de 6, l'indice oscillomètre de 1. La formule hémo-leucocytaire indique : polynucléaires, 53; lymphocytes, 37; grands et moyens mononucléaires, 10; éosinophiles, 0; soit une mononucléose légère mais indubitable. *La réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée franchement positive.*

Nous n'avons pas constaté d'acrocyanose manifeste ni de refroidissement des extrémités; mais le malade affirme être sujet aux engelures et l'hélix des deux oreilles présente actuellement une teinte violacée prononcée. Notons, enfin, une frilosité excessive qu'il nous a été donné de constater au cours des examens pratiqués sur le malade découvert et dépourvu de ses vêtements. Cependant, depuis quelque temps, il prétend être incommodé par des bouffées de chaleur, surtout marquées après les repas.

L'appareil digestif fonctionnerait normalement sans une constipation permanente et prononcée que le malade accuse spontanément.

Rien à signaler du côté de l'arbre urinaire; les urines émises en quantité normale ne renferment ni sucre ni albumine.

L'examen de l'appareil génital a permis de découvrir des altérations évidentes et fort importantes. C'est à l'occasion du Conseil de revision qu'H... a eu ses premiers rapports sexuels; depuis, aux dires de l'intéressé, les fonctions génésiques n'auraient jamais été déficientes bien que les rapprochements eussent été plutôt espacés (deux fois par mois), cela prétend-il « par crainte des femmes sales », car il est resté célibataire, sans que l'on puisse dire si ce fût par goût, par dépit ou par nécessité. En tout cas, il affirme n'avoir jamais contracté de maladie vénérienne. Depuis déjà deux ans, alors que se dessinaient ses accidents articulaires, ses aptitudes ont subitement baissé, et actuellement « cela ne lui dit plus rien ». L'examen objectif montre des particularités importantes : la région pubienne est couverte de poils longs et fins qui n'empiètent nullement sur la ligne ombilicale demeurée complètement glabre, de sorte qu'elle ressemble au Mont de Vénus de la femme. Les bourses rétractées, non pédiculées, rattachées au pubis par une large base, rappellent la disposition infundibuliforme du scrotum infantile; dans leur intérieur on trouve les deux testicules; mais si le droit quoique petit peut encore être considéré comme sensiblement normal, le gauche est manifestement diminué de volume; il est réduit aux dimensions d'une noisette et coiffé par un épididyme qui le déborde légèrement de tous côtés, surtout en bas et en arrière, au niveau de la queue. La consistance de ce testicule est uniformément molle, sa surface lisse et régulière; sa sensibilité spéciale est conservée, caractère qui, rapproché des précédents, permet d'éliminer l'hypothèse d'une affection terminée par atrophie et de conclure à une hypoplasie originelle de la glande génitale. Notons encore ici l'aspect du bassin qui, par l'augmentation de son diamètre transversal, donne l'impression d'un bassin féminin.

Pour en terminer avec l'examen somatique mentionnons que l'exploration du cou ne nous a pas permis de constater la présence du corps thyroïde. Le larynx n'offre aucune modification extérieure apparente, mais le timbre de la voix est aigu, monotone, et possède, en outre, la résonnance du mirliton. Au point de vue musculaire le malade accuse une fatigabilité excessive; il est plutôt avare de ses mouvements et insiste sur une invincible propension au sommeil, dès qu'il interrompt ses occupations, ou qu'il se trouve placé dans un endroit sombre.

Au cours de nos multiples examens nous avons pu pénétrer l'état psychique du sujet : bien que doué d'une intelligence plutôt réduite et certainement inférieure à la normale, H... n'est cependant pas un imbécile puisqu'il a pu acquérir une instruction d'ailleurs assez élémentaire; mais il est surtout malin, rusé, car — chuchote-t-on — contrebandier à ses moments perdus. Enfant de corps, il l'est demeuré d'esprit; il a conservé la gaîté, l'insouciance, la banalité du jeune âge; il rit de tout à tout propos, et se vante d'être « un phénomène ».

Antécédents héréditaires. — Enfin, l'étude des antécédents héréditaires devait nous apporter des renseignements précieux : le père et la mère, tous deux veufs d'un premier mariage, ont eu de leur seconde union sept enfants : deux d'entre eux sont morts en bas âge, le malade ne peut préciser leur place dans la lignée, ni la nature de l'affection à laquelle ils ont succombé; un autre est décédé accidentellement à l'âge de vingt et un ans, les trois autres seraient vivants et en bonne santé. Le père avait environ quarante et un ans lors de son second mariage et environ cinquante ans à l'époque où notre malade a été engendré. De son premier mariage, il avait eu quatre enfants, dont deux morts en bas âge, et deux autres actuellement vivants, robustes, mariés et chefs de familles nombreuses et prospères. De son premier mari, un marin, la mère avait eu quatre enfants tous décédés dans les premiers mois de leur existence, de façon imprévue et de maladies indéterminées.

Kératite parenchymateuse, tel fut le diagnostic porté : quant à *sa nature hérédosyphilitique* elle se trouvait établie par les antécédents héréditaires maternels, par le passé pathologique du sujet et la présence de perturbations endocriniennes remontant à l'enfance, par la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann et enfin, par l'évolution contemporaine d'une double arthropathie des genoux et d'une surdité labyrinthique bilatérale.

Donc, le traitement spécifique auquel on associa l'organothérapie fut aussitôt institué. Il consista : 1° du 26 décembre au 16 janvier 1926 en une série de vingt injections hypodermiques d'extrait thyroïdien (0gr10 par injection) et d'extrait orchitique (0gr10 par injection) Choay; 2° du 18 janvier au 1er février en une série de quatre injections intramusculaires de gluco-914 (0,15-0,30-0,45-0,60; enfin 3° du 1er février au 10 mars, en une série de quinze injections d'acétylarsan (2 centimètres cubes par injection). S'il n'a pas manifestement abrégé la durée de l'affection, — qui cependant aurait pu être plus longue encore, — ce traitement a eu probablement pour résultat de favoriser la résorption des infiltrations kératiques et de prévenir (comme dans le cas de Cedercreutz) l'atteinte du second œil. A l'heure actuelle, deux ans et demi après le début des accidents de l'œil gauche, la cornée droite est toujours indemne. Du côté de l'œil malade, la cornée est demeurée légèrement nébuleuse; l'acuité visuelle est de 1/10, non améliorable par les verres; la surdité quoique prononcée n'est cependant pas absolue, et paraît stabilisée.

Cette observation, que nous avons voulue aussi concise mais aussi complète que possible, prête à des considérations fort instructives touchant :

1° La nature et l'origine des troubles endocriniens;

2° Les caractères et la signification des accidents hérédosyphilitiques;

3° Les rapports qui relient les unes aux autres ces deux variétés de manifestations pathologiques et, plus particulièrement, la kératite parenchymateuse aux altérations des glandes à sécrétion interne.

I. Les manifestations endocriniennes, imputables à l'hérédosyphilis, se retrouvent ici plus nombreuses et plus accentuées encore que dans nos deux observations personnelles antérieures et que dans les observations que nous avons empruntées à d'autres auteurs. Il s'agit évidemment d'un syndrome d'insuffisance pluriglandulaire où prédominent cependant les signes d'une déficience thyroïdienne. Nous ne voulons pas, à ce sujet, aborder le problème, encore irrésolu, des corrélations anatomiques et fonctionnelles des diverses glandes endocrines; nous nous bornerons à rattacher, autant que le permettent nos connaissances actuelles et d'après les opinions généralement admises, les troubles constatés à l'organe qui en est tenu pour responsable. Or, dans notre cas particulier, l'insuffisance thyroïdienne est démontrée par les symptômes cardinaux suivants : le nanisme, les altérations des téguments et des phanères, la frilosité et la tendance aux engelures, la constipation opiniâtre, auxquels sont venu s'ajouter les résultats tirés de l'emploi des « tests glandulaires » qui sont, comme nous l'établirons dans un instant, en faveur d'une hypothyroïdie. Nous en avons encore la confirmation anatomique, sinon dans l'absence réelle du corps thyroïde, du moins dans l'absence d'une thyroïde cliniquement perceptible à la palpation de la région cervicale.

D'autre part, nous retrouvons également dans cette observation, les signes évidents d'une insuffisance génitale. D'abord, quelques symptômes attribués par les uns à l'insuffisance thyroïdienne ont été rattachés par d'autres à l'insuffisance génitale. C'est ainsi que la frilosité, le refroidissement périphérique, l'acrocyanose considérés par Charcot, Thibierge, Hertoghe, Léopold Lévi, comme relevant d'un trouble thyroïdien, traduiraient, d'après Maranon, une insuffisance génitale pure; nous avons précédemment insisté sur ce point. En outre, il est établi que certaines manifestations, telles que le nanisme, l'adipose, peuvent indifféremment relever d'une déficience, soit de la thyroïde, soit des glandes sexuelles. Il y a plus : certains signes cliniques, relatés dans notre observation, dépendent manifestement de l'hypoplasie testiculaire; ce sont : le développement exagéré des seins, la conformation du bassin se rapprochant du type féminin, l'affaiblissement du sens génésique et de l'appétit sexuel, les modifications du timbre de la voix. Du reste, comme pour la thyroïde, l'examen somatique est venu confirmer les renseignements fournis par l'étude des troubles fonctionnels en dévoilant une double altération orchidienne caractérisée, à droite, par le faible volume de la glande, et à gauche, par une atrophie véritable; nous avons indiqué les raisons cliniques pour lesquelles il fallait éliminer l'hypothèse d'une lésion organique terminée par sclérose pour conclure hardiment à un véritable arrêt de développement. Nous ajouterons que le célibat du sujet, forcé ou volontaire, nous laisse dans l'ignorance complète de son pouvoir procréateur.

Les réserves que nous venons de formuler s'appliquent également à l'hypophyse. Ainsi, la prédisposition aux engelures donnée comme signe d'insuffisance thyroïdienne ou génitale a été encore rapportée à une insuffisance hypophysaire (Brissaud et Meige, Hutinel). C'est également à l'hypopituitarisme que reviendrait cette forme partielle de l'adipose, localisée comme dans notre cas particulier à certaines régions (seins, partie inférieure de l'abdomen, etc.). L'opinion de Porak, estimant « prématuré d'admettre sans réserve les fonctions de l'hypophyse dans le développement squelettique », se heurte aux conceptions cliniques de l'acromégalie et du syndrome adiposo-génital ainsi qu'aux recherches expérimentales de Cushing, de Biedl et surtout d'Aschner sur le nanisme hypophysaire. A l'hypopituitarisme aussi, il faudrait rattacher cette tendance irrésistible au sommeil qui n'est peut-être pas tout à fait pareille à la torpeur de l'hypothyroïdisme. Dès 1905, nous avions signalé ce symptôme, mais sans en soupçonner l'importance, dans une observation « d'acromégalie et cécité » parue dans les *Archives générales de médecine*. Depuis, les troubles du sommeil ont fait l'objet de nouvelles recherches; sous l'inspiration du professeur Ardin-Delteil, un élève de notre Faculté, le docteur Poinsignon, leur a consacré sa thèse inaugurale et la première de ses conclusions est que : « les troubles du sommeil coïncident le plus souvent avec des troubles de la sécrétion hypophysaire » (1). Comme nous l'avons fait pour le corps thyroïde et les glandes sexuelles, directement et facilement accessibles, nous avons cherché à connaître également l'état de l'hypophyse appréciée indirectement d'après la conformation de la selle turcique. Agrandie dans l'acromégalie, elle est au contraire diminuée dans le nanisme hypophysaire; toutefois, nous ne saurions, d'après les seules épreuves radiographiques qui nous ont été données, conclure, chez notre malade, à l'existence d'une altération réelle de la loge osseuse, n'étant pas de ceux chez qui « une insuffisante expérience de la lecture des clichés s'allie au désir de faire cadrer l'apparente altération de la selle avec un syndrome considéré comme hypophysaire (Chaumet) » (2).

Aux constatations précédentes, nous avons voulu ajouter la confirmation tirée des épreuves du *métabolisme basal* et des *tests glandulaires*.

Sur le premier point, les résultats qui nous ont été communiqués renferment des erreurs si grossières qu'il nous est impossible d'en faire état. Cette lacune est d'autant plus regrettable que c'est dans l'insuffi-

(1) L. Poinsignon. La dyssomnie dans la dyshypophysie, *Th. d'Alger*, 1920.

(2) Chaumet et Grigoratos. L'aspect radiologique de la selle turcique, *Monde méd.*, 1er mai 1927.

sance thyroïdienne que la diminution du « métabolisme de base » trouve sa signification la plus éloquente; même, les insuffisances hypophysaire et génitale ne la réaliseraient, a-t-on prétendu, que par l'intermédiaire de la glande thyroïde. A défaut du métabolisme basal, nous avons, du moins, interrogé les tests glandulaires et voici les résultats que nous en avons personnellement obtenus.

L'injection de 0,50 d'extrait thyroïdien Choay pratiquée suivant la technique de Parisot et Richard n'a entraîné aucune modification du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la respiration. Ce résultat établissait seulement que la fonction thyroïdienne était normale ou diminuée, mais qu'elle n'était certainement pas exagérée. Mais voici qui était plus démonstratif : l'injection d'un demi-lobe postérieur d'hypophyse (épreuve de Porak) a provoqué dans les dix minutes suivantes une accélération marquée du pouls (10 pulsations); or, ce résultat, inverse de celui qui caractérise l'hyperthyroïdisme, témoigne manifestement d'une insuffisance thyroïdienne.

Le fait dominant a été la tolérance exagérée pour les hydrates de carbone. L'ingestion de 300 grammes de sucre suivie de l'injection intra-musculaire d'un demi-lobe de posthypophyse Choay n'a entraîné aucune glycosurie dans les douze heures suivantes; et ceci est manifestement en faveur d'une déficience hypophysaire.

Enfin, l'injection d'extrait orchitique (0g50) a provoqué un léger et précoce ralentissement du pouls, réaction que Parisot et Richard déclarent avoir observée dans plusieurs cas d'insuffisance testiculaire confirmée et jamais chez des sujets normaux.

En résumé, ces diverses épreuves aboutissaient aux conclusions suivantes : hypothyroïdisme, dysfonctionnement hypophysaire, insuffisance testiculaire (1).

Il serait sans profit appréciable pour la thèse que nous soutenons d'allonger encore cet exposé. Les signes et les symptômes constatés, les résultats des recherches sérologiques et des réactions aux extraits endocriniens démontrent l'existence d'un syndrome d'insuffisance pluriglandulaire auquel ont participé notoirement la thyroïde, l'hypophyse et les glandes sexuelles. Transposant, alors, les termes de la proposition que nous formulions tout à l'heure au sujet du diagnostic de l'affection oculaire, nous invoquerons en faveur de sa nature hérédo-syphilitique : les antécédents maternels du sujet, les accidents suspects de son jeune âge, la persistance pour ainsi dire indéfinie d'un Bordet-Wassermann positif, et enfin, à l'autre tournant de la vie, l'apparition de la triade caractéristique : arthropathies des deux genoux, surdité labyrinthique et kératite interstitielle.

(A suivre.)

(1) Nous adressons ici nos remerciements à M. le professeur agrégé Hermann qui nous a fait profiter de son expérience en matière d'endocrinologie et de sa connaissance de la langue allemande.

ACTUALITÉS

L'HYPOTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE IDIOPATHIQUE.

Alors que les travaux sur l'hypertension artérielle sont innombrables, on s'intéresse beaucoup moins à l'étude de l'hypotension. Sans doute, l'hypotension des tuberculeux, des Addisoniens, l'hypotension des maladies infectieuses sont bien connues; mais il est une autre hypotension que l'on peut appeler *hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique,* qui existe chez des sujets indemnes de tuberculose, de cancer ou autre maladie chronique, et qui, jusqu'à ces dernières années, n'avait pas été considéré comme méritant une description spéciale. Les travaux de Lian (1), la thèse de son élève Blondel (2) ont montré la fréquence et l'importance de ce syndrome d'hypotension artérielle permanente dans lequel l'abaissement de la tension domine le tableau clinique et groupe autour de lui toute une série d'accidents assez caractéristiques. Le syndrome est constitué par une tétrade symptomatique : l'hypotension artérielle permanente, la fatigabilité, la tendance aux lipothymies et syncopes, l'acrocyanose. D'autres symptômes accessoires sont assez fréquents : céphalée, dyspnée, troubles digestifs, psychasthénies.

A partir de quel chiffre peut-on admettre que l'on est en présence d'une hypotension artérielle ? En d'autres termes, quelle est la tension artérielle normale ? La plupart des auteurs qui ont étudié la question indiquent que la tension maxima normale est aux environs de 12 centimètres; Lian et Blondel estiment qu'elle varie entre 12 et 14 pour la maxima, 6,5 et 8,5 pour la minima. Il y a hypotension quand la maxima est au-dessous de 12, par exemple à partir de 11 chez l'homme, de 10,5 chez la femme.

Voici donc un adulte de vingt à quarante, et même cinquante ans, dont la tension artérielle est au-dessous de la normale. Il se plaint d'être souvent, parfois toujours fatigué. Chez l'un, c'est dès le matin, après une bonne nuit sans insomnie, que commence la fatigabilité; chez d'autres, la fatigue vient à la suite du moindre effort, d'une promenade de courte durée. Des employés sont obligés d'interrompre leur travail par de courtes périodes de repos et cependant leur travail est normal, nullement exagéré, mais il les épuise rapidement. Ce besoin de repos est parfois accompagné d'un impérieux besoin de sommeil; Blondel cite le cas d'étudiants en médecine, préparant des examens ou des concours, qui ne peuvent travailler l'après-midi entière sans s'arrêter quelques minutes pour dormir. Quand les hypotendus sont obligés, pour des raisons diverses, de se surmener, c'est au prix d'une fatigue considérable qui se prolonge ensuite longtemps : une femme veille pendant deux nuits son mari gra-

(1) LIAN. *Progrès méd.*, 30 juillet 1927. — *La Médecine internationale,* mai 1928.

LIAN et BLONDEL. *Presse méd.*, 1927, n° 70.

(2) André BLONDEL. L'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique, *Th. de Paris*, 1928.

vement malade ; à la suite de cet effort, elle est épuisée, doit rester couchée pendant plus d'une semaine ; elle a des syncopes ; sa tension maxima est abaissée à 9.

Toujours fatigué, l'hypotendu est exposé à des lipothymies et à des syncopes. Une émotion, un accident sans gravité, une anesthésie locale pour avulsion dentaire, et voici qu'il s'évanouit. Tous les intermédiaires peuvent se rencontrer entre le petit vertige et la syncope complète totale. A la suite d'une période de dépression plus grande, succédant parfois à un surmenage, l'hypotendu aura une poussée paroxystique d'hypotension pendant laquelle les lipothymies et les syncopes se succèdent rapidement en l'espace de quelques heures.

L'acrocyanose est très fréquente, presque constante même, d'après Blondel. Crocq a désigné sous ce nom une cyanose des extrémités, indépendante de toute affection cardiaque ou vasculaire, comme de toute lésion pulmonaire chronique. Sa cause est un trouble de la circulation locale que l'on peut mettre en évidence par la capillaroscopie. Dans sa forme intense, l'acrocyanose donne une teinte rouge violacée aux lèvres, aux extrémités des doigts, des orteils ; la température locale est abaissée au niveau de ces placards cyanotiques ; les mains, les pieds sont habituellement froids, souvent engourdis. A un degré plus léger, c'est seulement une teinte un peu rosée, un léger refroidissement des extrémités, surtout dans la position déclive des membres. A l'acrocyanose, s'ajoute souvent une frilosité exagérée.

Comme symptômes accessoires de l'hypotension, on note de la céphalée, à caractère variable ; d'après Martinet, elle survient surtout dans la position couchée (céphalée d'oreiller), tandis que, pour Blondel, elle est surtout fréquente au cours de la journée, dans la position debout. Ce sont encore quelques troubles cardio-vasculaires, une légère dyspnée d'effort, s'accompagnant ou non de palpitations ; des malaises digestifs, quelquefois de l'aéro-gastro-colie. Un certain nombre d'hypotendus sont aussi des psychasthéniques ; dès 1915, Crouzon avait signalé cette association de l'hypotension artérielle et de la psychasthénie ; on observe alors les symptômes habituels de la dépression nerveuse : activité intellectuelle réduite, émotivité, anxiété.

L'hypotension artérielle permanente présente plusieurs formes cliniques, selon la réunion de ses divers symptômes (forme complète), ou la prédominance très marquée d'un seul symptôme (formes asthénique, syncopale, acrocyanotique, céphalalgique). On peut décrire aussi une forme à poussées aiguës ou paroxystiques d'hypotension ; dans ce dernier cas, un sujet, qui vit habituellement aux confins de l'hypotension artérielle, est pris brusquement de fatigue extrême, de vertiges et la maxima tombe, pour quelques heures, à un chiffre très faible, 8 par exemple. Blondel signale encore la forme latente de l'hypotension artérielle permanente ; des sujets bien portants, vigoureux, parfois même sportifs, ont toujours une tension artérielle faible, sans aucun des symptômes habituels de l'hypotension. Certains auteurs américains considèrent cet état comme physiologique ; mais, d'après Blondel, de même que l'hypertension artérielle latente est un syndrome pathologique, l'hypotension latente doit être retenue comme une forme clinique de l'hypotension artérielle permanente. Peut-être pourrait-on discuter cette théorie et j'admettrais volontiers qu'il existe une hypotension physiologique ; presque tous les hypotendus que j'ai observés sont des fatigués qui ont dû adapter leur genre de vie à l'état de leurs forces, mais j'en connais au moins deux qui ne sont nullement incommodés par leur hypotension artérielle : le premier, âgé de quarante-cinq ans, ancien officier, ayant fait toute la guerre, chasse sans fatigue pendant toute une journée et il a une tension de 10 1/2-6 ; l'autre est un homme de cinquante-cinq ans, d'une activité extraordinaire, qui passe chaque semaine au moins deux nuits en chemin de fer et, en arrivant de voyage, se met au travail comme s'il avait bien dormi dans son lit ; sa tension est de 9 1/2-6. Dira-t-on qu'une volonté énergique peut remédier à l'insuffisance de la tension ? C'est la physiologie de Bossuet « Une âme guerrière est maîtresse du corps qu'elle anime », physiologie bien oubliée aujourd'hui, puisqu'on veut plutôt trouver dans l'état des divers organes le pourquoi de l'asthénie ou de l'hypersthénie ; il n'y a plus d'écoliers paresseux, mais bien des enfants hypothyroïdiens ; l'indolence devient fonction de l'hypotension artérielle.

Le diagnostic de l'hypotension artérielle permanente idiopathique est très facile, du moment que l'on connaît l'existence de ce syndrome, indépendant d'une maladie provoquant l'hypotension artérielle, telle que la tuberculose. Son pronostic est, dans l'ensemble, assez favorable ; on le précisera d'ailleurs mieux quand, l'attention ayant été attirée sur ces faits, on possédera des observations d'hypotendus suivis pendant plusieurs années. Il semble cependant que l'hypotension artérielle permanente peut conduire à l'insuffisance cardiaque ; Lian signale les accidents cardiaques de l'hypotension, qui consistent le plus souvent en une insuffisance cardiaque légère ; mais A. Dumas (de Lyon) a vu des hypotendus présenter le tableau de la grande insuffisance cardiaque avec bruit de galop, insuffisance mitrale fonctionnelle, foie augmenté de volume, urines rares et la mort peut survenir, après une phase d'asystolie complète et irréductible. On retiendra encore que les hypotendus sont plus exposés à présenter, sous l'influence d'un traumatisme, d'une hémorragie, un état de shock disproportionné à la cause qui l'a produit. Les chirurgiens veilleront tout particulièrement à l'anesthésie des hypotendus.

On est encore mal fixé sur la pathogénie de l'hypotension artérielle permanente ; après l'avoir étudiée, Blondel écrit : « La pathogénie de ce syndrome demeure complexe ; elle est le fait d'une intrication neuro-endocrinienne, et il est le plus souvent impossible de faire la discrimination entre les deux facteurs nerveux et glandulaire. »

En ce qui concerne le traitement, Blondel a observé que l'adrénaline et l'extrait de surrénale ne donnaient pas de résultats bien appréciables. Le

meilleur médicament de l'hypotension artérielle paraît être le sulfate de strychnine (deux milligrammes le premier jour, quatre milligrammes le deuxième jour, six milligrammes pendant les quatre ou cinq jours suivants); chaque mois, l'hypotendu fera une cure d'entretien, 4 à 5 milligrammes de sulfate de strychnine pendant une dizaine de jours. L'arsenic sera utilisé comme stimulant de l'appétit et de l'état général; le phosphure de zinc rend des services dans la forme psychasthénique.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1928)

De l'influence réciproque de la folliculine et de l'insuline sur la glycémie des chiennes ovariectomisées. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle Y. LAURENT.

Transmission de la fièvre exanthématique de Marseille aux singes inférieurs. — MM. Et. BURNET et D. OLMER. Le sang de malades atteints de la fièvre exanthématique de Marseille a transmis aux singes inférieurs une maladie fébrile. La maladie fébrile a été transmise de singe à singe,

Les auteurs poursuivent ces expériences avec l'idée de connaître la maladie de Marseille en elle-même et dans ses rapports avec le typhus exanthématique.

PRATIQUE MÉDICALE

L'IMPUISSANCE VIRILE ET SON TRAITEMENT (1)

Par le docteur Ch. DAVID.

Il est peu d'affections, dit l'auteur, qui retentissent davantage sur le moral de ceux qui en sont atteints que l'impuissance; il en est peu aussi qui aient une plus grande importance sociale. Les causes en sont très diverses. Laissant de côté les impuissances par lésions anatomiques et celles dues à des maladies générales (qu'il faut en général respecter), l'auteur en envisage cinq autres catégories qu'il convient de traiter. Dans celles ayant pour cause des lésions infectieuses chroniques de l'urètre et du *véru montanum* l'indication est très nette : le traitement local, les cautérisations, le massage, etc..., en assureront la guérison qui ne sera acquise qu'après désinfection totale contrôlée par la spermoculture. Dans l'impuissance émotive, la galvanisation rythmée suivant la méthode d'Hertemberg donne de bons résultats. Le traitement général sera tonique (phosphure de zinc, strychnine, phosphates de chaux) et opothérapique (androstine). L'opothérapie spermatogénétique par l' « androstine, quatre à huit comprimés par jour, ou en injections tous les deux jours, est indiquée avant tout dans les impuissances par insuffisance glandulaire, que celle-ci soit primitive ou secondaire à certaines intoxications; elle joue aussi un rôle adjuvant utile après le traitement local des impuissants lésionnels. Adjuvant utile encore l'hydrothérapie et l'action sur le moral par la persuasion.

(1) *Concours médical*, 18 mars 1928.

REVUE DES THÈSES

Complications pleuro-pulmonaires du mal de Pott dorsal. Travail du Service du docteur Sorrel [Hôpital maritime de Berck] (1), par le docteur Robert MAHIEU.

« Le mal de Pott dorsal peut engendrer, dans l'appareil pleuro-pulmonaire, des complications très diverses, tant par leur processus clinique que par leur pronostic.

Les unes tiennent à l'évolution de l'abcès paravertébral, et sont particulièrement graves. Son ouverture dans la plèvre, son rejet par les bronches sous forme de vomique, sont des accidents qui, d'une manière presque absolue, mènent à un dénouement fatal et bref.

Les autres sont sous la dépendance du voisinage du foyer pottique, avec ou sans abcès. Elles consistent en une infiltration subinflammatoire du médiastin, de la plèvre et du parenchyme pulmonaire voisins. Elles se traduisent cliniquement par des troubles de compression bronchique, vasculaire et nerveuse, à symptômes hétérogènes et habituellement passagers.

La tuberculisation de l'appareil pleuro-pulmonaire par le foyer pottique, paraît pouvoir se faire par contiguïté, mais ne peut être démontrée cliniquement avec certitude. »

Recherches expérimentales sur la densité du sang. Technique et Résultats (2), par le docteur Louis PERLÈS.

« L'évaluation de la densité du sang peut être effectuée aisément, au laboratoire et au lit du malade, à l'aide de l'appareil que nous présentons, appareil qui nous a paru à la fois pratique et sensible.

Chez le chien, nous avons démontré l'existence d'une élévation nette et constante de la densité sanguine au cours de l'asphyxie réalisée par l'oblitération de la trachée.

Cette augmentation de la densité sanguine fait défaut chez le chien antérieurement splénectomisé.

La rate, quand elle se contracte, chasse dans la circulation générale un sang dont la densité est considérable, cette augmentation de densité ne se retrouve pas pour le sérum correspondant.

Ces faits, rapprochés des expériences antérieures de M. Léon Binet, viennent à l'appui de l'importance de la contraction splénique au cours de l'asphyxie : la splénocontraction, engendrée par l'asphyxie, fait passer dans la circulation un sang très riche en éléments figurés et explique l'élévation de la densité sanguine que nous avons démontrée. »

(1) *Th. de Paris*, 1928. — Jouve et Cie.
(2) *Th. de Paris*, 1928. — Amédée Legrand.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAROTIDES PRIMITIVES [1]

Le *récurrent* après avoir croisé la face postérieure de la sous-clavière croise la face postérieure de la carotide, se dirigeant en haut et en dedans.

Le *sympathique* se dédouble en deux cordons au-dessus de la thyroïdienne inférieure. Cette artère passe devant lui ou entre ses deux branches ou dans l'anse de Drobnick que lui forme l'une d'elles mais en tout cas le cordon postérieur du sympathique se dirige en dehors, vers le ganglion étoilé et reste à distance de la carotide primitive. Le cordon antérieur descend derrière la carotide puis passe devant la sous-clavière et forme sous elle l'anse de Vieussens.

Dans le fond la *bandelette vertébro-pleurale* sépare ces organes du plan vertébro-costal formé par l'apophyse transverse de la VIIe cervicale et la tête de la Ire côte qui restent éloignées de la carotide primitive.

En dedans, c'est la loge viscérale.

La carotide primitive est *contre la trachée.*

L'*œsophage* est plus postérieur et dévié à gauche.

Il a donc peu de rapports avec la carotide primitive.

Le *lobe latéral du corps thyroïde* par son extrémité inférieure vient se placer en dedans mais aussi en avant de la carotide et l'artère laisse sur lui une empreinte visible sur le cadavre.

Le récurrent est au flanc droit de la trachée.

2. A GAUCHE. — Les rapports sont un peu différents parce que l'artère est plus profonde.

En avant, la jugulaire interne la recouvre moins qu'à droite ou la laisse même à découvert.

En dedans, la carotide primitive est plus proche de *l'œsophage* qui d'ailleurs est dévié à gauche que de la trachée. Le récurrent est dans l'angle trachéo-œsophagien.

En dehors, le canal thoracique décrit sa crosse entre la carotide primitive et la sous-clavière pour aller au confluent de Pirogoff.

III. **Les carotides primitives dans la gouttière carotidienne** (au-dessus du tubercule de Chassaignac et de l'omohyoïdien). Région de ligature.

Les rapports sont les mêmes à droite et à gauche; la carotide fait partie du paquet vasculo-nerveux du cou, situé dans la gouttière carotidienne.

1. LES PAROIS DE LA GOUTTIÈRE. — A. *En dehors.* — Voie d'abord, on trouve :

La peau, les plans superficiels et le peaucier,

La sterno-cléïdo-mastoïdien engainé par l'aponévrose cervicale superficielle. Classiquement, le muscle croise par son bord antérieur la direction de l'artère. Pour Richet, il la recouvre complètement. En réalité (Tillaux), la tête étant en position de ligature et l'aponévrose étant incisée, le muscle laisse l'artère à découvert dans sa portion terminale.

Couche cellulo-adipeuse sous-sterno-mastoïdienne et ganglions sous-sterno-mastoïdien. C'est une lame celluleuse plus ou moins nette qui continuerait vers le haut l'aponévrose moyenne. Elle est mince : de nombreux ganglions sympathiques l'accompagnent.

B. *En dedans*, la paroi interne de la gouttière est en rapport intime avec l'artère.

Ce sont *les viscères du cou* : larynx et trachée en avant, pharynx et œsophage en arrière dans leur gaine viscérale. Le corps thyroïde à ce niveau ne recouvre plus la carotide primitive.

C. *En arrière.* — *Le plan prévertébral* formé par :

L'*aponévrose prévertébrale* avec le *sympathique* situé ici dans un dédoublement de cette aponévrose;

Les *muscles* grand droit et long du cou;

Les *vertèbres cervicales* C^6 C^5 C^4. L'artère répond aux apophyses transverses de ces vertèbres avec le canal transversaire qui contient la vertébrale. L'artère se projette exactement en dedans des tubercules antérieurs de ces apophyses.

2. LE PAQUET VASCULO-NERVEUX. — Il monte verticalement dans la gouttière ainsi formée.

a. *La carotide primitive* est l'organe la plus interne du paquet;

b. *La jugulaire interne* est en dehors de l'artère, très volumineuse elle tend surtout à la recouvrir surtout en bas.

c. *Le pneumogastrique* descend dans l'angle dièdre postérieur des deux vaisseaux. Il a donné un *rameau cardiaque supérieur* qui descend à la face externe puis antérieure de l'artère.

Une *gaine vasculaire* entoure ces organes. Elle est reliée plus ou moins nettement par des lames aponévrotiques : à l'aponévrose prévertébrale en arrière, à l'aponévrose moyenne en avant, à la gaine viscérale en dedans.

Une cloison, le *septum de Langenheck* la divise en deux loges : l'une contient la jugulaire interne, l'autre l'artère et le pneumogastrique qui est ainsi satellite de l'artère.

En dehors de la gaine, la branche descendante du grand hypoglosse. Elle est en réalité contenue dans *un dédoublement* de la gaine; devant les vaisseaux, elle correspond à l'angle d'accolement de la jugulaire et de la carotide. Elle va former avec la branche descendante du plexus cervical superficiel l'anse de l'hypoglosse devant la jugulaire, au-dessus de l'omohyoïdien.

Les ganglions lymphatiques sont échelonnés le long de la jugulaire interne.

Terminaison. — L'artère se bifurque dans la gouttière. Elle est dilatée là en bulbe carotidien. Le *corpuscule* rétro-carotidien lui est appendu.

La *carotide interne* monte verticale, prolongeant la carotide primitive.

La *carotide externe* monte d'abord plus profonde puis plus antérieure et donne là la thyroïdienne supérieure, la linguale qui de même que la vertébrale peuvent *anormalement* naître de la carotide primitiue.

A ce niveau, le volumineux *tronc thyro-linguo-facial* croise la carotide primitive pour aller se jeter dans la jugulaire.

Ligature. — C'est dans la gouttière carotidienne que l'on pratique en médecine opératoire la ligature de la carotide primitive. La tête est tournée du côté opposé à la ligature. *Incision* de 7 centimètres sur une ligne menée de l'articulation sterno-claviculaire au creux parotidien sur le bord antérieur du sterno. L'incision a son extrémité supérieure au niveau de la grande corne hyoïdienne.

Inciser ensuite la gaine du sterno sur le *bord antérieur du muscle* (premier repère), ramener ensuite la tête en rectitude et chercher le deuxième repère *tubercule de Chassaignac* (VIe vertèbre cervicale), repérer l'artère, écarter la veine en dehors, le larynx en dedans. Dénuder l'artère en opérant près du larynx. Une faute à éviter est de charger le pneumogastrique avec l'artère.

Tels sont les principes que l'on doit suivre pour la ligature de la carotide primitive. On a assez rarement l'occasion d'effectuer cette ligature sur le vivant, car elle peut être extrêmement grave. Les accidents à redouter sont : *a.* soit immédiats, ce sont des embolies par détachement d'un caillot (anévrisme),

b. Soit secondaires, c'est l'ischémie. Il faut essayer d'y parer en faisant à l'avance de la compression du vaisseau ou en faisant une ligature progressive très lente.

Les indications de la ligature sont :

Les plaies soit accidentelles, soit par ulcération de tumeur.

D'autre part, les anévrismes.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 74, p. 1298.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

L'Ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge. Notions indispensables au médecin. Technique. Indications cliniques. Résultats thérapeutiques, par les docteurs J. AIMARD et H. DAUSSET. 3e édition. Un volume in-8 couronne de 214 pages, avec 28 figures hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

N° 77. — SAMEDI 22 SEPT. 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPT. 1928. — N° 77.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours pour la nomination d'externes des hôpitaux.* — Le lundi 8 octobre 1928 le Conseil général d'administration des hospices de Lyon ouvrira un concours public pour la nomination d'externes des hôpitaux.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 22 septembre 1928, à 11 h.

Pour toutes les autres conditions d'admission au concours, consulter l'affiche ou s'adresser à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel.

— Marseille. — *Concours de l'internat.* — Un concours pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 15 octobre 1928, à 9 h. du matin. Le concours est ouvert aux externes des hôpitaux de Marseille et aux internes et externes des hôpitaux annexés à une Faculté de médecine.

Les candidats devront se faire inscrire et déposer leur dossier avant le 1er octobre 1928, au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu, où il leur sera fourni tous renseignements utiles.

Concours de l'externat. — Un concours pour vingt places d'élèves externes en médecine et en chirurgie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 22 octobre 1928, à 9 h. du matin.

Les candidats munis de quatre inscriptions au moins de médecine, devront se faire inscrire et déposer leur dossier avant le 22 octobre 1928, au secrétariat de l'administration des hospices.

Concours de l'internat en pharmacie. — Un concours pour cinq places d'élèves internes en pharmacie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 26 novembre 1927, à 9 h. du matin.

Les candidats, munis de huit inscriptions au moins de pharmacie, devront se faire inscrire et déposer leur dossier avant le 18 novembre 1928 au secrétariat de l'administration des hospices.

— Casablanca. — Après concours, M. le docteur Comte a été nommé chirurgien des hôpitaux de Casablanca.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — *Concours du prosectorat.* — Le concours ouvert pour la nomination d'un prosecteur à la Faculté de médecine s'est terminé par la nomination de M. le docteur Cibert, interne des hôpitaux.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Langeron, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur suppléant de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille, a été nommé professeur titulaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1929, devant la Faculté de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera en 1929 deux prix Alphonse Jaumes, l'un sur un sujet de pathologie et de thérapeutique générales, l'autre sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats. Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de deux mille francs (2.000 fr.).

Les mémoires imprimés ou dactylographiés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre

1928, ils doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus.

Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui ont pris part à d'autres concours. Soit à M. le docteur Carrieu, secrétaire général de la section de médecine, 5 bis, rue de la Merci, Montpellier.

UNIVERSITÉ DE GLASGOW. — Notre excellent confrère, le docteur Adrien Loir, directeur du bureau d'hygiène du Havre vient de recevoir, de l'Université de Glasgow, le titre de docteur de l'Association britannique. Le docteur Loir, qui est neveu de Pasteur, a créé plusieurs instituts pasteur, notamment à Petrograd, Tunis, Buluwayo. Il a professé la biologie et l'hygiène à Montréal.

LES ADJOINTS DES SERVICES D'HYGIÈNE AUX COLONIES. — Afin de remédier dans la mesure du possible à l'insuffisance numérique des médecins dans nos colonies, spécialement en Afrique, le ministre des Colonies a envisagé la création d'un personnel spécialement dressé aux questions d'hygiène et de prophylaxie qui, sous la direction des médecins, serait chargé du dépistage des maladies épidémiques, de l'application des mesures de défense sanitaire, de la surveillance des mesures d'assainissement, du contrôle des mesures d'hygiène, etc.

Recrutés parmi les jeunes gens possesseurs du baccalauréat du certificat d'enseignement primaire supérieur ou du brevet supérieur, les adjoints des services d'hygiène seraient astreints à deux années d'études théoriques et pratiques dans l'un des instituts de médecine coloniale de Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille ou Alger. Le programme de cet enseignement sera établi par une sous-commission présidée par le professeur Tanon.

POUR LES RECHERCHES SUR LA TUBERCULOSE. — L'Académie de médecine vient d'être autorisée par décret à accepter la donation entre vifs qui lui a été consentie par M. et Mme Georges Mersbach, d'une somme de 100.000 fr. pour en employer les arrérages à la fondation d'un prix qui sera décerné tous les deux ans à un travailleur ou à un groupe de collaborateurs poursuivant des recherches sur la tuberculose.

UN DON DE 150.000 FRANCS A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AIX-LES-BAINS. — Lord Revelstocke, en terminant son séjour à Aix-les-Bains a remis à la Société médicale la somme de 150.000 fr. pour l'entretien du laboratoire municipal, que dirige le docteur Gerbay.

La ville d'Aix inscrira à son budget des crédits d'entretien qui permettront d'envisager l'installation de ce laboratoire dans un immeuble particulier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Trossat (de Chalon-sur-Saône), J.-B. Brun (de Saint-Martin-de-Valamas); Boccard, ancien député de l'Ain; Hubert Cuypers (de Lanklaer), Adolphe Wryghem (de Courtrai).

HÔPITAL SAINT-MICHEL, 33, rue Olivier-de-Serres (XVe). — ENSEIGNEMENT SCHÉMATIQUE DE LA GASTRO-ENTÉROLOGIE, par le docteur Maurice Delort. — Une leçon par semaine, d'octobre à février.

Présentation d'images, films cinématographiques, clichés radiographiques, schémas, etc., concernant l'anatomie et la thérapeutique des voies digestives en vingt leçons.

Ces leçons seront faites les lundis à 14 h. précises et dureront une demi-heure environ. Elles commenceront le lundi 1er octobre et se termineront fin février.

Elles comporteront la présentation de figures, avec un minimum de commentaires.

A l'issue des cours, les auditeurs pourront recevoir des albums avec reproduction des schémas et figures présentés.

LIVRES NOUVEAUX

Radiologie du cœur et des vaisseaux de la base (1), par les docteurs H. VAQUEZ et E. BORDET.

Les auteurs ont groupé un certain nombre d'études éditées séparément sur le cœur, l'aorte, les vaisseaux de la base et ont complété les notions déjà rassemblées.

Après un chapitre consacré aux procédés d'exploration radiologique du cœur (orthodiagraphie, téléradiographie) et une discussion générale des résultats qu'elles fournissent, les auteurs étudient le cœur normal dans les diverses positions du sujet par rapport à l'écran, études de surface, études de volume.

Les dilatations du cœur, expérimentales et pathologiques, partielles et généralisées avec leur évolution et leur signification pronostique, les silhouettes cardiaques des affections valvulaires, celles souvent délicates à interpréter des affections congénitales sont l'objet d'importants chapitres.

Non moins intéressants pour la pratique quotidienne sont les chapitres relatifs au cœur pathologique sans lésions valvulaires (hypertension, cœur sénile, cœur des obèses).

Les épanchements péricardiques et les diverses variétés de symphyse cardiaque sont ensuite étudiés avec la préoccupation d'aider le clinicien dans bien des cas où l'association de l'examen clinique et de l'examen aux rayons ne suffit pas à supprimer toutes les difficultés d'interprétation.

Non moins importante est l'étude consacrée à l'aorte, aorte normale, aorte sénile, aorte anévrismatique, aorte des diverses aortites. L'interprétation si difficiles des images, de leur forme, de leur teinte, de leurs modifications est appuyée sur l'étude expérimentale et vérifiée par la méthode anatomo-clinique.

Le pédicule vasculaire du cœur dans son ensemble et ses diverses parties constituantes sont l'objet d'études soigneuses.

Cet important traité ne contient guère moins d'une figure par page : schémas, diagrammes, reconstructions géométriques, photographies de pièces, radiographies; toutes sont d'une reproduction excellente, quelques-unes sont des chefs-d'œuvre. Elles viennent à chaque instant fournir au lecteur la preuve ou le point de comparaison et facilitent la lecture d'un texte qui demeure aisé en dépit de la difficulté du sujet.

En somme, un traité et un atlas indispensables au spécialiste et précieux au praticien et à l'étudiant.

R. LEVENT.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

NEUILLY, dans bel immeuble moderne sur rue large, tranquille et aérée, PENSION DE FAMILLE, 40 chambres, cabinets toilette et nombreuses salles de bains, susceptible d'être transformée en maison de santé, belle terrasse et jardin. — Prix : 600.000 francs. Grandes facilités. — Pour renseignements, voir RAMET, 16, place du Havre, Paris.

(1) Quatrième édition entièrement refondue. — Paris, J.-B. Baillière, 1928.

REVUE GÉNÉRALE

NOTIONS RÉCENTES CONCERNANT LE DIAGNOSTIC LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA COQUELUCHE

Par MM. M. LIÉGEOIS et J. FRICKER

(Laboratoire de bactériologie de l'armée.)

La première description de la coqueluche remonte au XVIe siècle; elle est due à Baillou qui, en 1578, appela l'attention sur cette maladie caractérisée par une toux spéciale qu'il désigna sous le nom de « quintane ».

Restée silencieuse jusqu'à 1658 cette affection fit de nombreuses réapparitions par la suite en prenant alors l'aspect d'une véritable pandémie.

Au XIXe siècle elle est surtout fréquente et grave dans les régions septentrionales de l'Europe, mais elle sévit aussi en Amérique où elle apparait vers la fin du XVIIIe siècle. On note sa fréquence toute particulière dans les zones froides; mais elle sévit également dans les régions tropicales, en particulier en Asie et aux Antilles.

Depuis très longtemps on s'est posé la question du diagnostic et de la prophylaxie de cette maladie. Malgré sa bénignité, relative d'ailleurs, la lutte contre la coqueluche revêt dans notre pays à natalité déficiente une importance d'autant plus grande que cette affection s'attaque surtout à la première enfance, c'est-à-dire à un capital humain particulièrement précieux. A la vérité, nous devons d'ailleurs reconnaître qu'en France la lutte contre cette maladie est loin d'avoir été négligée ainsi que le prouve la longueur de la durée d'isolement imposée aux convalescents de coqueluche et qui dépasse celle de la plupart des autres pays. Or un peu partout maintenant s'élèvent des protestations contre la trop grande durée de cet isolement.

En effet de nombreux cliniciens, au nombre desquels il faut citer M. Weill de Lyon, avaient depuis longtemps remarqué que, dans les salles d'hôpital, les coquelucheux mêlés à d'autres enfants ne les contaminaient pas, alors que dans les familles au contraire la contagion s'opérait presque toujours. L'explication de ce fait était d'ailleurs facile à trouver et tenait uniquement à ce que les enfants ne sont généralement envoyés à l'hôpital qu'assez tardivement quand la persistance des quintes impose le diagnostic. D'où, on en déduisait logiquement que l'affection était peu contagieuse après les premières quintes, opinion qui, dès 1894 était énoncée par M. Weill. Par la suite, ces notions n'ont fait que s'affirmer; mais ce n'est que depuis la découverte du bacille de la coqueluche que la question a été portée sur un terrain solide et véritablement scientifique. C'est pourquoi nous voudrions dans cet article résumer les notions les plus récentes concernant le diagnostic bactériologique, la prophylaxie et le traitement spécifique de la coqueluche en nous efforçant d'aboutir à des conclusions pratiques.

On sait que depuis très longtemps de nombreux auteurs avaient recherché sans succès l'agent causal de la coqueluche. Ces recherches resterent longtemps vaines et ce n'est qu'en 1900 que les deux savants belges Bordet et Gengou découvrirent le microbe de cette maladie, microbe qui est maintenant reconnu universellement comme l'agent spécifique et exclusif de cette affection. En effet quand on pratique l'examen dans les conditions indiquées par Bordet et Gengou, c'est-à-dire tout à fait au début de la maladie, on obtient presque toujours un résultat positif, alors qu'inversement on ne trouve jamais ce germe chez les enfants atteints d'autres affections. Enfin le sérum des coquelucheux agglutine spécifiquement ce germe qui est pathogène pour l'animal.

En raison de l'importance prophylactique et thérapeutique résultant de cette découverte il nous semble intéressant de donner ici les notions les plus récentes concernant l'aspect et les propriétés de ce microbe puisque le praticien aura de plus en plus à compter avec lui s'il veut instituer un diagnostic précoce.

Diagnostic bactériologique. — Le bacille de la coqueluche encore appelé cocco-bacille de Bordet et Gengou est un petit bacille mesurant 0μ5 à 1 μ, ovoïde d'où son nom de cocco-bacille; il est gram négatif et strictement aérobie.

Les recherches faites récemment en Amérique par Hans Zinsser (de Boston) et William Park (de New-York) ont montré que, contrairement à ce que l'on pensait jusqu'ici, le type bacille de Bordet n'était pas absolument homogène. Ces auteurs ont en effet prouvé qu'il existait actuellement en Amérique deux variétés de bacille de Bordet et Gengou qu'ils désignèrent par les lettres A et B et dont le diagnostic ne peut être fait que par les épreuves d'agglutination? Les recherches encore plus récentes, faites en 1928 en France par R. Debré, Marie et Prétet, ont au contraire montré qu'à Paris le type B semblait seul exister. Du point de vue pratique d'ailleurs cette distinction ne présente qu'une importance très relative pour le diagnostic et la prophylaxie, mais par contre peut en avoir une en ce qui concerne le traitement.

Ce qui est important à savoir c'est que ce germe est relativement difficile à cultiver sur les milieux ordinaires de laboratoire, sauf cependant sur les milieux contenant des produits albumineux empruntés de préférence à l'homme, ou à défaut au lapin. Le meilleur milieu de culture est sans contredit celui indiqué par Bordet et Gengou et qui est le suivant :

« On ajoute 100 grammes de pommes de terre coupées en tranches à 200 centimètres cubes d'eau glycérinée à 4 p. 100. On cuit à l'autoclave et on décante. A 50 centimètres cubes de l'extrait obtenu on ajoute 150 centimètres cubes d'eau physiologique et 5 grammes de gélose. On fait fondre à l'autoclave, on met en tubes et on stérilise. A chaque tube contenant ce milieu fondu, on ajoute partie égale de sang défibriné d'homme ou de lapin. On agite et on laisse solidifier après avoir incliné le tube ou coulé

en boîte de Pétri selon le but qu'on se propose. Pour réaliser l'isolement du bacille de la coqueluche à partir de l'organisme du malade, et par suite pour permettre presque à coup sûr de faire précocement le diagnostic de l'affection, il y a lieu de procéder de la façon suivante qui est la plus simple et la plus pratique pour le clinicien et aussi la plus sûre. On prend une boîte de Pétri contenant le milieu de Bordet et Gengou dont nous venons de donner la formule et au moment où l'enfant est pris de toux, on enlève le couvercle de la boîte et on la place, le milieu tourné vers la bouche de l'enfant, à une distance d'environ 10 centimètres. On ferme ensuite la boîte et on l'envoie au laboratoire. Cette boîte sera alors mise à l'étuve à 37 degrés. Après vingt-quatre heures on verra apparaître sur le milieu des colonies de tous les germes banaux de la bouche, mais ce n'est qu'après quatre jours au moins que le développement du bacille de Bordet et Gengou deviendra apparent; car son développement est toujours long surtout lors des premières cultures. Les colonies de ce cocco-bacille apparaissent alors sous l'aspect de petits points saillants de coloration un peu métallique, ressemblant à une tête d'épingle et entourées d'une zone plus claire traduisant le pouvoir hémolytique de ce germe dont l'identification complète sera alors poursuivie. Il y a donc là un procédé de diagnostic susceptible de rendre de très grands services. A ce point de vue il est très instructif de consulter les chiffres fournis par le professeur Madsen, directeur de l'Institut de sérothérapie du Danemark. Les résultats publiés en 1920 sont les suivants :

De février 1916 à septembre 1920, 1.665 prélèvements ont eté effectués.

Sur ce total il y a eu 970 résultats positifs, 559 négatifs; 45 douteux; enfin 90 prélèvements étaient inutilisables pour des causes diverses.

Le total se décompose ainsi :

Sur 134 cas à la période catarrhale, il y eut 100 résultats positifs soit 75 p. 100.

Sur 277 cas à la première semaine des quintes, 158 cas soit 57 p. 100 furent positifs.

Sur 201 cas à la deuxième semaine des quintes, 122 cas soit 61 p. 100 furent positifs.

Sur 121 cas à la troisième semaine des quintes, 55 cas soit 45 p. 100 furent positifs.

Sur 74 cas à la quatrième semaine des quintes, 30 cas soit 40,5 p. 100 furent positifs.

Sur 107 cas à la cinquième semaine des quintes, 10 cas soit 9 p. 100 furent positifs.

Par conséquent le microbe de Bordet et Gengou est trouvé d'autant plus rarement qu'on s'éloigne davantage du début de la coqueluche, puisque, sauf exception (10 cas sur 107) on ne le retrouve plus après cinq semaines. Enfin, fait encore plus important, aucun des malades ayant fait l'objet d'un prélèvement négatif n'a présenté ultérieurement de coqueluche.

Il y a donc là un procédé de diagnostic excellent qui, sans apporter une certitude mathématique quand il est négatif constitue cependant une méthode de diagnostic très précoce et très sûre; il est regrettable qu'au pays de Pasteur on n'ait pas mieux profité de cette découverte et qu'on ait laissé d'autres pays, le Danemark en particulier, nous devancer dans cette voie.

Au Danemark la méthode employée sous l'impulsion de Madsen et qui peut servir de modèle aux autres pays, est la suivante : les boîtes de Pétri contenant le milieu spécial de Bordet sont en aluminium, ce qui facilite leur envoi par la poste; elles sont expédiées aux praticiens sur simple demande téléphonique ou télégraphique. Le médecin traitant n'a plus alors qu'à proceder à l'ensemencement de la boîte selon la technique que nous avons indiquée et à la retourner ensuite au laboratoire chargé de l'examen. Aussi le Danemark se basant sur les statistiques que nous avons citées plus haut a-t-il pu diminuer notablement la durée d'isolement des coquelucheux et actuellement les enfants peuvent être admis à nouveau dans les crèches ou rentrer à l'école quand la durée totale de la période convulsive a duré un mois. Par conséquent ce procédé de diagnostic est à recommander particulièrement et il faut espérer qu'en France nous ne tarderons pas à l'utiliser très largement. D'ailleurs il s'impose d'autant plus que c'est le seul procédé biologique, sûr et pratique dont nous disposions pour dépister ces formes frustes, ces « coqueluchettes » qui jouent un si grand rôle dans la propagation de cette maladie. En effet d'après les travaux de Roger, de Eigenbrodt, de Jacobson et ceux plus récents de Madsen et de Barbier, certains enfants et adultes atteints de toux banale et chez lesquels aucun symptôme ne permet de suspecter cliniquement la coqueluche ont contagionné d'autres enfants et ont été reconnus porteurs de bacilles de Bordet. Ces diminutifs de coqueluche interviennent pour une grande part dans la persistance des épidémies. Cette persistance peut être aussi due à un autre facteur et ici intervient le rôle des porteurs de germes, question qui n'est pas encore tout à fait au point et sur laquelle par suite nous n'insisterons pas davantage.

Si le diagnostic précoce de la coqueluche peut être fait le plus souvent avec facilité par la recherche directe du germe, cette méthode n'est cependant pas la seule. On a en effet cherché à appliquer au diagnostic de la coqueluche d'autres méthodes biologiques qui ont fait leurs preuves dans différentes affections; nous voulons parler de l'intradermo-réaction et de la déviation du complément.

L'intradermo-réaction se pratique pour la coqueluche selon une technique analogue à celle utilisée dans les réactions de Schick et Dick. L'antigène dont on se sert est un autolysat de bacilles coquelucheux de 1/10 de centimètre cube dans le derme. Cette méthode aurait donné à Modigliani et Villa un pourcentage intéressant de résultats positifs chez les enfants atteints de coqueluche. Par contre, beaucoup d'auteurs font des réserves à ce sujet et notamment Riesenfeld de New-York. Aussi, est-il sage pour le praticien de n'avoir recours qu'exceptionnellement à cette méthode, susceptible peut-être de devenir intéressante quand elle aura été perfectionnée mais qui ne semble actuellement pas encore au point. Les indications sembleraient du

reste s'en trouver surtout dans le dépistage éventuel des porteurs de germes.

Un dernier procédé enfin est la recherche de la déviation du complément par le sérum des coquelucheux en se servant d'un antigène représenté également par un autolysat de bacilles de Bordet et Gengou. Entre les mains de Netter et M. P. Weill, cette méthode a donné des résultats très intéressants; car elle s'est montrée constamment positive dans la coqueluche, mais seulement à partir du quinzième jour des quintes. Avant ce moment, elle est presque toujours négative et cela d'autant plus souvent que la coqueluche est plus près de son début. Par conséquent si cette méthode permet un diagnostic très facile et très sûr, le fait que la réponse ne peut être obtenue que très tardivement lui ôte la plus grande partie de sa valeur. C'est en effet au début de l'affection qu'un diagnostic peut être hésitant alors qu'à la période des quintes typiques le rôle du laboratoire pour préciser le diagnostic semble le plus souvent inutile. En outre la prise de sang chez des enfants parfois très jeunes est loin d'être toujours aisée, ce qui est certainement une raison de plus pour le praticien de n'avoir qu'exceptionnellement recours à cette méthode.

En résumé, c'est donc la recherche directe du bacille que nous recommandons dans la plupart des cas, méthode qui réunit le double avantage d'être la plus simple et la plus certaine.

Prophylaxie. — En dehors de la prophylaxie qui peut grâce au laboratoire être très simplement et très efficacement réalisée par l'isolement précoce du malade atteint de coqueluche, le médecin n'est pas cependant complètement désarmé quand, pour une raison quelconque, l'isolement du coquelucheux a été trop tardif et que la contagion a pu se produire.

Les méthodes de prophylaxie qu'on peut alors employer pour les enfants suspects d'avoir été contaminés sont au nombre de deux.

La première, qui est la plus satisfaisante pour l'esprit, consiste à vacciner les enfants exposés à la contagion avec un vaccin anticoquelucheux. Le vaccin employé est un stock-vaccin essentiellement constitué par une émulsion plus ou moins dense de cocco-bacilles dans un liquide quelconque qui est habituellement de l'eau physiologique à 7,5 p. 1000.

Naturellement il y a lieu de n'utiliser pour cela que des germes morts ou très atténués pour ne pas risquer de donner par la vaccination une véritable coqueluche expérimentale. Il faut donc rendre ces germes avirulents, mais en désintégrant le moins possible les protéines microbiennes. Aussi est-ce là que l'ingéniosité des bactériologistes s'est donné libre cours. Il y a en effet la méthode Nicolle et Conor qui utilise l'action du fluorure de sodium comme agent d'atténuation; celle de Caronia qui emploie le phénol; d'autres emploient la chaleur, l'iode, etc...

En France, c'est surtout le vaccin fluoré qui est employé et il paraît avoir donné de bons résultats à différents auteurs, en particulier à Rohmer et à Mlle Brandeberger (de Strasbourg), à Paul Luttinger en Amérique, etc... Cependant certaines critiques se sont fait jour et au Danemark par exemple on a noté qu'une proportion assez considérable des enfants vaccinés n'échappaient pas à la coqueluche. Il semble par contre bien acquis que, si la coqueluche n'est pas évitée dans tous les cas elle revêt chez les vaccinés des formes bénignes. Il y a donc là un moyen de prophylaxie qui, dans des cas particuliers, est susceptible de rendre des services appréciables.

Une seconde méthode de prophylaxie qui a été appliquée pour la première fois en France par R. Debré est ce que l'on appelle, par analogie avec la méthode suivie dans la rougeole, la séro-prophylaxie. Résumée en quelques lignes, elle consiste essentiellement à prélever à des convalescents de coqueluche, à la troisième ou quatrième semaine une certaine quantité de sang, 10 centimètres cubes par exemple et, après coagulation, à recueillir le sérum. Ce sérum est alors utilisé en injection sous-cutanée chez les enfants suspects d'avoir été contaminés. D'après R. Debré, la quantité de sérum à utiliser est de 1 centimètre cube environ par année d'âge jusqu'à un maximum de 8 centimètres cubes chez les grands enfants ou les adultes. Pour que la prévention soit efficace par cette méthode il faut que l'inoculation soit faite le plus tôt possible après la date présumée de la contamination et au plus tard au début de la période d'incubation la coqueluche se développera, mais évoluera sous une forme atténuée.

Cette séro-prophylaxie donne d'excellents résultats ainsi que cela ressort des statistiques publiées par différents auteurs et surtout par R. Debré et ses collaborateurs. C'est ainsi que pour des enfants ayant été en contact avec des coquelucheux il n'y a eu que le chiffre vraiment très faible de 5 cas de coquelucheux sur 83 enfants et 13 cas de coqueluche atténuée. Malheureusement, cette méthode est passible de gros reproches. Le premier c'est d'abord de ne mettre l'enfant à l'abri de la contamination que pour une période relativement très limitée représentée par le temps que l'organisme met à se débarrasser de la protéine étrangère que constitue pour lui le sérum et qui est d'environ quinze jours. Passé ce délai, l'enfant n'est plus protégé et il faut recommencer en cas de nouvelle contamination. C'est pour obvier à cet inconvénient que R. Debré a proposé d'appliquer non plus la séro-prévention, mais la séro-atténuation c'est-à-dire de faire l'injection à la fin de la période d'incubation. De la sorte la coqueluche se déclare mais évolue sous une forme atténuée qui est cependant suffisante pour vacciner le petit malade et le mettre définitivement à l'abri d'une forme grave. Il est vrai que le choix du moment propice pour réaliser à coup sûr la séro-atténuation est loin d'être toujours facile à déterminer.

En outre, un reproche plus grave peut être fait à la méthode. C'est la difficulté de se procurer du sérum de coquelucheux. Ce n'est en effet que dans les grands hôpitaux et dans les services spécialisés que cette récolte peut être organisée, car il faut non seulement vérifier que l'enfant n'est pas atteint d'autre affection contagieuse, la syphilis notamment mais encore il faut prendre de grandes précautions

pour décanter le sérum et éviter les contaminations microbiennes; sans compter que la ponction veineuse chez de jeunes enfants n'est pas toujours facile. Bref il y a là toute une série de précautions, de manipulations que ne peut exécuter le praticien et qui mettent la méthode hors de sa portée, les centres créés dans certains services spécialisés ne pouvant avoir la prétention de fournir le sérum à tous les médecins.

Pour essayer de pallier à cette difficulté de l'approvisionnement en sérum et rendre la séro-prévention ou la séro-atténuation d'application plus aisée Gillot, Athias et Zéret (d'Alger) ont essayé d'utiliser pour réaliser l'immunisation, le sang total d'un des membres de la famille ayant eu la coqueluche dans l'enfance. De la sorte sont supprimées toutes les manipulations nécessitées par l'obtention et la conservation du sérum. En outre, ce sang est obtenu plus facilement d'un membre de la famille que d'un étranger. Les quantités de sang à injecter ne sont pas encore exactement définies; elles ont été dans les essais faits jusqu'à ce jour de 2 à 5 centimètres cubes. Jusqu'ici le nombre d'enfants ainsi traités est trop faible pour qu'on puisse encore en tirer des conclusions très précises; cependant les auteurs dont nous parlons plus haut qui ont inauguré la méthode l'ont appliquée à douze enfants âgés de cinq mois à onze ans ayant vécu en milieu contaminé. Sur ce total, six qui avaient été injectés alors qu'ils ne présentaient encore aucun symptôme sont restés indemnes, les six autres qui présentaient déjà au moment de l'inoculation des symptômes de début ont vu leur coqueluche évoluer, mais d'une manière très bénigne.

En résumé, si le moyen le plus sûr de prophylaxie de la coqueluche consiste encore à l'heure actuelle dans la recherche du germe causal par le laboratoire le médecin a le cas échéant à sa disposition d'autres armes vis-à-vis des enfants exposés à la contagion.

Traitement. — Selon le plan que nous nous sommes tracé nous laisserons délibérément de côté dans cet exposé du traitement de la coqueluche tous les médicaments non spécifiques dont la diversité ne semble d'ailleurs pas plaider en faveur d'une grande efficacité.

Ces médicaments spécifiques de la coqueluche sont au nombre de deux : le sérum anticoquelucheux et le vaccin anticoquelucheux.

Aussitôt que fut réalisé par Bordet et Gengou l'isolement du bacille de la coqueluche, la première idée qui devait venir et qui vint en effet à l'esprit de ces savants fut de préparer un sérum thérapeutique par inoculation de ce bacille au cheval. Or, cette méthode a donné dès le début de son emploi des résultats peu encourageants et actuellement ce mode de préparation du sérum est abandonné. Plus tard, Bordet et Gengou remarquèrent que leur coccobacille agissait surtout par ses endo-toxines qui, chez l'animal inoculé, seraient mises en liberté lors de la destruction du bacille injecté et, d'après ces auteurs, le mode d'action chez l'enfant atteint de coqueluche serait identique. Malheureusement la vaccination des animaux contre l'endo-toxine coquelucheuse est très difficile. Les cobayes qui ont reçu sous la peau de petites doses d'endo-toxine réagissent aux injections ultérieures comme à la première c'est-à-dire par une escharre, même si l'on n'élève pas la dose d'endo-toxine.

Enfin, fait plus important encore, le sérum de cheval ayant reçu de nombreuses injections du bacille de la coqueluche ne neutralise pas l'endo-toxine coquelucheuse. Aussi, les essais thérapeutiques tentés avec le sérum de cheval préparé par de l'endo-toxine coquelucheuse n'ont-ils pas donné jusqu'ici des résultats supérieurs à ceux obtenus avec le sérum de cheval préparé par simple inoculation de corps microbiens.

A l'heure actuelle, la question du sérum thérapeutique anticoquelucheux n'est donc pas encore au point, et on ne saurait pour le moment en recommander l'emploi aux cliniciens.

Si le sérum thérapeutique expérimental anticoquelucheux semble peu efficace jusqu'à présent, peut-on attendre du sérum de convalescent de coqueluche, utilisé avec succès dans la prophylaxie de cette affection, de meilleurs résultats. Les essais tentés dans cette voie ne sont pas encore très concluants et de l'avis général les sérums de convalescents semblent doués de bien peu d'efficacité au point de vue curatif.

Certains auteurs ont bien prétendu avoir obtenu par ce procédé une évolution plus bénigne de l'affection, mais il ne semble pas qu'il y ait là autre chose que des impressions et nous ne croyons pas que cette thérapeutique d'application d'ailleurs fort difficile comme nous l'avons déjà dit soit très recommandable.

La seconde médication spécifique utilisée plus largement d'ailleurs que la sérothérapie est la vaccination; et les vaccins utilisés sont ceux dont nous avons déjà parlé lors de la prophylaxie. A la vérité, les résultats obtenus jsqu'ici, malgré quelques rares succès, ne semblent pas non plus très en faveur de l'action curative du vaccin. De l'avis unanime, son innocuité est complète, mais la plupart des auteurs ne lui attribuent qu'une action curative à peu près nulle.

Après avoir vu tout le parti que les méthodes spécifiques sont susceptibles d'apporter au clinicien pour le diagnostic et pour la prophylaxie de la coqueluche, nous regrettons d'être obligés de terminer sur cette note un peu pessimiste en ce qui concerne le traitement spécifique de cette affection. Cependant une petite lueur d'espoir nous reste : c'est la possibilité de l'hétéréogénéité du bacille de Bordet et Gengou. Comme nous l'avons dit plus haut, si le bacille que l'on trouve en France est le type B, de nombreuses souches présentent un taux d'agglutination assez variable vis-à-vis des sérums de convalescents ou expérimentaux. Peut-être y a-t-il des sous-variétés de bacille de Bordet et Gengou et par suite un vaccin polyvalent donnerait peut-être de meilleurs résultats thérapeutiques. Enfin les autovaccins préparés avec le propre germe du malade, pourraient sans doute être essayés avec succès.

TRAITEMENT DES DIVERTICULES DE L'ŒSOPHAGE

Par R. DE BUTLER D'ORMOND (d'Amiens),
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine
Chirurgien des hôpitaux.

Le diverticule de l'œsophage se rencontre chez l'adulte. Il est plus fréquent qu'on ne le croit. Il détermine peu de troubles quand il est à la base du cou, et ceux-ci s'accroissent quand le sac devient intrathoracique. Les malades ont déjà été soignés antérieurement pour de la dysphagie sans que le diagnostic fût posé.

Dans quelques cas, le clinicien a pensé à un rétrécissement bénin ou malin. Les diverticules sont dits par pulsion quand les aliments accumulés dans un cul-de-sac encore réduit, développent la masse et la portent vers le médiastin; ils siègent surtout au niveau de la partie la plus étroite du canal, en arrière de la cricoïde.

Les diverticules par traction sont petits et situés au niveau de la trachée; ils sont causés généralement par la rétraction cicatricielle d'un ganglion suppuré et vidé; ils sont plus ou moins rares. On les découvre surtout aux autopsies. Ils causent rarement des troubles. Tous les diverticules par pulsion deviennent chirurgicaux quand les symptômes augmentent d'intensité. Ils se développent directement en arrière du cartilage cricoïde sur la partie postérieure de l'œsophage, à sa jonction avec le pharynx.

Le diverticule est une hernie de la muqueuse, à travers la musculeuse.

Une fois que le muscle œsophagien est traversé, le sac graduellement augmente; autour de lui se produit un épaississement du tissu fibreux d'origine inflammatoire et irritatif; placé d'abord sur la ligne médiane, il descend ensuite devant la colonne vertébrale, puis déborde sur les côtés, surtout vers la gauche.

Les grands sacs poussent vers le médiastin et deviennent intrathoraciques; là, ils augmentent plus rapidement encore. La paroi du sac s'amincit en grandissant; les petits sacs sont plus épais au niveau de la couche fibreuse. La muqueuse, plus mince, s'en sépare aisément.

Symptômes. — Ce sont des *troubles de la déglutition*; plus tard, l'irritation de la trachée, et la compression du nerf récurrent peuvent amener une toux désagréable et un certain degré de dyspnée. Ces troubles indiquent la présence probable d'un sac intrathoracique.

Les grands sacs naissent de l'œsophage supérieur. Le cathétérisme franchit difficilement le niveau du sac: les sondes et les bougies, même si elles sont petites, descendent directement dans le sac plutôt que vers la partie inférieure de l'œsophage.

Pour que le cathéter descende vers l'estomac, il faut faire le cathétérisme sur un « conducteur ». Un fil de soie est dégluti; une extrémité du fil est avalée par le patient et l'autre est épinglée au vêtement. Habituellement, en l'espace de quelques heures ou d'un jour, le fil arrive dans l'estomac, puis assez loin dans l'intestin pour réaliser une traction; l'extrémité supérieure du fil est introduite dans l'œil terminal de la sonde, puis il repasse par le canal de la sonde et sort par son pavillon; la pointe de la sonde est ensuite poussée dans les voies digestives; alors l'instrument qui d'abord était arrêté à l'entrée du sac, passe maintenant dans l'estomac, le long du fil qui sert de guide.

Après avoir introduit d'abord le cathéter sans fil conducteur, puis avec fil conducteur, l'opérateur peut mesurer, après les deux sensations d'arrêt, quelle est la situation du fond du sac et son orifice d'entrée; il mesure ainsi par la distance qui existe entre les deux, la longueur du diverticule; l'œsophagoscope donne le même renseignement. En faisant avaler un fil métallique, ou une sonde opaque, et en prenant une radiographie, on peut se rendre compte également des dimensions et du siège du sac.

Tandis que les petits sacs donnent peu de troubles, les patients qui portent des grands sacs sont souvent faméliques, émaciés, dénutris. Dans les cas semblables, il est bon, grâce au cathétérisme sur conducteur, d'introduire une grosse sonde pour nourrir le patient avant l'opération.

Cette méthode remonte les patients assez vite pour éviter la gastrostomie préparatoire; certains sacs sont capables de déterminer l'augmentation perceptible du cou à sa base. Le palper du cou peut faire percevoir un gargouillement dû au mélange des liquides et des gaz contenus dans le sac; par la compression, ceux-ci sont régurgités vers la bouche.

L'examen aux rayons X, après déglutition de substances opaques, est indispensable. L'émulsion barytée est donnée en quantité suffisante pour remplir le sac. La radiographie donne exactement sa profondeur, sa localisation, ses dimensions et rend les autres méthodes d'exploration, inutiles. Il suffit de lire le résultat sur les plaques.

Traitement. — Plusieurs méthodes peuvent être conseillées suivant les cas.

Par les voies naturelles, le médecin introduit une pince dans l'ouverture du diverticule, puis saisit le fond de celui-ci et l'attire en haut pour le retourner, comme un doigt de gant; il est alors refoulé dans le canal de l'œsophage. Cette méthode est possible pour les petits sacs mobiles et sans adhérences. Les gros sacs seront enlevés en un ou deux temps :

a. Extériorisation; *b*. exérèse.

Les opérations devront se faire sous anesthésie locale. En cas d'anesthésie générale, il est nécessaire de vider le sac avant l'opération.

A la clinique Mayo, en 1922 (1), sur 200 cas, il y avait 16 morts; dans une autre série de 116 cas, il y a 12 morts, ce qui fait 10 p. 100 de morts dans l'opération en un temps.

Judd publia, plus tard, une statistique de 52 cas opérés à la clinique Mayo, avec 3 morts, ce qui fait 6 p. 100 à peine de mortalité. Actuellement, cet habile chirurgien a pratiqué 74 opérations, toujours avec 3 morts.

(1) Mayo. *Clinic.*, XIV, 1922.

Les dimensions du sac sont très importantes. Il faut éviter l'infection du médiastin; le malade peut mourir de broncho-pneumonie ou de cellulite médiastinale.

Victor Pauchet, dans la *Pratique chirurgicale illustrée* (fasc. 5), publie deux opérations, avec figures, et décrit la technique d'après deux cas dans lesquels l'opération fut faite en deux temps.

Mayo pratique ainsi l'opération :

Incision transversale, suivant un pli naturel du cou; un tiers étant en arrière du bord antérieur du mastoïdien; la peau et le peaucier sont coupés et disséqués dans les deux sens de cette ligne, puis dissection mousse; pas de vaisseau à lier. Les sterno-mastoïdien et hyoïdiens sont écartés; la veine jugulaire interne, la carotide primitive, sont réclinés en arrière; le sac se découvre juste derrière et au-dessous du cartilage cricoïde; il est blanchâtre, fibreux, comme un sac ancien de hernie.

Bartleet conseille, au moment de reconnaître le sac, de prier le malade de fermer ses lèvres et son nasopharynx. Il produit un effort pour souffler, ce qui remplit la bouche et le pharynx avec de l'air; le sac est ainsi distendu. Sa teinte est pâle, plus pâle que les tissus environnants. Il y a un petit plexus de veines dessus. Il faut le saisir avec soin avec une pince à cadre, le séparer des tissus voisins en le réclinant avec un tampon de gaze tenu dans une pince hémostatique; agir à peu près comme pour un sac de hernie solide et résistant. Les grands sacs sont attirés hors de la cavité thoracique; faire attention de ne pas l'ouvrir ni le blesser; le pincer doucement, sans brutalité.

Si on opère en un temps (petit sac), il faut suturer, avec soin, à l'union du thorax avec l'œsophage. Faire usage de deux rangs de suture au catgut chromé et laisser un drainage. Dans les grands sacs, opérer en deux temps : *a.* tamponner à la gaze la ponction du sac de façon à créer des adhérences ou simplement fixer le cul-de-sac fermé à la peau. L'adhérence sera complète au bout de dix à douze jours. Pendant la période entre le premier et le second temps opératoire, l'espace médiastinal se ferme par le tissu de granulation; alors il n'y a plus de danger de médiastinite. La sécurité alors est pratiquement absolue pour la seconde opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1928)

Les piscines publiques. — MM. Bordas et Neveu. « On a signalé à plusieurs reprises, tant en France qu'à l'étranger, l'éclosion d'affections contagieuses plus ou moins graves, dont l'origine était due à l'eau des piscines publiques.

L'un de nous (1) a prouvé que les appréhensions du Corps médical étaient des plus justifiées et que la balnéation en commun, telle qu'elle est pratiquée en France et à Paris en particulier, devrait être profondément remaniée afin de présenter au public des garanties hygiéniques beaucoup plus sérieuses.

Cette année, du fait des conditions atmosphériques un peu exceptionnelles, il est vrai, nous avons constaté que l'insalubrité de certaines piscines publiques était devenue un véritable danger public.

On connaît ces établissements où des centaines de personnes viennent se baigner dans quelques centaines de mètres cubes d'eau de Seine ou de Marne, lesquelles sont théoriquement renouvelées tous les huit jours.

Certains de ces établissements reçoivent journellement de 1.200 à 1.400 personnes qui s'ébattent dans 700 mètres cubes d'eau.

Il n'existe aucun contrôle contrairement à ce qui se passe dans les établissements similaires à l'étranger.

On peut pénétrer dans nos piscines sans passer obligatoirement par la douche et sans avoir subi le moindre examen médical.

On conçoit, dans ces conditions, que de pareilles piscines deviennent très rapidement un milieu des plus favorables au développement de maladies contagieuses (affections gastro-intestinales, conjonctivites plus ou moins graves (trachomes) et inflammations des fosses nasales, de la gorge, etc.

Il est assez difficile de faire comprendre par la simple lecture de bulletins analytiques que l'eau de pareils établissements n'offre plus les caractères de propreté désirables.

Les analyses chimiques et bactériologiques demandent beaucoup de temps et les résultats obtenus ne sont pas toujours compréhensibles pour les non-initiés.

Nous avons songé à obvier à ce grave inconvénient en appliquant à l'eau un procédé que l'un de nous (1) avait imaginé pour déterminer les souillures accidentelles contenues dans le lait.

La méthode consiste à filtrer sous pression plusieurs litres (5 litres) de liquide sur des disques de flanelle blanche : toutes les matières en suspension sont retenues à la surface et l'on peut ainsi évaluer la quantité de ces matières étrangères et en faire l'examen microscopique, etc.

On peut donc connaître en quelques minutes le degré de souillure de l'eau et prendre les mesures nécessaires pour faire cesser la pollution : filtration, stérilisation par le chlore, etc. »

Sur les propriétés de la toxine streptococcique scarlatineuse purifiée. — MM. Et. Burnet et J. Bance tirent de leurs expériences les conclusions suivantes :

« 1° La réaction n'est pas de la même nature chez le cheval et chez l'homme.

Des expériences nous ayant montré que le cheval immunisé réagit encore, il s'ensuit que la réaction de Dick proprement dite existe chez l'homme et n'existe pas chez le cheval.

2° La toxine scarlatineuse ne se comporte pas, à travers les opérations de la méthode de Abt, de la même manière que la toxine diphtérique.

Il y a lieu de pousser plus loin l'étude parallèle des deux toxines. Les faits acquis suffisent à établir qu'on ne peut se contenter de concevoir sommairement, sans plus ample informé, la toxine streptococcique scarlatineuse comme l'analogue de la toxine diphtérique, ni l'étiologie de la scarlatine comme le décalque exact de l'étiologie de la diphtérie. »

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1928)

Deux cas d'évolution anormale de la dent de sagesse supérieure. — MM. Chompret et Dechaume rapportent deux

(1) Bordas. Etude sur les piscines publiques, *Ann. d'hygiène publique industrielle et sociale*, 1924, n° 6, p. 321.

(1) Bordas. Les souillures du lait, *C. R.*, 1919, t. CLXIX, p. 1182.

cas d'accident d'éruption de la dent de sagesse supérieure à forme néoplasique ayant entraîné tout d'abord de la part de médecins praticiens une erreur de diagnostic qu'un examen approfondi par le stomatologiste, complété par la radiographie, a eu vite fait de redresser. Ce cas sans être rare n'est pas exceptionnel, il faut y penser en présence de tout accident tumoro-inflammatoire de la tubérosité du maxillaire supérieur. Il faut savoir gré aux auteurs d'avoir une fois de plus attiré notre attention sur ces faits.

Modifications osseuses dans les becs-de-lièvre totaux. — M. Ch. Ruppe a eu l'occasion dans le service de son maître, le professeur Veau, de poursuivre l'étude de l'évolution des arcs osseux des maxillaires supérieurs dans les becs-de-lièvre totaux. Il passe en revue tout d'abord l'évolution de ces arcs osseux dans les becs-de-lièvre non opérés puis dans les becs-de-lièvre opérés. Il insiste tout particulièrement sur le rôle si utile du tubercule médian que l'on ne saurait plus sacrifier inutilement à la facilité de l'intervention.

L'art dentaire en Syrie. — M. Gustave Ginestet. Nous recommandons la lecture de ce travail à nos confrères les historiens de l'art dentaire et aussi à tous ceux qui s'intéressent en France à l'évolution politique et professionnelle de cette branche de l'art de guérir.

REVUE DES THÈSES

Le Traitement de la tuberculose pulmonaire à lésion limitée et à évolution lente par l'iode camphré mentholé radio-actif (1), par le docteur Suzanne Favier-Camredon.

Conclusions. — I. Si depuis longtemps les préparations iodées ont été employées dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, il semble, d'après les effets obtenus avec les différentes médications utilisées, que la voie intramusculaire est celle qui donne, dans les meilleures conditions de tolérance, des résultats continus et constants.

II. D'autre part, la solution huileuse d'iode camphré mentholé radio-actif nous a donné, grâce à sa composition même, une médication facilement utilisable qui nous semble pouvoir être préférée, dans la pratique journalière, aux autres préparations iodées.

III. L'expérimentation poursuivie avec ce médicament nous a permis de confirmer les recherches cliniques qui, depuis un certain nombre d'années, tendent à préciser l'action de l'iode injectable dans la tuberculose pulmonaire. Ainsi qu'il résultait des précédents travaux, nous avons pu voir, au cours de nos observations, que son indication de choix se trouvait être réalisée dans les formes de tuberculose pulmonaire suivantes :

a. Les formes chroniques stationnaires,
b. Les formes torpides ou peu évolutives,
c. Les formes fibreuses, bronchitiques,
d. Les formes emphysémateuses, peu pyrétiques,
e. Les cortico-pleurites, pleurites à répétition,
f. Les prétuberculoses,
g. Les formes mixtes de tuberculose pulmonaire et de syphilis.

IV. Les contre-indications d'une pareille cure relèvent des facteurs suivants :

a. Fébrilité
b. Lésions étendues } Facteurs spéciaux.
c. Evolution rapide
d. Néphrite, insuffisance hépatique caractérisée (facteurs généraux).

V. Nous nous sommes efforcés, au cours de cet essai de traitement de la tuberculose pulmonaire, de suivre les règles établies par M. le professeur Gaussel (Les règles de l'expérimentation et du contrôle d'un traitement antituberculeux, *Paris méd.*, 1923) :

a. Nous n'avons jamais commencé le traitement que chez des malades en observation depuis un certain temps au sanatorium et en ayant soin de comparer les résultats par l'étude de plusieurs groupes de malades ;

b. Nous insistons surtout sur la nécessité de continuer pendant longtemps le traitement en surveillant ses effets, et de n'apprécier ses résultats qu'après avoir laissé s'écouler plusieurs mois depuis sa cessation.

VI. La posologie qui nous a paru donner les meilleurs résultats est la suivante :

a. Pratique d'injections quotidiennes continuées pendant trente jours et renouvelées pendant plusieurs mois avec des intervalles de repos de dix à quinze jours entre deux séries consécutives ;

b. La première série d'injections sera pratiquée à la dose de 1 centimètre cube de solution huileuse correspondant à 2cg6 d'iode organique ; les séries suivantes, si le médicament est bien toléré, pourront être pratiquées à dose double.

VII. Les effets de traitement par l'iode camphré mentholé radio-actif en solution huileuse injectable ont été, dans les tuberculoses à évolution lente et à lésion limitée :

a. L'amélioration de l'état général : 1. reprise du poids ; 2. stabilisation de la température et abaissement de la fièvre ; 3. sensation d'euphorie et de bien-être général.

b. La diminution de la tachycardie et l'amélioration de la pression artérielle.

c. Une action favorable au point de vue fonctionnel : 1. des effets modificateurs pulmonaires dans le sens de la sclérose ; 2. la raréfaction des poussées évolutives ; 3. la diminution des sécrétions bronchiques.

VIII. On peut généralement distinguer, dans les effets cliniques du traitement iodé, les trois phases thérapeutiques suivantes :

Première phase (première semaine) : sensation d'euphorie constamment accusée par le malade.

Deuxième phase (deuxième semaine) : sorte de mise à nu de la lésion initiale, se manifestant par une plus grande netteté des signes sthétacoustiques, mais sans phénomène général ni fonctionnel, comme sans troubles toxiniques.

Troisième phase (troisième et quatrième semaines) : diminution des signes adventices, accentuation des signes de sclérose, augmentation de poids.

(1) *Th. de Paris*, 1928. — Paris, Les Presses modernes.

Les Grands syndromes et le traitement pratique des rhumatismes chroniques (1), par le docteur R. Ardillier (de Toulouse).

« Le *syndrome acromélique*, réalisé cliniquement par la polyarthrite déformante, représente 20 p. 100 des rhumatisants chroniques (R. C.). Il a une marche centripète, s'accompagne d'anémie, d'amaigrissement et d'atrophie musculaire remarquables. — Le *syndrome rhizomélique*, moins connu, représente 40 p. 100 des rhumatisants chroniques. Il est réalisé cliniquement, dans son ensemble par la spondylose rhizomélique de P. Marie, dans ses symptômes isolés par le R. vertébral, les arthrites de la hanche et de l'épaule, la sciatique, la névralgie cervico-brachiale. Il a une marche centrifuge, s'accompagne peu d'anémie, d'amaigrissement et d'atrophie musculaire. — Le *syndrome homomélique* représente 10 p. 100 des rhumatisants chroniques, il a d'emblée des caractères communs aux deux syndromes précédents.

Ces trois syndromes réunis représentent donc 70 p. 100 des rhumatisants chroniques. Ils sont, avec leurs manifestations composantes les formes variées du début du rhumatisme

(1) *Th. de Toulouse*, 1928. — Imprimerie Régionale.

chronique toujours généralisé, ankylosant et progressif.

Nos connaissances étiopathogéniques sur les R. C. sont actuellement trop confuses, trop fragiles, trop discutées pour en faire une base solide et pratique tant d'une classification que d'un traitement étiopathogéniques qui restent un idéal à réalisation encore lointaine. On agite autour de ces connaissances nouvelles beaucoup de théories brillantes et séduisantes; personne n'apporte à leur sujet une longue expérience, des faits et des chiffres probants, nombreux et constants.

Sauf dans les rares cas où sera nettement indiqué un traitement étiopathogénique efficace, on aura toujours intérêt à instituer d'emblée un traitement d'assaut symptomatique qui donnera d'excellents résultats rapides. On le combinera à un traitement de fond modificateur, méthodique et persévérant, indispensable pour obtenir des résultats lointains et durables. »

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX (4-8 novembre 1928). — COMITÉ D'ORGANISATION (bureau). — Président d'honneur : M. le docteur C. Sigalas, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie.

Président : M. le docteur H. Verger, professeur de clinique médicale.

Commissaire général : M. le docteur Cruchet, professeur de clinique des maladies des enfants.

Trésorier : M. le docteur Creyx, professeur agrégé.

MM. les docteurs Bégouin, professeur de clinique chirurgicale; Beille, professeur de botanique et matière médicale; Carles, professeur de pathologie et de thérapeutique générale; G. Dubreuil, professeur d'histologie; Dupouy, professeur de pharmacie; Guyot, professeur de clinique gynécologique; Mauriac, professeur de médecine expérimentale; Pachon, professeur de physiologie; Petges, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Portmann, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; Rocher, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie; Sabrazès, professeur d'anatomie pathologique; Sellier, professeur de climatologie et d'hydrologie; Jeanneney, professeur agrégé.

MANIFESTATIONS EN L'HONNEUR DES JOURNÉES MÉDICALES. — *Dimanche 4 novembre.* — 15 h. : Célébration du Cinquantenaire de la Faculté de médecine.

18 h. 30 : Réception des congressistes. Inauguration des Journées médicales.

Lundi 5 novembre. — 12 h. : Soirée au grand théâtre.

Mercredi 7 novembre. — 21 h. : Réception du Comité et revue.

Jeudi 8 novembre. — 19 h. 45 : Banquet par souscription.

Vendredi 9 novembre. — Excursions à Arcachon, Dax et Hossegor et dans les vignobles bordelais.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Exercices et démonstrations pratiques.* — *Lundi 5 novembre.* — A 8 h. : Hôpital Saint-André (salles 14 et 5). Tubage et alimentation duodénale (professeur Carles et professeur agrégé Damade).

Clinique médicale de l'hôpital des Enfants. Nouveaux traitements de l'emphysème pulmonaire et de l'asthme (professeur agrégé Creyx).

Centre régional du cancer. Présentation de malades.

Clinique dermatologique de l'hôpital Saint-André. Présentation de malades (professeur Petges).

Clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants. Séance opératoire de chirurgie infantile. Bec de lièvre : orchidopexie. Hernie inguinale congénitale, etc. [technique personnelle] (professeur Rocher).

Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. Opération de la cataracte (professeur Teulières).

Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital du Tondu. Séance opératoire : traitement des suppurations chroniques de l'oreille; correction des nez déformés; amygdalectomie totale (professeur Portmann).

Mardi 6 novembre. — A 8 h. : Clinique neuro-psychiatrique de l'hôpital Saint-André. Traitement du délire infectieux aigu (professeur Abadie).

Clinique médicale de l'hôpital Saint-André (salles 15 et 6). Isolement de malades dans des salles communes (docteur Bosredon, de Brive).

Centre régional du cancer. Présentation de malades.

Clinique médicale de l'hôpital des Enfants. Notions nouvelles sur la scarlatine (professeur Dupérié).

Sanatorium de Feuillas. Notions et techniques nouvelles en phtisiologie (professeur Leuret).

Hôpital Saint-André (salles 1 *bis* et 10 *bis*). Voies d'accès sur la troisième portion du duodénum par décollement colo-mésentérique (docteur Lefèvre).

Hôpital Saint-André (salles 1 et 10). Les rapports entre l'ulcère et le cancer de l'estomac (professeur agrégé Félix Papin).

Clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants. Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires : l'injection d'eau chaude à 60 degrés dans les abcès ossifluents [technique personnelle] (professeur Rocher).

Service d'électrothérapie de l'hôpital des Enfants. Traitement électrothérapique de la paralysie infantile (docteur Roques).

Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. Opérations de la myopie forte, de l'hypotension et du décollement rétinien (professeur Teulières).

A 9 h. : Clinique oto-rhino-laryngologique (annexe Saint-Raphaël). Consultation oto-rhinologique; les surdités chroniques; cancer des fosses nasales et des sinus (professeur Portmann).

Mercredi 7 novembre. — A 8 h. : Clinique neuro-psychiatrique de l'hôpital Saint-André. Traitement de la paralysie générale progressive (professeur Abadie).

Hôpital Saint-André (salles 12 *bis* et 3 *bis*). Arthroplastie. Ostéosynthèse (docteur Charbonnel).

Centre régional du cancer. Présentation de malades.

Clinique dermatologique de l'hôpital Saint-André. Présentation de malades (professeur Petges).

Clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants. Traitement de la luxation congénitale de la hanche (professeur Rocher).

Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. Opération du glaucome (professeur Teulières).

A 8 h. 30 : Hôpital d'isolement des maladies contagieuses du groupe Pellegrin. Démonstration de microscopie pathologique (professeur Sabrazès).

A 10 h. : Clinique oto-rhino-laryngologique (annexe Saint-Raphaël). Consultation oto-laryngologique; les amygdalites chroniques; cancer du pharynx et du larynx; la tuberculose laryngée (professeur Portmann).

Jeudi 8 novembre. — A 8 h. : Hôpital militaire de Talence. Exercices pratiques de chirurgie de guerre (professeur Rocher et docteur Guillermin).

Démonstrations d'aviation sanitaire.

A 8 h. 30 : Annexe du laboratoire d'anatomie pathologique et de microscopie clinique, galerie de l'Horloge (1er étage), hôpital Saint-André. Démonstrations de microscopie pathologique (professeur Sabrazès).

A 14 h. et à 15 h. 30 : Magasin général, 37, boulevard de Bègles. Démonstrations du fonctionnement d'une formation sanitaire au magasin général, spécialement destinées aux officiers de réserve du Service de santé.

Conférences et réunions. — Ces conférences et réunions auront lieu dans les amphithéâtres de la Faculté de médecine et de pharmacie, place de la Victoire.

Lundi 5 novembre. — 9 h. 30 : Traitement de l'appendicite (professeur Bégouin).

10 h. 30 : Lutte contre la syphilis [traitements actuels de la syphilis] (professeur Petges).

11 h. 30 : Contribution à la chirurgie des vaisseaux (professeur Goyanez, de Madrid).

17 h. : L'oscillométrie. Sa spécificité et son champ d'informations (professeur Pachon).

Mardi 6 novembre. — 9 h. 30 : Lutte contre la mortalité infantile [traitement préventif et curatif de la diphtérie] (professeur Cruchet).

10 h. 30 : Les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie (professeur Guyot).

11 h. : Le syndrome vestibulaire [avec projections cinématographiques] (professeur Portmann).

14 h. 30 : Diabète et insuline (professeur Mauriac).

15 h. 30 : L'encéphalomyélite épidémique [état actuel de la question] (professeur Verger).

17 h. : Les répercussions des assurances sociales sur la vie professionnelle en Alsace (docteur Specklin, de Mulhouse).

Mercredi 7 novembre. — 10 h. 30 : Lutte contre la tuberculose [traitements actuels de la tuberculose] (professeur Leuret).

Lutte contre le cancer [traitements actuels du cancer] (professeur Réchou).

15 h. : Conférence de médecine navale. Les intoxications par les gaz de combat (M. le médecin en chef de 1re classe Oudard, professeur de clinique chirurgicale et de chirurgie d'armée à l'Ecole d'application des médecins stagiaires de Toulon).

17 h. 30 : A propos de l'encéphalographie artérielle (professeur Egas Moniz, de Lisbonne).

Jeudi 8 novembre. — 16 h. : Conférence de médecine militaire. Du rôle du matériel dans l'organisation de guerre du Service de santé militaire (médecin général inspecteur Toubert).

17 h. 30 : Conférence de médecine coloniale. La fièvre jaune (docteur Marcel Léger, médecin des troupes coloniales).

Sciences physiques et naturelles. Pharmacie. — *Exercices et démonstrations pratiques* dans les laboratoires, tous les jours, le matin, à 9 h., entrée rue Leyteire.

Quelques méthodes physico-chimiques utilisables en analyse (professeur C. Sigalas).

Applications biochimiques de la méthode céruléo-molybdique (professeur Denigès).

Identification rapide par microcristillographie d'alcaloïdes médicamenteux (professeur Denigès).

Champignons comestibles et vénéneux, modes de reconnaissance (professeur Beille).

Démonstrations pratiques de pharmacie (professeur Dupouy et professeur agrégé Golse).

Démonstrations sur les techniques nouvelles de biochimie (professeur Chelle).

Démonstrations sur les techniques nouvelles de toxicologie (professeur Labat).

Démonstrations de coprologie pratique (professeur agrégé R. Sigalas).

Conférences et réunions (rue Leyteire). — *Lundi 5 novembre.* — 9 h. : Programme et organisation des séances de travail (professeur Dupouy).

16 h. : La lutte contre les moustiques, les mouches et les rats (professeur Mandoul).

17 h. 30 : Assemblée générale de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques du S.-O. et du Centre.

Mardi 6 novembre. — 10 h. 30 : Réunion de la Société des pharmaciens agréés. La question du stage pharmaceutique.

16 h. : Conférence sur les assurances sociales (M. Lavire, président de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques du Centre).

18 h. : Après la séance de médecine sociale, réunion générale médico-pharmaceutique.

20 h. : Conférence de M. le professeur Henri Coutière, membre de l'Académie de médecine. Sur quelques données nouvelles de la physico-chimie et de leurs applications.

Mercredi 7 novembre. — 14 h. 30 : Réunion des pharmaciens inspecteurs. Inspection des pharmacies; législation pharmaceutique.

Stomatologie et odontologie. — *Exercices et démonstrations pratiques.* — *Lundi 5 novembre.* — 9 h. : Hôpital Saint-André. Service de stomatologie du docteur Delguel. Présentation de malades.

Mardi 6 novembre. — 9 h. : Hôpital Saint-André (clinique dentaire et stomatologique du professeur agrégé Cavalié). — Emploi de la diathermie en stomatologie (docteur Courtis). — Démonstrations diverses (M. Douat). — Procédés opératoires pour la cure radicale des kystes paradentaires (professeur agrégé Cavalié).

Mercredi 7 novembre. — 9 h. : Hôpital Saint-André. Présentation de malades (service de stomatologie du docteur Delguel).

Jeudi 8 novembre. — 9 h. : Réservé.

Conférences et réunions (Faculté de médecine et de pharmacie, rue Leyteire). — *Lundi 5 novembre.* — 14 h. : Faculté de médecine. Articulation et stabilisation des prothèses (G. Vilain). — Films. Jacket crown. Porcelaine inlay. Rott canal filings (Pearce, de Londres).

Mardi 6 novembre. — 14 h. : Faculté de médecine et de pharmacie, rue Leyteire. Apecectomy. Prophylactic clinic. Surgical treatment of abnormal mouths (Pearce, de Londres).

Mercredi 7 novembre. — 14 h. : Faculté de médecine. Visite de l'Exposition.

15 h. : Sur la dissociation expérimentale des modes de sensibilité sous l'action des injections anesthésiques (professeur agrégé Cavalié). — Orthodontie. Méthode de P. Robin (docteur Delguel).

Jeudi 8 novembre. — 14 h. : Faculté de médecine. Modifications de l'articulation de Gysé (M. Giboin). — Appareil vélo-palatin (M. Bergé).

Avis très important. — La durée des Journées médicales de Bordeaux comptera comme période d'instruction sans solde pour les officiers de réserve du Corps de santé sur leur demande (armée métropolitaine, marine et colonies). Ces demandes de convocation seront adressées, soit aux directeurs des Services de santé des 9e, 11e, 12e, 17e, 18e Corps d'armée (armée métropolitaine et colonies), soit à la direction centrale du Service de santé au ministère de la Marine (marine). Cette période comptera pour l'avancement et comportera les réductions habituelles des tarifs de chemin de fer.

Comité de dames. — Un Comité de dames sera heureux de recevoir les dames des congressistes et leur fera visiter, pendant la durée des Journées médicales, les principales curiosités de la ville.

Exposition de produits pharmaceutiques, eaux minérales, instruments de chirurgie, etc. — Une exposition sera ouverte pendant toute la durée du Congrès dans le grand hall de la Faculté de médecine et de pharmacie. Les médecins y trouveront tous les renseignements susceptibles de les intéresser dans la connaissance et la prescription de médicaments nouveaux, l'utilisation des eaux minérales, l'emploi des instruments de chirurgie, etc.

Logements dans les hôtels. — Les congressistes sont priés de s'adresser à la Compagnie française du tourisme, place Gabriel, palais de la Bourse, téléphone 28.41, Bordeaux, qui leur donnera tous les renseignements qu'ils pourront désirer dans le choix et le prix des hôtels.

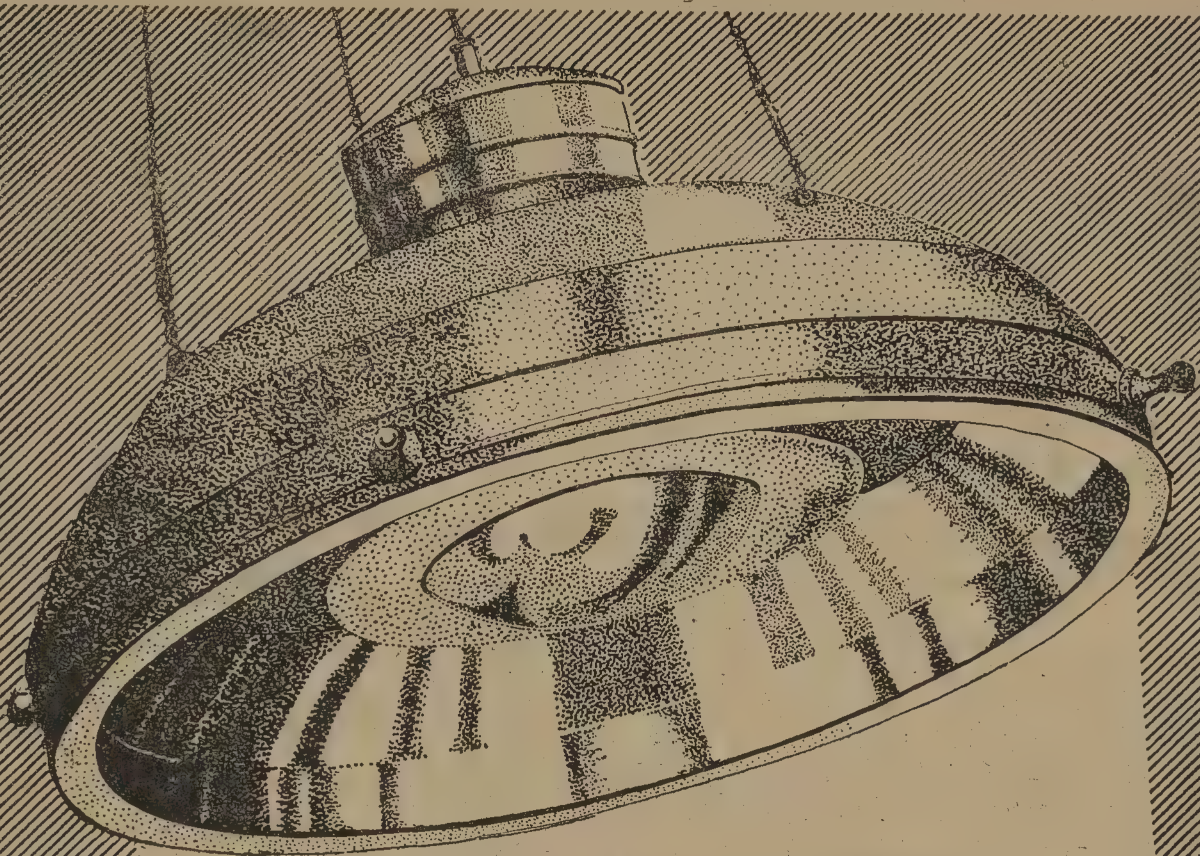
Inscriptions. — La cotisation pour les membres adhérents est de 25 fr.; pour les membres associés et les étudiants, elle est réduite à 15 fr.

Envoyer le montant des cotisations à M. le docteur Creyx, 10, rue Boudet, Bordeaux, chèques postaux 143.21, Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Contribution à l'exploration comparée des deux reins : 1° Rapport des constantes d'Ambard; 2° Rapport uréo-chlorurique, par le docteur HERTZEL BERAHA. — Montpellier 1926, Imprimerie l'Abeille.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Sont nommés pour une période de trois ans :

M. le docteur L. Thilliez, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie ; M. Cyrille Carrez, assesseur pour la pharmacie.

— M. le docteur Archer, chargé du laboratoire d'analyses bactériologiques et de l'enseignement de la bactériologie, est nommé professeur suppléant.

GUERRE. — Service de santé (armée active). — Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins capitaines et lieutenants ayant effectué un stage à l'Ecole d'application du Service de santé en 1927-1928 :

1. Andrieu, Henri, Ehrhart, d'Audibert Caille du Bourguet, Beck, Trial, Billiet, Joly, Morel, Coumel,

11. Iversenc, Lemaistre, Bailby, Rolin, Berty, Coudane, Sauvaget, Crosnier, Bourgeot, Duthu,

21. Juchum, Jacquot, Rouzaud (Gaston), de Molette de Morangies, Retat, Jaulmes, Rocquet, Icart, Jaubert, Gallouin,

31. Augrand, Poublan, Palaska, Agostini, Sadler, Demontes, Labarthe, Lombard, Rouquet, Cosserat,

41. Brissy, Veyssi, Reilinger, Garnier, Muffang, Bossard, Guillamet, Goas, Rouzaud (Pierre), Belot,

51. Créancier, Tardiu, Contal, Andrea, Villequez, Canel, Castan, Lenoble, Janand, Gatineau,

61. Fuchs, Bizien, Lambert, Vadella, Ducoureau, Dinichert, Dupouy, Dayries.

MARINE. — Par décret en date du 21 septembre 1928, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Durieux et Godillon.

— Par décision ministérielle en date du 21 septembre 1928, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1928 :

Candidats à quatre inscriptions : 1. Palinacci, Massal, Renon, Baquet, Gras, Bex, de Curton, Bellonne, Berthon, Filippi,

11. Merveille, Guilbert, Delanoue, Remy, Bugard, Michel, Allard, Magne, Pape, Lagardère,

21. Ollivier, Jouin, Quero, Rideau, Barbet, Veunac, Salou, Floch, Guillerm, Carre,

31. Riche, Le Gac, Couedic, Asselot, Arnault, Rouzaut, Laudet, David, Chiozza, Mavic,

41. Le Drezen, Tricottet, Escolle, Guionnet, Berre, Lemoine, Hervé, Gayrard, Devernoix, Gautron,

51. Cyssau, Helfft, Le Nistour, Bouillerce-Mirassou, Madilhac, Sigogneau, Fontalirant, Floch, Reynes, Mollaret,

61. Lartigau, Paravisini, Trinquier, Guiraud, Labontan, Estrade, Seigneur, Hericord, Mistrot, Junien-Lavillauroy,

71. Bourdin, Challier, Cueff, Couzigou, Moran, Doll, Aretas, Dupin, Gilbin, Rioux,

81. Thiroux, Teitgen, Giraud, Gourmelen, Lavialle, Denaclara, Piclet, Loudoux, Ethes, Porte,

91. Seite, Cabibel, Nicol, Bonavita, Lemasson, Ubertino, Brault, Guérin, Decloquement, Daniaud,

101. Bonnefous, Bonne, Le Reste, Fauconnier, Christoff, Miossec, Morin, Machelidon, Galaup, Direr,

111. Esplan, Helary, Merle, Ouary, Lutz, Viguier, Mons, Saint-Cyr, Milox, Piriou.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le lundi 22 octobre 1928 et se présenter, avant 11 h., au médecin général, directeur de l'Ecole, 145, cours de la Marne.

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministère de la Marine (direction centrale du Service de santé) sa démission d'élève accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteurs.

Au cas où des élèves ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, la présente insertion leur en tiendra lieu et leur servira pour l'établissement d'une feuille de route pour se rendre à Bordeaux.

HOMMAGE AU PROFESSECR G. LEMOINE. — Les élèves et les amis du professeur Lemoine désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection ont décidé de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa mise à la retraite et de sa nomination au titre de professeur honoraire.

Un comité s'est constitué sous la présidence du professeur Carrière pour rendre publiquement hommage au maître dont l'enseignement a illustré pendant de longues années la Faculté de médecine de Lille.

Prière d'adresser les souscriptions (minimum 50 fr.) au docteur Auguste, 5, boulevard Papin, à Lille. Compte postal Lille — 12.460.

Un avis ultérieur fera connaître aux intéressés la date de la cérémonie qui sera organisée pour la remise du souvenir au professeur Lemoine.

LE SERVICE DES INCINÉRATIONS. — M. Villette, médecin inspecteur du service de la vérification des décès à Paris, est désigné pour effectuer les constatations et dresser les certificats exigés par le décret réglementaire du 15 mars 1928, décret aux termes duquel les incinérations ne peuvent être autorisés que sur la production, entre autres pièces, d'un certificat délivré par un médecin assermenté constatant que la cause du décès est naturelle.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE [20, passage Dauphine, Paris (VIe)]. — L'Ecole de stomatologie a été créée, en 1909, par L. Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Elle a pour objet de donner un enseignement stomatologique complet :

1° Aux docteurs en médecine français et étrangers qui veulent se spécialiser en cette branche de la médecine;

2° Aux étudiants en médecine, à partir de leur cinquième année d'études et ayant au moins 16 inscriptions.

L'enseignement comprend : la clinique stomatologique, la technique et la pratique de l'odontologie, de la prothèse et de l'orthodontie.

Le programme est entièrement parcouru en dix-huit mois. Un dernier semestre de perfectionnement gratuit permet aux élèves de rester deux années à l'Ecole et d'entreprendre à leur gré des travaux de leur choix.

Le diplôme de l'Ecole est décerné aux élèves qui ont satisfait aux examens obligatoires de fin d'études.

Droits d'inscription : 2.500 fr.

Deux rentrées annuelles : une en décembre, l'autre en mai.

La prochaine rentrée aura lieu le lundi 3 décembre 1928.

Le nombre des places étant limité prière de s'inscrire le plus rapidement possible.

Pour tous renseignements, s'adresser tous les jours au secrétariat de l'Ecole ou tous les matins et sur rendez-vous au directeur, 20, passage Dauphine.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DES MÉDECINS DE RÉSERVE DE LA MARINE. — Le cours de perfectionnement des médecins de réserve de la marine, qui doit être ouvert à Bordeaux à partir du 1er octobre 1928, sera inauguré dans les premiers jours de novembre, à l'occasion de la célébration du cinquantenaire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie et des Journées médicales qui s'y rattachent.

L'assistance à ces conférences, dont le nombre prévu est de 9 pour la session d'octobre 1928 à avril 1929, permettra aux intéressés d'obtenir la carte de surclassement sur les voies ferrées. En outre, l'assistance à une conférence des Journées médicales bordelaises pourra tenir lieu de présence à une séance de cours spécial.

COURS DE REVISION D'UNE SEMAINE (22 au 27 octobre 1928) **SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE EN PATHOLOGIE INTERNE**, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 h. : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à midi : Démonstration pratique.

II. L'après-midi, à l'hôpital de la Charité, 3 h. à 4 h. : Démonstration pratique, service ou laboratoire du professeur Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques, amphithéâtre de la Clinique du professeur Sergent.

La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire à l'hôpital Tenon, auprès du docteur Blondel, assistant du docteur Lian, soit à l'avance par correspondance, soit le lundi matin 22 octobre à l'ouverture du cours.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

NOTES DE PRATIQUE

CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Se rappeler les préceptes de Huchard et Fiessinger :

« Le traitement rénal constitue la base fondamentale de la médication. Seulement, si l'on renforce la valeur diurétique de la théobromine par l'action cardiotonique de la digitaline à très faibles doses, les effets heureux seront bien plus marqués. »

Il convient donc de prescrire, cinq à dix jours de suite, deux cachets par jour de 0g50 de *Théosalvose digitalique.* On suspend quatre à cinq jours, pour reprendre ensuite cinq à dix jours.

Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose sparteinée.* Continuer plusieurs mois.



TRIADE D'HUTCHINSON

ET

TROUBLES ENDOCRINIENS[1]

PAR LES

Docteur A. CANGE et Docteur Renée ANTOINE

Professeur de clinique ophtalmologique — Chef de laboratoire

à la Faculté de médecine d'Alger.

II. On est, en effet, frappé, et dès la première lecture, de la présence, évidente dans notre observation, de deux grands symptômes appartenant à la classique triade d'Hutchinson. Celle-ci est constituée, on le sait, par trois éléments fondamentaux, inégalement fréquents et diversement associés : les altérations dentaires, la kératite interstitielle, la surdité labyrinthique. Des trois, le dernier est incontestablement le plus grave, mais heureusement le plus rare; si bien que, pour maintenir, quand la surdité vient à faire défaut, un trépied pathognomonique, certains auteurs ont songé à la remplacer par l'hydarthrose chronique des genoux qui, suivant la formule humoristique de Cantonnet, devient « le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson ». Il importe, en effet, de noter que l'hydarthrose peut se montrer chez des sujets présentant, au complet, la triade classique, accrue et transformée de ce fait en une tétrade symptomatique. D'autre part, il ne faudrait pas croire qu'il existe nécessairement entre l'hydarthrose et la surdité comme une sorte de suppléance régulière et constante. Non : l'hydarthrose peut coexister, soit avec la surdité en remplacement de la kératite, soit avec la kératite en l'absence de la surdité; elle peut même, notre observation en fait foi, se substituer aux altérations dentaires. Nous ne saurions, en tout cas, souscrire à l'opinion formulée par Cantonnet : « Si pour des raisons historiques, mais non scientifiques, écrit cet auteur, on voulait maintenir cette expression de triade d'Hutchinson, il faudrait en faire sortir le symptôme surdité pour y admettre l'hydarthrose bien plus fréquente qu'elle. La triade d'Hutchinson rénovée par les constatations de la clinique moderne se composerait donc : de la kératite interstitielle, des malformations dentaires spéciales et des hydarthroses. » Mais, la valeur d'un symptôme se mesure moins à sa fréquence qu'à sa qualité intrinsèque; même sa rareté, loin d'en restreindre la signification diagnostique, la renforce au contraire. A notre avis, l'on ne saurait attribuer une égale importance à la commune hydarthrose des genoux, bilatérale, chronique, indolente, curable, et sans caractères spécifiques et à la cataclysmique surdité profonde, galopante, absolue, incurable, et que tous ces attributs réunis rendent pathognomonique.

Nous ne reviendrons pas sur les altérations dentaires décrites parfaitement, et parfois avec un luxe troublant de détails, dans tous les Traités didactiques. Nous en avons résumé les caractères principaux au cours d'un précédent travail paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 14 août 1923. Nous avions tenu, alors, à les bien préciser parce que sous le nom de « dents d'Hutchinson » on a parfois englobé des altérations qui n'ont rien de caractéristique, et parce qu'aussi l'on a abusivement et inconsidérément étendu cette dénomination à des modifications les plus disparates et les plus étranges quant à leur nature, leur origine, leur aspect, leur siège dans telle ou telle variété des diverses formations dentaires. Rappelons donc, une fois de plus, que l'on doit réserver l'appellation de « dent d'Hutchinson » à un ensemble d'altérations atteignant symétriquement les incisives médianes supérieures de la seconde dentition qui sont courtes, en tournevis, obliquement convergentes et dont le bord libre présente une échancrure semi-lunaire, « régulièrement et presque gracieusement arciforme » (Fournier), taillée en biseau aux dépens de sa face antérieure, échancrure qui se continue par des angles arrondis avec les bords latéraux.

Dans notre observation, l'examen de la dentition n'a abouti qu'à des constatations d'importance secondaire, à savoir : la disparition facilement explicable de plusieurs molaires, les modifications banales liées au déchaussement et à l'inéluctable usure organique et aussi et surtout la présence d'incisives crénelées, imbriquées, implantées à l'étroit sur un arc maxillaire supérieur dont le rétrécissement était rendu plus apparent par la surélévation ogivale de la voûte palatine. On ne pouvait guère s'attendre, d'ailleurs, à rencontrer ici, chez un vieillard de cinquante-six ans, les altérations transitoires qui appartiennent à un syndrome de l'enfance ou de l'adolescence et qui résultent d'un trouble morbide de développement, que celui-ci affecte originellement l'os intermaxillaire, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, ou qu'il atteigne de préférence les germes dentaires eux-mêmes à leur période intragingivale.

Egalement significatifs, nous l'avons dit, sont les accidents labyrinthiques.

Or, il en a été des altérations de l'ouïe comme des altérations dentaires, et l'on a voulu rattacher à l'hérédo-syphilis des troubles de l'appareil de l'audition qui ne sont nullement pathognomoniques. C'est ainsi que l'on a indiqué, comme relevant de la syphilis héréditaire, une otite moyenne, uni ou bilatérale, le plus souvent précoce, à développement indolent et subit, à évolution silencieuse et apyrétique, s'accompagnant d'écouiement purulent par le conduit auditif externe, susceptible cependant d'aboutir à des destructions graves et irréparables de la caisse, des osselets et de la membrane du tympan. Mais ces divers caractères n'ont pas paru suffisants à certains cliniciens pour attribuer à cette otite moyenne un caractère spécifique; et lui refusant, avec raison, toute valeur diagnostique, ils l'ont considérée comme relevant de lésions, indifféremment banales ou virulentes, de la cavité naso-pharyngée.

Il en est autrement de la surdité labyrinthique qui,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 76, p. 1321.

seule, appartient en propre à la triade d'Hutchinson. D'apparition plus tardive, les lésions labyrinthiques, bilatérales, aboutissent rapidement, après un début insidieux et sans altérations objectives, à une surdité complète, absolue et définitive. Chez notre malade, elle était seulement à l'état d'ébauche lors de notre premier examen; depuis, alors que les lésions kératiques évoluaient vers une amélioration progressive, elle s'est affirmée et ses caractères se sont précisés de façon à ne laisser aucun doute sur leur nature et sur leur origine. C'est ce qui résulte clairement de l'examen approfondi et répété, pratiqué par notre collègue le professeur H. Aboulker qui nous a remis la note suivante :

Malade accusant spontanément une diminution extrêmement marquée de l'acuité auditive avec troubles vertigineux et acouphènes à timbre aigu (sifflements).

Examen local : O. D. G. Tympans normaux. Altération du labyrinthe cochléaire et signé par les constatations objectives suivantes : Weber non latéralisé. Rinne positif (audition aérienne au diapason nulle; audition osseuse au diapason presque abolie). Au monocorde de Stricycken : abaissement de la limite supérieure des sons.

Labyrinthite vestibulaire : O. D. G. Pas de Romberg. Pas de nystagmus spontané. L'épreuve de Babius, de Weill est négative, encore que le malade accuse spontanément une tendance à la latéropulsion gauche.

Inexcitabilité presque absolue du labyrinthe aux épreuves rotatoires, 24 tours, aucune réaction. Pas de trouble subjectif, pas de réaction de mouvement, pas de nystagmus. Vertige voltaïque : à 10 milliampères, tendance à la chute en arrière. L'épreuve d'Hennebert est positive.

Tels sont les renseignements que nous livrons à la méditation des otologistes; bornons-nous, pour l'instant, à retenir la conclusion impérative formulée par H. Aboulker : « Altération marquée des labyrinthes cochléaire et vestibulaire, symptomatique probablement de neuro-labyrinthite spécifique, en raison de la réaction positive du signe d'Hennebert. »

De toutes les manifestations de la syphilis héréditaire, il n'en est peut-être pas qui aient suscité autant de travaux que la kératite parenchymateuse; et, de tous les problèmes qu'a soulevés, à son tour, la kératite parenchymateuse, celui de sa nature a été et reste, de nos jours encore, le plus discuté et le plus passionnant.

Depuis l'époque, aujourd'hui lointaine (1861), de l'inoubliable mémoire d'Hutchinson, le rôle attribué à la syphilis héréditaire dans l'étiologie de cette affection, s'est considérablement accru. Entre les auteurs qui ne la découvraient que dans 5 ou 15 p. 100 des cas et ceux qui l'incriminaient toujours, il y eut place évidemment pour de nombreux observateurs apportant toute la gamme des proportions intermédiaires. Nous ne reviendrons pas sur ces statistiques que nous avons reproduites ailleurs; pourtant, une notion capitale se dégage de leur interprétation : les pourcentages établissant l'influence de la syphilis héréditaire se sont progressivement élevés à mesure que se faisaient plus serrées et plus sévères les enquêtes sur les personnes et sur leurs familles et que se perfectionnaient nos moyens d'investigation. Or, sur ce dernier point, les méthodes de laboratoire et notamment les recherches sérologiques nous ont apporté de précieux enseignements : elles ont souvent confirmé les résultats des recherches purement cliniques; elles ont, dans bien des cas, comblé les lacunes d'un interrogatoire demeuré stérile ou d'un examen somatique resté impuissant; elles ont également établi, et le fait doit être retenu, que de toutes les manifestations de la syphilis sur l'appareil de la vision la kératite parenchymateuse se plaçait au premier rang des affections oculaires à Bordet-Wassermann positif.

D'autre part, on s'était demandé de quelle façon la syphilis héréditaire intervenait dans la genèse de la kératite parenchymateuse; et, dès le début, s'étaient affrontées deux théories opposées qui, actuellement encore, conservent leurs partisans : l'une affirmant la nature virulente de la kératite, l'autre la considérant comme une manifestation de syphilis indirecte.

A l'appui de la nature virulente de la kératite parenchymateuse, des arguments sérieux ont été invoqués. Elle survient au même titre, en même temps et dans les mêmes conditions que d'autres manifestations luétiques indiscutablement virulentes. Elle est, quelques caractères secondaires mis à part, identique à la kératite parenchymateuse observée au cours de la syphilis acquise. Dans certains cas du moins, elle s'est montrée remarquablement docile au traitement spécifique. Enfin, bien avant la découverte du tréponème, de bons auteurs, Morax et Jeanselme notamment, avaient signalé l'étroite parenté clinique qui rapprochait les unes des autres : d'une part, les kératites parenchymateuses de la tuberculose et de la lèpre dues à l'action directe de leur microbe spécifique, et, d'autre part, la kératite parenchymateuse de l'hérédo-syphilis, maladie également inoculable et contagieuse; et, d'après eux, l'analogie devait être poursuivie jusque dans le domaine pathogénique.

La découverte du « tréponème pâle » par Schaudin et sa présence dûment constatée au sein du parenchyme cornéen malade (Igersheimer) n'ont cependant pas apporté au problème étiologique une solution décisive. De fait, il a été démontré : 1° que le tréponème peut, à la période septicémique de l'infection, se trouver en abondance au sein de la membrane transparente, indemne cependant de toute altération, et 2° qu'il reste indécelable dans la cornée pathologique et en pleine évolution morbide. Empressons-nous d'ajouter que l'on a judicieusement répondu à ces objections en faisant ressortir, avec raison, que la cornée infiltrée de spirochètes ne serait peut-être pas restée indéfiniment indemne, et que l'insuccès des recherches dans une cornée malade ne permet, ni de conclure à l'absence réelle et totale des parasites au moment même de l'examen, ni d'éliminer leur présence effective à une période moins avancée du processus. Greeff et Clausen ont en effet constaté, au cours de leurs recherches de laboratoire, que les spirochètes, abondants et facilement décelables dans les formes récentes de kératite interstitielle, disparaissaient ensuite à mesure que l'on s'éloignait davantage du début de l'affection parce qu'ils étaient sans doute détruits

par l'afflux leucocytaire. Une démonstration plus éloquente du rôle joué par le spirochète a été tiré du résultat positif des inoculations directes qui ont abouti à la reproduction, chez l'animal, de lésions cornéennes semblables à celles de la kératite parenchymateuse spontanée de l'homme. Fontana a même tenté et a réussi des inoculations en série dont le résultat positif s'est trouvé confirmé par la découverte des parasites dans les lésions cornéennes de seconde génération.

A la théorie parasitaire, il nous faut rattacher encore l'hypothèse toute récente de Kapuscinski d'après laquelle la kératite parenchymateuse serait liée à l'action du tréponème intervenant non plus sous son type classique, habituel, *spirillaire* mais sous une forme particulière répondant au stade *invisible* de son cycle évolutif. Et, à l'appui de son opinion, Kapuscinski invoque plusieurs arguments tels que : *a*. l'atrophie optique du tabes où l'on n'a jamais découvert le tréponème; *b*. les expériences de Clausen qui, par inoculation, à l'œil du lapin, de l'humeur aqueuse prélevée sur l'œil humain atteint de kératite parenchymateuse, a reproduit la maladie sans avoir jamais, ni avant ni après, rencontré le parasite; *c*. les recherches concluantes des auteurs français sur la forme invisible du bacille tuberculeux. Or, il faut bien reconnaître que les récentes découvertes de Levaditi sur le parasite de la syphilis sont de nature à faire sortir la conception de Kapuscinski du domaine de l'hypothèse.

Pourtant les résultats souvent négatifs des constatations microbiologiques directes, les insuccès fréquents des tentatives expérimentales, l'impuissance maintes fois constatée du traitement spécifique à juguler ou à entraver l'évolution de l'affection et à prévenir l'atteinte du second œil, avaient amené certains auteurs à douter d'une action directe du spirochète sur la cornée; ils avaient donc reporté plus en arrière la lésion originelle d'où dépendait l'éclosion de la kératite. On en rendit responsable les modifications de l'humeur aqueuse (Schultze), les altérations de l'endothélium postérieur (Leber, Karl Graver) se produisant sous l'action des microbes ou de leurs toxines. Les recherches expérimentales d'Okazaki (1920) vinrent d'ailleurs appuyer cette conception pathogénique. Ayant introduit, dans la chambre antérieure, des fragments de testicules de lapins syphilisés, cet auteur vit éclore, deux semaines à trois mois après l'inoculation, une kératite parenchymateuse rapidement améliorable par des bains de la cornée dans du sérum salvarsanique. Par ailleurs, on incrimina les altérations pariétales des artères ciliaires antérieures (Jakouleva, Wagenmann, Clausen). Puis, la kératite fut attribuée à un trouble nutritif ou à un processus dégénératif de son tissu propre, placés eux-mêmes sous la dépendance d'une « uvéite antérieure » attestée par plusieurs examens histopathologiques.

D'autre part, presque dès l'époque où l'attention venait d'être attirée sur elle, à la suite notamment des mémorables discussions de 1871, à la *Société de chirurgie de Paris*, la kératite parenchymateuse avait été attribuée à des causes plus profondes encore. Sous l'influence des idées développées par le professeur Fournier, elle fut rattachée à une « action dystrophiante » de la vérole héréditaire qui tenait également sous sa dépendance d'autres symptômes, tels que le retard ou l'insuffisance du développement général, la petitesse de la taille, l'infantilisme, les arrêts de développement partiel, les malformations dentaires, les hypoplasies testiculaires et ovariennes. Bref, la kératite devint un « trouble nutritif » banal, sans spécificité, que l'hérédo-syphilis n'était pas seule à pouvoir engendrer bien qu'elle en représentât cependant une de ses « expressions familiaires » (A. Fournier). En réalité, le problème se trouvait non pas résolu, mais reculé, car il devenait alors indispensable de rechercher la nature et l'origine de cette action dystrophiante que les travaux contemporains du professeur Hutinel, de Barthélémy, du professeur Audry et d'autres encore ont permis de rattacher, dans une large mesure, à des altérations spécifiques des organes endocriniens. Le problème des syndromes uni ou pluri-glandulaires envisagés dans leurs rapports avec la syphilis héréditaire a été l'objet, tout récemment, de la part de Babonneix, d'une étude générale publiée dans le fascicule d'avril 1927 des *Archives de médecine des enfants* auquel nous renvoyons le lecteur. Nous nous bornerons ici à envisager le point particulier qui constitue la troisième partie du programme que nous nous sommes tracé : les relations de la kératite parenchymateuse avec les endocrinides de la syphilis héréditaire (1).

III. La kératite parenchymateuse ne devait-elle pas, en effet, bénéficier de la conception nouvelle; autrement dit, les lésions spécifiques des glandes à sécrétion interne n'allaient-elles pas nous apporter une explication rationnelle de certaines particularités de son histoire que la thèse d'une agression directe par l'agent pathogène était impuissante à fournir? Telle est la pensée qui a inspiré notre premier mémoire dans lequel nous avons cherché, sans aucune prétention, — surtout de priorité — à rassembler et à classer les divers éléments qui nous semblaient de nature à étayer, du moins dans certains cas, la conception endocrinienne de la kératite d'Hutchinson.

---

(1) Igersheimer admet deux variétés de kératite parenchymateuse répondant chacune à une origine différente et dont la seconde s'inspire, pour une large part, des notions anaphylactiques.

1° La kératite des nouveau-nés et des enfants serait sous l'influence directe des tréponèmes, mais alors — et c'est déjà là une conception originale — elle serait due, non à leur action agressive, mais à leur destruction en masse. Cette théorie est en contradiction avec ce que nous savons du rôle des microbes dans la genèse des maladies : la maladie est attribuée à l'envahissement et à la prolifération de l'agent pathogène dont la thérapeutique poursuit la destruction. Il faudrait donc admettre que le tréponème obéit à des lois particulières, ce qui est controuvé. Les recherches expérimentales de Kapuscinski ont montré que, sous l'influence du radium, les tréponèmes disparaissaient parallèlement à l'éclaircissement de la cornée.

2° La seconde variété de kératite parenchymateuse reconnaîtrait une origine différente. Igersheimer prétend que le séjour prolongé du tréponème dans la cornée et son lent dépérissement ont entraîné des modifications anatomo-biologiques de son tissu qui se trouve sensibilisé et réagira aux antigènes élaborés dans des organes éloignés et déversés dans le sang circulant.

Au seuil de cette étude, une notion capitale devait être mise en relief : les altérations des glandes à sécrétion interne peuvent déjà, sur des sujets indemnes de toute tare luétique, héréditaire ou acquise, engendrer des infiltrations et des opacifications de la substance fondamentale de la cornée. En clinique, des faits de cette nature ont été rapportés par Treacher-Collins au cours du myxœdème, par Uthoff dans la maladie bronzée, par Desvaux, Kœnig, Bouchart à l'occasion de troubles utéro-ovariens; et, Cedercreutz, dans son article, dit avoir observé une kératite semblable sur une femme de vingt-trois ans atteinte de prurigo de Besnier. La confirmation en avait été d'ailleurs fournie par la méthode expérimentale après extirpation de la thyroïde (Gley et Rochon-Duvignaud) et du pancréas (Gley et Terson). Assurément, ces altérations, un peu particulières, observées cliniquement et obtenues expérimentalement, ne pouvaient prétendre à une reproduction exacte de la physionomie et de l'évolution de la kératite parenchymateuse véritable, puisqu'elles survenaient au cours de maladies endocriniennes nettement définies, rattachées alors à l'altération d'un organe déterminé, et puisque, d'autre part, l'exérèse expérimentale ne pouvait agir suivant un mécanisme identique à celui des processus toxi-infectieux.

Mais, à cette donnée fondamentale est venu s'ajouter la notion beaucoup plus importante que voici : chez des sujets entachés, cette fois, de syphilis héréditaire, dont ils présentaient d'ailleurs des manifestations indéniables, on a noté la coexistence de la kératite parenchymateuse et de troubles endocriniens. Nous en avons apporté des exemples démonstratifs :

Obs. de Grandclément : jeune fille de dix-sept ans hérédo-spécifique, dents d'Hutchinson, kératite parenchymateuse, accidents de myxœdème. — Obs. de Davidson : jeunes filles de quinze et seize ans hérédo-syphilitiques, surdité, kératite interstitielle, troubles de la fonction ovarienne. — Obs. de Puech : fillettes de quatorze et seize ans atteintes de syphilis héréditaire, kératite Hutchinsonnienne associée à des troubles endocriniens divers : insommie, cauchemars, somnambulisme chez la première; vertiges, céphalée, somnolence chez la seconde. — Obs. de Trantas : femme hérédo-syphilitique dont les atteintes de kératite parenchymateuse furent liées au développement de deux grossesses. — Obs. de Babonneix et Paisseau : garçonnet de treize ans hérédo-syphilitique, altérations dentaires, hyperostoses tibiales, manifestations endocriniennes pluri-glandulaires (acromégalie fruste avec cyanose, précocité génitale, déficience intellectuelle). — Obs. personnelle : jeune fille de quatorze ans hérédo-syphilitique, kératite interstitielle, mains hypogénitales et signes d'insuffisance hypophysaire. — 2e Obs. personnelle : fillette de onze ans, hérédo-syphilis, dystrophies dentaires, altérations osseuses, kératite d'Hutchinson « mains hypogénitales » signes manifestes d'hypothyroïdisme. — 3e Obs. personnelle : (c'est le cas rapporté plus haut), homme de cinquante-six ans, hérédo-syphilitique, Bordet-Wassermann positif, hydarthrose des deux genoux, surdité labyrinthique, kératite interstitielle, syndrome évident d'insuffisance pluri-glandulaire. Nous pourrions citer également deux autres observations personnelles, encore inédites, dans lesquelles la kératite parenchymateuse, associée à d'autres manifestations hérédo-spécifiques, s'accompagnait d'hypertrophie thyroïdienne légère dans un cas (cou de biche), prononcée dans l'autre (goître avec hyperthyroïdisme).

Ici, trouvent également leur place les enseignements tirés des recherches sérologiques et cliniques de Enroth que nous allons citer d'après la traduction textuelle du professeur Cedercreutz : « A mon avis, écrit cet auteur, Enroth apporte des arguments décisifs en faveur de l'origine endocrinienne de la kératite interstitielle. Il a, en effet, exécuté des épreuves sérologiques au moyen de la méthode de dialyse d'Abderhalden et effectué des essais de ferments protéolytiques vis-à-vis de certaines glandes à sécrétion interne. Sur les 15 malades examinés, il a eu 10 cas de réactions d'Abderhalden positives. Sur ces 10 cas, quatre seulement ne réagissaient qu'à un organe, trois à deux organes, trois à trois organes. Le plus grand nombre des réactions positives concernait le thymus et la thyroïde (6 fois), ensuite venaient les testicules et les ovaires (2 réactions), enfin l'hypophyse, la rate et les surrénales avec chacune une réaction positive. Dans les six cas positifs indiquant une viciation thyroïdienne, il n'y en a que deux seulement dans lesquels la thyroïde seule réagissait. Dans ceux des cas où la thyroïde réagissait mais d'autres glandes également, parmi celles-ci on trouve toujours le thymus. En général, les réactions obtenues cadrent bien avec le tableau clinique. C'est ainsi que dans tous les cas positifs pour la thyroïde, le corps thyroïde était hypertrophié et que dans les cas où la réaction décelait des viciations sexuelles, on pouvait cliniquement mettre en évidence une hypoplasie du tractus génital ».

Il y a plus, et certains éléments, que nous allons envisager maintenant, sont venus consacrer la subordination de la kératite parenchymateuse aux altérations endocriniennes. On serait en effet fondé à prétendre que, dans les faits ci-dessus relatés, il s'agissait tout simplement de coïncidences : des hérédo-spécifiques atteints de kératite parenchymateuse pouvant présenter des accidents de nature endocrinienne au même titre que d'autres manifestations luétiques, et sans que celle-là soit nécessairement sous la dépendance de ceux-ci. Donc, il importait d'établir que l'affection cornéenne, du moins dans certains cas, a été déclanchée, conditionnée, influencée par les troubles des glandes à sécrétion interne. Desvaux, Koenig et surtout Bouchart ont montré qu'en dehors de toute spécificité, il existait une corrélation certaine, un parallélisme évident entre les troubles de la fonction menstruelle et l'apparition et l'évolution de certaines infiltrations kératiques. On a bien objecté, que les lésions observées dans ces conditions n'étaient pas tout à fait semblables à la kératite interstitielle, mais loin de nuire à la thèse que nous soutenons, cette objection la sert au contraire car elle montre bien l'influence du facteur luétique imprimant aux lésions qu'il engendre son cachet personnel.

Que se passe-t-il donc quand la syphilis entre en jeu? Davidson envisageant autrefois les facteurs susceptibles d'influer sur l'apparition de la kératite hérédo-syphilitique avait insisté sur la circonstance du sexe qui « jointe à celle d'âge spécial mène naturellement à la question de savoir si le développement des organes génitaux ne joue pas ici un rôle important ». Chez une hérédo-syphilitique présentant, en même temps que les dents d'Hutchinson, une kératite interstitielle, Dunn a noté, coïncidant avec l'apparition de la première menstruation, l'arrêt complet et définitif de la résorption des infiltrations kératiques. Rappelons encore cette éloquente observation de Trantas : une jeune femme, entachée de vérole héréditaire, avait perdu un œil à la suite d'une kératite parenchymateuse dont la gravité avait paru si intimement liée à l'évolution d'une grossesse qu'il avait déconseillé une nouvelle fécondation qui cependant se réalisa. Sous l'influence de ce nouvel état, survint une poussée de kératite parenchymateuse particulièrement grave atteignant l'œil restant. Devant l'impuissance de tous les traitements mis en œuvre, on décida de recourir à un avortement provoqué dont le résultat fut la rétrocession immédiate des accidents oculaires. Dans le fait récemment publié par Gasteiger (1925) une canitie précoce des cils marqua chez un enfant de neuf ans l'éclosion de la kératite interstitielle. Aux dires des parents, des faisceaux de cils localisés aux deux paupières supérieures avaient subitement blanchi au début de l'affection oculaire. Par un contraste frappant, les cheveux étaient demeurés complètement indemnes comme si la diathèse avait voulu marquer d'un signe superficiel, de nature manifestement endocrinienne, l'origine des lésions oculaires sous-jacentes.

A ces constatations cliniques d'une importance considérable et dont quelques-unes offrent même la valeur de démonstrations expérimentales, nous pouvons ajouter encore un argument tiré des observations suivantes faites par Stahli. Rassemblant tous les cas de kératite parenchymateuse recueillis pendant trente années consécutives à la Clinique universitaire de Zurich, Stahli a noté que leur échelonnement était loin d'être régulier et uniforme et qu'ils s'étaient présentés surtout à deux périodes de l'existence : de six à huit ans d'abord, puis un peu plus tard au moment de la puberté, c'est-à-dire de onze à quatorze ans chez les filles et de treize à seize ans chez les garçons. Or, ces périodes coïncident précisément d'une part, avec l'involution du thymus et d'autre part avec l'hyperfonctionnement des glandes à sécrétion interne, de la thyroïde et des glandes génitales notamment. « Enroth, écrivait le professeur Cedercreutz, comme Cange et Antoine, ont cité les données de Stahli, mais ces derniers en ont tiré des conclusions plus avancées que le premier ». L'observation que nous rapportons aujourd'hui montre qu'elles n'avaient rien d'osées, car elle leur apporte précisément une éclatante confirmation.

On citait comme des curiosités pathologiques les cas de kératite parenchymateuse à éclosion retardée, survenant chez des sujets approchant de la quarantaine; on n'avait pas encore signalé, à notre connaissance du moins, l'apparition de cette affection chez *un hérédo-syphilitique de cinquante-six ans et conjointement avec la surdité labyrinthique et les arthropathies des genoux,* c'est-à-dire avec d'autres éléments de la triade d'Hutchinson. Mais, cette observation comporte encore un autre enseignement. Tandis que la kératite parenchymateuse, ainsi que nous venons de l'indiquer, choisit en général pour se manifester l'époque de la puberté et de la forte poussée de croissance, elle a, dans notre cas particulier, attendu pour se montrer la période d'involution sénile, attestant ainsi, à l'autre extrémité de la vie, les étroites connexions qui relient l'éclosion de la kératite hutchinsonnienne aux modifications des glandes à sécrétion interne. Sans vouloir revenir sur les documents du passé, ne serait-il pas intéressant de rechercher, dans l'avenir, les conditions dans lesquelles surviennent ces kératites parenchymateuses soi-disant tardives, et notamment si leur éclosion ne coïncide pas, justement, avec une vieillesse prématurée ou un « retour d'âge » anticipé.

Un nouvel argument, dont nous avions signalé également l'importance, est tiré des essais thérapeutiques de Cedercreutz et surtout d'Enroth. En présence de l'impuissance, avérée dans bien des cas, du traitement spécifique, nous avions formulé l'espoir de voir établie la notion de l'efficacité de la médication opothérapique confirmant la thèse endocrinienne de la kératite parenchymateuse. A défaut de recherches personnelles que les circonstances ne nous ont pas encore permis d'entreprendre, nous invoquerons ici les résultats obtenus par les deux auteurs précités et dont la relation est textuellement empruntée au travail de Cedercreutz : « Depuis plusieurs années, j'ai appliqué avec une grande utilité — mais pas toujours avec succès — aux nombreux cas de kératite parenchymateuse qui m'étaient présentés une thérapeutique analogue (l'opothérapie), combinée il est vrai avec une cure antispécifique; et mon collègue Enroth m'a affirmé qu'à la clinique ophtalmologique universitaire, cette méthode avait été utilisée *avec d'excellents résultats*. A côté d'un traitement au néosalvarsan, au mercure ou aux sels de bismuth, j'ai soumis mes malades à un traitement thyroïdien prolongé et, par ce traitement, les kératites se sont guéries *plus rapidement et plus complètement qu'à l'ordinaire*. Dans un de mes cas, où il n'y avait qu'une kératite unilatérale, l'autre œil, à l'inverse de ce qui se produit d'habitude, a été épargné, ce qui évidemment ne peut être rapporté avec certitude au traitement thyroïdien. L'observation remonte à quatre ans ». Et l'auteur conclut en recommandant d'employer, plus fréquemment qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en la combinant au traitement spécifique, l'organothérapie à base de préparations thyroïdiennes d'abord et aussi d'extraits de glandes sexuelles.

Dans un travail sur la *Pathogénie de la kératite interstitielle* paru cette année même, le professeur Kapuscinski de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Poznan (Pologne) formulait l'appréciation suivante : « Les théories qui recherchent dans les changements de l'organisme les causes de l'altération de la cornée sont privées de réalité. Je veux parler des publications des auteurs français Cange et

Antoine qui, concédant à la syphilis héréditaire le rôle principal, considèrent les troubles des fonctions des glandes endocrines comme les facteurs définitifs de l'inflammation de la cornée » (1). Cela, c'est de l'affirmation pure ; mais après le présent mémoire, le troisième que nous ayons consacré à cette question et dans lequel nous avons apporté, avec une nouvelle et probante observation personnelle, les résultats des investigations d'autres auteurs et particulièrement celles du professeur Cedercreutz, il nous paraît infondé de prétendre encore que « ces théories sont trop insaisissables pour qu'elles puissent devenir la base d'une discussion ».

FIÈVRE TYPHOIDE ET APPENDICITE

Par Ch. LEFEBVRE

(Travail de la Clinique médicale du Professeur Mériel, Toulouse).

Dans les cas habituels, à caractères cliniques classiques, il est relativement aisé de différencier une appendicite aiguë, d'une fièvre typhoïde. Le tableau que donnent Bérard et Vignard dans leur livre sur l'appendicite résume très clairement ces différences qui consistent pour l'appendicite, en un début plus aigu, à une douleur vite localisée au point appendiculaire, en une contracture et une hypéresthésie plus rapides et plus nettes, et plus tard en l'absence de grosse rate, de taches rosées et de réactions biologiques de la typhoïde. Mais il n'en est pas de même dans tous les cas et l'observation suivante en est l'illustration.

Il s'agissait d'un jeune enfant de huit ans pris brusquement dans la matinée de phénomènes abdominaux et généraux graves et auprès duquel je suis appelé au milieu de la nuit suivante. J'ai sous les yeux un enfant de bonne constitution apparente, immobile dans son lit, au facies exprimant une vive souffrance et à l'allure fébricitante. Les accidents ont franchement débuté le matin même par une grande douleur dans le ventre, un peu calmée au moment de mon examen, soit spontanément ou plutôt par une piqûre de morphine; l'enfant a vomi et sa température est à 40 degrés. Les jours précédents son entrain était à peu près conservé, mais il avait eu un peu de diarrhée.

A l'examen, son ventre est modérément ballonné, immobile dans les mouvements respiratoires, surtout à droite. A la palpation, une défense musculaire existe surtout à droite, dans la région appendiculaire, mais cette défense n'est certes pas la contracture à laquelle on aurait pu s'attendre. Il n'y a pas non plus une hypéresthésie accentuée. Mais dans la profondeur, après dépression progressive et attentive, les doigts explorateurs découvrent une tuméfaction très douloureuse, à la place habituelle de l'appendice; cette tuméfaction simule à s'y méprendre une réaction péri-appendiculaire typique, que j'estimais assez postérieure, vu le degré relatif de contracture de la paroi abdominale.

L'ensemble de ces caractères me fit confirmer le diagnostic d'appendice aiguë au début et conseiller l'intervention d'urgence, comme il sied aux appendicites aiguës.

Les préparatifs effectués et le jeune malade endormi à l'éther (Ombrédanne), une laparatomie latérale conduit sur la masse trouvée à la palpation. Cette masse est plaquée contre la paroi postérieure de la région lombo-iliaque, dans l'angle formé par le bord interne du cæcum et le bord supérieur de la fin de l'iléon; elle est irrégulière, grisâtre, dure; ce sont des ganglions juxtaposés en inflammation. Le cæcum soulevé montre un appendice sous et légèrement rétrocæcal, et plus vascularisé que d'habitude. La fin de l'iléon se trouve aussi pourvue d'une circulation à caractère inflammatoire. L'appendice fut enlevé très aisément et l'intervention rapidement terminée, la masse ganglionnaire étant, bien entendu, entièrement respectée. La conclusion opératoire fut la curiosité même de cette réaction ganglionnaire qui pouvait tout aussi bien dépendre d'une infection appendiculaire et ayant pris le pas sur elle, en importance physique.

Mais tout n'était pas fini. Au point de vue opératoire local, tout alla pour le mieux, mais la température restait à 40 degrés, 40°5. Soucieux de cet état de choses et pensant soit à une bacillose aiguë ou plutôt à une typhoïde, je demandais confirmation à un confrère compétent auquel l'examen clinique et de laboratoire permit de porter le diagnostic de typhoïde.

Cette affection suivit son cours d'une manière normale quoique sévère; l'enfant guérit parfaitement, sans que l'intervention ait paru influer en quoi que ce soit sur l'évolution de l'infection.

L'appendice ouvert après son exérèse, montra une muqueuse légèrement hypérémiée, mais sans ulcérations ou tuméfaction quelconque.

Ainsi donc se clôt, heureusement toutefois, une erreur de diagnostic. Cette erreur était-elle évitable? Je ne le crois pas. Cela pour la raison que la simulation était complète, sauf un degré moindre de contracture musculaire et ainsi une certaine discordance entre les phénomènes généraux graves et les phénomènes locaux qui, malgré tout, semblaient moins violents qu'ils auraient dû l'être, offrant les caractères plutôt d'une réaction péritonéale que d'une péritonite locale.

N'est-il tout de même pas possible, au moins en théorie de différencier les deux affections? — Je pense que la plupart du temps la chose est faisable. — Mais la condition essentielle est d'y penser et au moindre doute rechercher les signes de la typhoïde dans toute appendicite paraissant un peu anormale.

Un fait vient évidemment un peu gêner le clinicien : c'est l'indication d'opérer d'urgence toute appendicite au début; or à ce moment il n'est guère possible, en quelques instants, de prouver la typhoïde par une des réactions de laboratoires habituelles qui ne sont souvent probantes qu'après quelques jours. Ce ne peut être donc que sur des variations de signes que l'on peut se baser pour avoir des précisions; dans ce cas tout chirurgien digne de ce nom est susceptible tout de même de surveiller le malade et d'intervenir au moindre signe d'aggravation *locale* des lésions; ce laps de temps permettra le plus souvent d'attendre l'éclosion des symptômes de la typhoïde; par exemple grosse rate, taches rosées et la positivité des réactions biologiques.

Un autre fait vient accentuer l'importance des cas de ce genre : il peut s'agir d'une typhoïde authentique, les manifestations appendiculaires étant en rapport de cause à effet avec l'infection éberthienne. Ceci m'amène à reprendre l'exposé des relations qui peuvent exister entre la fièvre typhoïde et l'appendicite.

Déjà Lejars, avait classé les diverses modalités de

(1) Kapuscinski. Contribution sur la pathogénie de la kératite interstitielle, *Mémorial de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Zagreb*, 1928, Godina 50, Broj. 2.

ces relations que rapportent Bérard et Vignard et voici ce qu'écrivent ces derniers.

« *a*. Tantôt on croit à une appendicite et il s'agit de fièvre typhoïde;

b. Tantôt on croit à une fièvre typhoïde et c'est une appendicite;

c. Tantôt enfin la fièvre typhoïde et l'appendicite existent simultanément, mais la prédominance de tels ou tels symptômes fait croire à l'une ou à l'autre seulement de ces maladies ». (Bérard et Vignard, *loc. cit.*, p. 524).

Cette classification est assez imprécise, car elle est soumise à un coefficient subjectif variable évidemment avec chaque clinicien. Il y a, à mon avis, tout lieu de lui préférer une classification basée sur les types de lésions, une classification anatomo-pathologique. Voici celle que je propose.

1° Lésions typhiques non localisées à l'appendice, mais occupant le segment iléo-cæcal.

2° Lésions d'origine typhiques, localisées sur un point intestinal ou sur les ganglions iléo-cæcaux, mais non sur l'appendice.

3° Lésions d'origine typhiques localisées à l'appendice (appendiculo-typhus de Dieulafoy).

4° Lésions de nature banale, localisées à l'appendice, en rapport secondaire, avec la typhoïde (appendicites paratyphiques de Dieulafoy).

Dans la première série de faits, il s'agit d'une typhoïde à localisation habituelle qui ne manque pas de se traduire par des signes cliniques classiques et dont la différenciation est rapidement aisée d'avec une appendicite aux signes péritonéaux typiques. Ces cas-là s'ils prêtent à hésitation pendant quelques heures deviennent très vite assez net pour emporter le diagnostic exact.

La seconde série de faits est celle qui offre certainement au clinicien des problèmes toujours difficiles sinon parfois impossibles à résoudre. L'observation que je rapporte en est l'illustration. Localement les signes sont en majorité pour une localisation appendiculaire et l'intervention montre que les lésions manifestement localisées, ne le sont pas à l'appendice. Et le cas n'est pas spécial à la typhoïde; la tuberculose isolée des ganglions de la région iléo-cæcale a pu simuler l'appendicite jusqu'à l'intervention y comprise [Bagg (1)]. Je crois qu'une seule différence permet d'avoir des doutes sur l'appendicite, c'est la défense musculaire et l'hyperesthésie souvent si nettes dans l'appendicite, mais minime ou moins importante dans la typhoïde ou la tuberculose.

Quant aux troisième et quatrième séries de faits, s'il y a erreur, ce ne peut être une erreur anatomique, mais seulement un défaut d'attribution étio-pathogénique. L'appendice, tapis véritable de tissu lymphoïde, peut tout aussi bien donner asile électif ou primordial au bacille d'Eberth; le propre de ces appendicites éberthiennes est d'être particulièrement grave et de se compliquer assez souvent de perforation. Que si donc, le chirurgien opère d'urgence ces cas, il aura rempli son premier devoir, tout comme dans toutes les autres formes bactériennes de l'appendicite. La même argumentation vaut aussi pour les faits de la quatrième série qui sont des appendicites à microbes habituels trouvant dans les altérations locales produites par la typhoïde un lit tout prêt à les recevoir.

Ainsi donc se trouvent éclaircis les rapports entre la typhoïde et l'appendicite. Que le chirurgien conserve de cet exposé la notion que certains cas sont particulièrement ardus à résoudre, vu l'urgence qui règne souvent dans ces cas, mais qu'il n'aille pas jusqu'à des sentiments de désespoir pour un cas opéré inutilement, alors que tout concordait pour armer sa main. Une chose lui permet de rester calme et serein, c'est le peu de gravité habituelle des appendicectomies pratiquées au début chez des typhiques, au moins ceux appartenant à la seconde série, ce que confirme la plupart des observations publiées et celle que je rapporte moi-même.

(1) Bagg. Sur la tuberculose des ganglions mésentériques simulant l'appendicite. *Bruns' Bectræge rur Klin. Chir.*, n° 1, 1927.

QUELQUES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Bérard et Vignard. *L'Appendicite.*

Ferrari. Deux cas de perforation appendiculaire et intestinale au cours d'une typhoïde et d'une paratyphoïde à para C, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, Paris 1925, t. L, p. 1007-1012.

François, L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde, *Th. de Paris*, 1903-1904, in-8, n° 444, 96 pages.

Palieri. Un raro caso di cisti appendicolare posttifica, *Riv. di chir.*, Coma 1924, t. III, p. 89-91.

Parsons. Appendicitis due to bacillus typhosus, *New-Orleans med. et surg. Journ.*, juin 1927, t. LXXIX, p. 893-896.

Saint-Jacques. De l'appendicite hypertoxique évoluant sous le masque d'entérite infectieuse, *Union méd. du Canada*, Montréal 1925, t. LIV, p. 147-152.

Weill-Hallé et Benda. Fièvre typhoïde à début de pseudo-appendicite et évolution atypique, *Semaine des hôpit. de Paris*, 1925, t. I, p. 129-133.

PRATIQUE MÉDICALE

ESSAI DE BLANCHIMENT DES PSORIASIQUES PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ ARSENICAL ASSOCIÉ EN CURE INTRAVEINEUSE A L'OXIDIETHYLO-DICARBOXY-DIIMINO-ISOBUTYRATE DE BISMUTH.

Dans une communication faite à la séance du 10 novembre 1927 de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (Bulletin n° 8, novembre 1927), MM. Debucquet, Jausion et Pecker, après avoir analysé les essais négatifs antérieurs de l'un d'entre eux (Jausion) dans la cure des psoriasiques présentent un composé arsenical nouveau, qu'ils ont associé à un sel soluble de bismuth (association présentée sous le nom de Psothanol). C'est le composé arsenical sédatif neuro-végétatif de Debucquet, qui paraît donner au produit en cause sa vraie physionomie thérapeutique, car avec la dose de 5 centigrammes administrée chez l'homme en injections intraveineuses, nulle réactivation des lésions n'a été observée sur des psoriasis même aigus, généralisés et rebelles.

En revanche, 15 malades ont été blanchis par le mélange arseno-bismuthique endo-veineux. Pour certains, de longues années de cures antérieures (quatorze ans, six ans, etc.), par les produits les plus divers étaient demeurés sans résultat analogue.

Mais les succès sont trop frais et trop peu nombreux pour que les auteurs aient l'imprudence de présenter la méthode,

jusqu'ici d'action constante, comme un procédé infaillible ; viendront sans doute des échecs, mais le médicament n'en garde pas moins un intérêt de premier plan. G. H.

LIVRES NOUVEAUX

Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire. Etude histologique, biologique, clinique et chirurgicale (1), par Vittorio PETTINARI.

La greffe ovarienne est celle qui a reçu parmi les greffes des glandes endocrines l'application la plus large à la thérapeutique humaine, cependant il n'existe aucun travail d'ensemble sur le sujet. Ce livre vient de combler cette lacune en étudiant l'histologie et la physiologie de l'ovaire en tant que glande endocrine.

Après un aperçu historique, l'auteur étudie, dans la première partie, l'histologie normale de l'ovaire, il expose en détail la technique et les résultats de ses expériences qui ont porté sur plus de 350 animaux, examine les facteurs qui agissent sur la prise de la greffe, suit soigneusement les modificati ns histologiques des greffons et leur action sur le receveur.

Dans la deuxième partie après avoir exposé les applications humaines de la greffe et avoir cité les cas cliniques intéressants l'auteur étudie en détail le rôle de l'ovaire glande endocrine, dans la physiologie et dans la pathologie de la femme. Un chapitre entier est dédié à l'étude de la vieillesse et au problème de la greffe revitalisante; un autre à l'exposition très détaillée et à la discussion des indications et des contre-indications à l'implantation ovarienne.

Les techniques opératoires, que tout chirurgien doit connaître sont clairement exposées ainsi que celle très détaillée de l'implantation du singe à la femme.

La lecture de ce travail permet donc au lecteur de se faire une idée exacte des cas dans lesquels la greffe est indiquée, des résultats que l'on peut en attendre et de la technique opératoire qu'il faut choisir, afin d'avoir les meilleurs résultats.

L. G.

Comment consulter? (2), deuxième édition revue et complétée, par M. Léon SCHEKTER.

Voici un livre original et fort intéressant. L'auteur a réussi à écrire un Manuel du consultant qui rendra de réels services aux malades et aux médecins.

Que de fois le malade, en quittant le médecin, ne se rend-il pas compte qu'il a oublié de lui donner des renseignements importants.

Pour guérir, le patient doit aider son docteur.

Comment consulter? apprend au malade à présenter au médecin un tableau complet, clair, méthodique et réfléchi des troubles ressentis.

Bien qu'il soit rédigé à l'intention du public, ce livre sera lu avec fruit par les étudiants et les jeunes praticiens.

L. G.

Etudes radio-cliniques sur l'appareil digestif. Déséquilibre du ventre et appendicite chronique (3), par le docteur Albert FRAIKIN.

Le très regretté professeur Arnozan, en présentant ce livre, rappelle dans la préface les nombreux travaux du docteur Fraikin qui, à la suite de Frantz Glénard, a étudié depuis si longtemps le déséquilibre du ventre et les névropathies consécutives.

Ce sont ces travaux que M. Fraikin a condensés dans ce nouveau livre. On y trouvera des renseignements précieux sur ces questions si complexes. M. Fraikin fait une longue étude du déséquilibre abdominal et de ses rapports avec l'appendicite chronique. Il étudie ces redoutables « épines irritatives abdominales », en établit le traitement et consacre enfin un important chapitre au traitement des états douloureux du ventre par la diathermie. L. G.

(1) Un volume in-8 de 494 pages, avec 181 figures dans le texte. — Prix : 70 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(2) Un volume in-8 de 176 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(3) In-8 avec figures. — Prix : 14 fr. — Paris, N. Maloine.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Le XXXVIIe Congrès français de chirurgie se tiendra, à Paris, Faculté de médecine, du lundi 8 au samedi 13 octobre prochain.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès :

Rachianesthésie : état actuel de la question. — Rapporteurs : professeur Forgue (de Montpellier); professeur agrégé Basset (de Paris).

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. — Rapporteurs : MM. Delore (de Lyon); Okinczyc (de Paris).

Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques. — Rapporteurs : MM. Alajouanine (de Paris); Maisonnet (Val-de-Grâce) et Petit-Dutaillis.

Des salles particulières seront mises à la disposition des membres de l'association pour l'exposition de documents divers, pièces anatomiques, photographies relatifs aux communications ou à la discussion des questions à l'ordre du jour.

Une séance de démonstration par film aura lieu dans le grand amphithéâtre.

Les demandes de parcours à demi-tarif, les cotisations (75 fr.) doivent être envoyées à M. J. Mouly, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (6e). Compte chèques-postaux : Paris 1102-42.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 20 octobre, sous la présidence du docteur Bourgeois (de Paris).

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour :

La paralysie faciale périphérique en otologie. — Rapporteurs : MM. Sargnon et Bertein.

Physiologie de l'audition. — Rapporteur : M. Bonain.

Pour renseignements, s'adresser au docteur Liébault, 9, rue des Saussaies, Paris (8e).

LE XVe CONGRÈS D'HYGIÈNE. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène qui se tiendra à Paris dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les 23, 24 et 25 octobre prochain, sous la présidence de M. J. Brisac, préfet honoraire, directeur de l'Office national d'hygiène sociale, président de la Société pour 1928.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (15e).

Xe CONGRÈS NATIONAL DE LA NATALITÉ. — Le Xe Congrès national de la natalité et des familles nombreuses, organisé par la Chambre de commerce de Reims et le Comité permanent de la natalité, sous le patronage du Président de la République, se tiendra à Reims, du 28 au 30 septembre courant.

Le Congrès qui comportera six séances de travail, entendra des rapports sur le fonctionnement des offices d'habitations à bon marché par M. G. Risler, président de l'Union des sociétés de crédit immobilier de France et des colonies; les modifications à apporter à la loi sur les assurances sociales, par M. F. Boverat, membre du Conseil supérieur de la natalité;

le logement des familles nombreuses, par M. G. Charbonneaux, président des Foyers réunis; les modifications à la loi successorale, par M. L. Duval-Arnould, député de la Seine; l'insuffisance de l'aide à la famille, par M. Delachenal, ancien député.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE. — Ce Congrès se tiendra à Paris, en octobre prochain, au Palais-Royal dans les locaux mis à sa disposition par l'Institut de coopération intellectuelle de la Société des Nations.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

La gangrène pulmonaire, c'est la mortification et la putréfaction d'une partie du parenchyme pulmonaire. sous le coup d'une infection où les microbes anaérobies jouent le rôle prépondérant. Ses aspects cliniques sont variables; et à côté de la forme classique, pneumonique aiguë, décrite par Bucquoy, les travaux modernes ont insisté :

Sur la fréquence des formes à évolution prolongée, subaiguës et à rechutes,

Sur la fréquence des formes secondaires,

Sur la diversité des agents pathogènes en cause et la fréquence des spirilles;

Ils ont enfin cherché à preciser dans son traitement certaines indications thérapeutiques particulières.

I. **Le début de la forme pneumonique** est généralement brutal :

Point de côté intense,
Dyspnée,
Température à 39-40 degrés.

Parfois il est moins violent, mais toujours très rapide :

Malaise général,
Frissonnements,
Point de côté.

Cette forme évolue en deux phases successives :

Une première, de *début* ou de *gangrène fermée*, où le diagnostic est pratiquement impossible,

Une deuxième, d'*état* ou de *gangrène ouverte*, après l'apparition de l'expectoration fétide caractéristique.

Dans sa première période, après le début brutal, les signes fonctionnels persistent très marquée :

Le point de côté reste très violent, imposant parfois la morphine,

Il est exagéré par une toux quinteuse, extrêmement pénible, sèche, ou ne ramenant qu'une expectoration banale, gommeuse, blanchâtre.

La dyspnée est vive,
La température reste élevée à 39-40 degrés,
Le pouls est petit, rapide,
Le facies pâle, plombé, terreux,
La langue sèche,
La prostration très marquée.

Et il existe un contraste frappant entre l'intensité de ces signes fonctionnels et généraux et le minimum de signes physiques que l'examen du poumon va déceler ;

Diminution du murmure vésiculaire à une des bases,

Parfois dans une zone circonscrite d'un poumon, submatité, légère augmentation des vibrations, obscurité respiratoire.

Parfois seulement respiration soufflante avec râles fins.

On a l'impression d'un processus pneumoniques, bâtard, d'un syndrome de congestion pulmonaire grave ; l'intensité des signes d'intoxication pourrait déjà faire soulever l'hypothèse de gangrène pulmonaire.

Cet état se maintient ainsi pendant un temps variable ; parfois très court trois ou quatre jours, parfois plus long, sept, huit jours.

C'est à ce moment que l'on voit apparaître les *deux signes qui caractérisent* **la phase de gangrène ouverte :**

La *fétidité de l'haleine*,
L'*expectoration gangréneuse*.

La *fétidité de l'haleine* est extrême : permanente, elle s'exagère par bouffées au moment de la toux et de l'expectoration ; elle se perçoit à distance; elle incommode le malade.

L'*expectoration* dégage une odeur analogue, infecte, putride, fécaloïde.

Elle est abondante, débute parfois par une véritable vomique, précédée souvent d'une petite hémoptysie généralement peu importante.

Elle est faite de crachats grisâtres ou brunâtres, et dans le crachoir se dispose, au repos, en trois couches superposées :

Une couche supérieure aérée, spumeuse,

Une couche moyenne séro-albumineuse, fluide, dans laquelle descendent des filaments puriformes détachés de la couche supérieure.

Une couche profonde enfin : magma purulent, épais, sphacélique, qui permet d'apprécier, par son abondance, l'importance du processus destructif, de désintégration du parenchyme pulmonaire.

Dans cette couche inférieure, on trouve des débris de tissu pulmonaire avec des fibres élastiques, et l'examen sur fond noir décèle de petits pelotons brunâtres : les bouchons de Dittrich, amas de cristaux d'acides gras, de gouttelettes graisseuses, de leucocytes, de microbes.

Chimiquement, cette expectoration contient des acides gras de putréfaction : acides butyriques, valérianiques; on y met en évidence de la leucine, de la tyrosine.

Au point de vue bactériologique surtout, on peut y déceler une flore microbienne extrêmement riche :

Les cultures en gélose profonde de Veillon montrent la présence des anaérobies, dont l'isolement et l'identification sont souvent difficiles : micrococcus fétidus, bacillus perfringens, bacillus fonduliformis, bacillus ramosus qui serait le plus important.

Ils sont associés à des aérobies : pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, etc.

Dans certains cas, l'examen des crachats à l'ultra-microscope ou après Fontana-Tribondeau permet de déceler des associations fuso-spirillaires identiques à celle de l'angine de Vincent; fait important au point de vue thérapeutique.

Parallèlement à l'apparition de l'expectoration, les signes physiques se modifient : au syndrome de condensation pulmonaire succède un syndrome cavitaire à topographie extensive : souffle creux, gros râles humides, gargouillements, avec une couronne de sous-crépitants.

L'état général s'aggrave encore, la température devient oscillante, le pouls petit, rapide, puis incomptable ; la dyspnée est très marquée, le facies terreux, sub-ictérique; les urines sont rares, troubles, albumineuses; la langue rôtie; l'amaigrissement fait des progrès rapides; il existe souvent de la diarrhée, des hémoptysies abondantes et répétées.

L'évolution est fatale; la mort survient en dix à quinze jours, par toxi-infection générale ou septicémie. Elle est parfois hâtée par une complication :

Hémoptysie abondante terminale,
Pleurésie gangréneuse secondaire,
Endocardite maligne avec embolies métastatiques septiques,
Insuffisance hépato-rénale.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Introduction à l'étude de la cérébrologie, par le docteur G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz). Un vol. in-8 carré, 84 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, Vigot frères; Strasbourg, Les Editions universitaires.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — *Transformation de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand en Ecole de plein exercice.* — L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand est supprimée.

Il est créé, à Clermont-Ferrand, une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand comprendra : vingt-trois chaires; vingt emplois de professeurs suppléants; cinq emplois de chargés de cours de clinique annexe; quatorze emplois de chefs de travaux pratiques et de laboratoire; sept emplois de préparateur; six emplois de chef de clinique; un emploi de prosecteur; un emploi d'aide d'anatomie et cinq emplois divers.

L'ouverture de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand aura lieu seulement lorsque, après vérification contradictoire entre le délégué du ministre de l'Instruction publique et celui de l'autorité municipale, le ministre aura reconnu que tous les aménagements prévus à la convention conclue le 26 juillet 1928 entre le recteur de l'Académie et le maire de la ville de Clermont-Ferrand, président du Conseil municipal, ont été réalisés et achevés, que les bâtiments nécessaires ont été affectés à ladite Ecole, qu'en particulier ils sont appropriés aux besoins de l'enseignement et qu'ils sont pourvus de toutes les installations nécessaires pour le bon fonctionnement de l'Ecole. (*J. O.*, 25 sept. 1928.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa propriété près de Dijon; MM. les docteurs J. Sudaka (de Paris), Fernand Aumont, décédé à Dijon; Coup (de Paris), H. Guillemard, professeur de chimie minérale et organique à la Faculté de médecine d'Alger; Marcel Boraud (de Cognac), W. Mestrezat, agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, décédé à Cambo; le professeur Théophile Janowsky (de Kiew).

— Notre confrère, le docteur G. Roussel, directeur des laboratoires de l'hémostyl, vient d'avoir la douleur de perdre son père. Nous le prions de trouver ici l'expression de nos bien vives condoléances.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeurs : Paul CARNOT et M. VILLARET; professeur agrégé : Et. Chabrol; docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux.) — *Cours d'octobre* (1er-13 octobre). *Notions récentes sur les maladies digestives.* — *Lundi 1er octobre.* — 9 h. 30 : M. Deval, chef du laboratoire de la Clinique. Techniques d'examen des sucs gastriques et duodénaux; — 2 h. 30 : Mlle Tissier. Coprologie clinique (examens chimiques, microscopiques, parasitaires, bactériologiques).

Mardi 2 octobre. — 9 h. 30 : docteur Lagarenne, chef du laboratoire de radiologie. Techniques radiologiques des examens digestifs; — 2 h. 30 : docteur Rachet, chef de clinique. Endoscopie, œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie.

Mercredi 3 octobre. — 9 h. 30 : docteur Bouttier, ancien chef de clinique. Les syndromes gastriques sécrétoires (hyperchlorhydrie, achylie) et moteurs (atonie, hypersthénie, etc.); — 2 h. 30 : professeur agrégé Chabrol, médecin de l'hospice d'Ivry. Les syndromes hémorragiques (hématémèses, melæna, hémorragies occultes), traitement. Les syndromes anémiques, traitement.

Jeudi 4 octobre. — 9 h. 30 : professeur agrégé Chabrol. Les syndromes douloureux (gastralgies, entéralgies, crises solaires, crises tabétiques); — 2 h. 30 : professeur P. Carnot. Les syndromes de sténose et d'occlusion.

Vendredi 5 octobre. — 9 h. 30 : docteur Jacquet, médecin des hôpitaux. Les ptoses digestives; — 2 h. 30 : docteur Jacquet. Les dolicho et mégaviscères.

Samedi 6 octobre. — 9 h. 30 : docteur Fatou, ancien chef de clinique. Les éventrations et hernies diaphragmatiques; — 2 h. 30 : docteur Libert, chef de clinique : Les stases intestinales chroniques; leur thérapeutique.

Lundi 8 octobre. — 9 h. 30 : docteur Libert. Les diarrhées chroniques; leur thérapeutique; — 2 h. 30 : professeur Villaret, médecin de l'Hôtel-Dieu. Les ulcères de la petite courbure.

Mardi 9 octobre. — 9 h. 30 : professeur Villaret. Les ulcères juxtapyloriques; — 2 h. 30 : docteur Boltanski, interne, médaille d'or. Les périviscérites digestives.

Mercredi 10 octobre. — 9 h. 30 : docteur Froment, chef de clinique. Les ulcéro-cancers. Les linites ; — 2 h. 30 : docteur Bariéty, chef de clinique. Les cancers de l'estomac.

Jeudi 11 octobre. — 9 h. 30 : professeur Carnot. Les cancers de l'intestin (ampullomes, cancer iléo-cæcal, cancer de l'appendice, cancer du côlon); — 2 h. 30 : docteur Friedel. Les cancers recto-sigmoïdiens.

Vendredi 12 octobre. — 9 h. 30 : docteur Dumont, ancien chef du laboratoire. Les entéro-colites tuberculeuses; — 2 h. 30 : docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux. Les colites amibiennes et lambliennes.

Samedi 13 octobre. — 9 h. 30 : docteur Terris, chef de clinique. Les appendicites chroniques; — 2 h. 30 : docteur Friedel. Les rectites infectieuses (blennorragiques, syphilitiques, tuberculeuses, rectocolite hémorragique), traitements.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet et Lemoine commenceront, le 22 octobre 1928, une série de 8 leçons sur *la diathermie en oto-rhino-laryngologie*. Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h., en outre les 22 et 23 octobre à 16 h.

Programme du cours. — 1° Principes électriques; 2° appareils de diathermie; 3° physiopathologie, techniques; 4° tumeurs; 5° tuberculose des voies respiratoires, lupus; 6° amygdalites chroniques; 7° rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens; 8° sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au docteur Fouquet, Service oto-rhino-laryngologie.

Le lundi 12 novembre 1928, le docteur Henri Bourgeois, chef de service, commencera un cours en 12 leçons sur les *maladies non suppurées de l'oreille*, avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Ill, Huet, assistants du service.

Prix du cours : 300 francs. S'adresser au docteur Huet.

Albert ROBIN

Le professeur Albert Robin vient de mourir dans sa propriété du Castel-Montigny, près de Dijon, à l'âge de 81 ans.

Après avoir mené une vie singulièrement active, après avoir connu à la fois les plus beaux succès dans son enseignement véritablement lumineux et dans sa carrière de consultant, celui qui fut le maître de la thérapeutique clinique avait dû, en raison de son état de santé, se retirer dans une retraite presque complète.

Albert-Edouard-Charles Robin était né à Dijon le 19 septembre 1847. Il fit ses premières études au lycée de cette ville. D'abord préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Dijon, il fut de 1866 à 1870 l'élève et le préparateur du baron Thénard. Ses études furent interrompues par la guerre franco-allemande. Le futur professeur partit dans la cavalerie, devint sous-lieutenant et fut décoré de la croix de la Légion d'honneur à l'âge de 23 ans pour faits de guerre. Il resta officier de réserve aux 3e et 4e cuirassiers jusqu'en 1890.

La guerre ne l'empêcha pas de concourir à l'internat des hôpitaux de Paris et d'être en 1872 reçu premier d'une promotion qui comptait Hutinel, Maunoury, Pitres, Charles Richet, Prengrueber, Parinaud et Moizard.

Chef du laboratoire de chimie à l'hôpital de la Charité en 1877, il devint médecin des hôpitaux en 1881 et chef de service en 1885. En 1883, il avait été nommé agrégé de médecine dans la même promotion qu'Hanot, Quinquaud et Hutinel. Elu en 1887 membre de l'Académie de médecine dans la section des sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles, il fut bientôt nommé professeur de thérapeutique clinique et apporta dans son enseignement à l'hôpital Beaujon, non seulement un talent remarquable, mais aussi une foi profonde dans l'avenir de la thérapeutique.

Albert Robin est certainement l'un de ceux qui donnèrent le plus grand essor à l'étude de l'hydrologie et du climatisme, il fut président du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et climatiques de France et président d'honneur des Congrès internationaux d'hydrologie.

Les journalistes médicaux ne peuvent oublier qu'il fut des leurs : rédacteur scientifique et critique littéraire du *New-York Herald* sous son nom ou sous le pseudonyme de « Montginault », il fut directeur du *Bulletin général de thérapeutique*, et compta parmi les fondateurs et les syndics de l'*Association de la Presse médicale française*. Nous gardons précieusement le souvenir de l'accueil charmant qu'il faisait à ses confrères dans le bel hôtel, rempli de collections, de la rue Beaujon. C'est là que nous l'avons vu pour la dernière fois peu après la guerre.

L'œuvre d'Albert Robin est considérable. Citons en particulier les publications suivantes :

Etudes physiologiques et thérapeutiques sur le Jaborandi (1875, prix Montyon à l'Académie des sciences); *Essai d'urologie*; *la Fièvre typhoïde* (prix Montyon 1877); *des Troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale* (1880); *des Affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif* (1883); *des Ruptures du cœur* (1885); *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales* (prix Lacaze de 10.000 fr. à la Faculté de médecine, 1886); *Traité de thérapeutique appliquée* (1899); *les Maladies de la nutrition, les Maladies de l'estomac*; *Traitement médical des maladies des femmes* (en collaboration avec Dalché, 1900); *Lutte contre la tuberculose* (1903); *un Essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose*; *l'Office antituberculeux Jacques-Siegfried-Albert Robin à l'hôpital Beaujon* (1907); *Thérapeutique usuelle du praticien*, 1910; *Dictionnaire de thérapeutique*; *Thérapeutique clinique en 3 volumes.*

L'enseignement d'Albert Robin n'a pas seulement honoré la Faculté de médecine, il est un de ceux qui ont été les plus utiles à la science française, car il savait attirer et retenir un nombre toujours croissant d'auditeurs étrangers.

C'est avec raison que le Gouvernement récompensa cette belle vie de travail en décernant la plaque de grand officier de la Légion d'honneur au sous-lieutenant de 1870.

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

L'ENCÉPHALOGRAPHIE

Par Paul MEIGNANT,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

GÉNÉRALITÉS ET HISTORIQUE

En grande partie sous l'influence anglo-saxonne, la neurologie devient de plus en plus interventionniste. La neuro-chirurgie se développe; pour qu'elle progresse, il ne faut pas seulement que ses techniques se perfectionnent; il faut que le chirurgien intervienne à coup sûr, en sachant autant que faire se peut où il va et ce qu'il trouvera; ses manœuvres dépendront de la précision du diagnostic et plus elles seront réduites, plus ses chances de succès seront grandes. Pour que le chirurgien porte un diagnostic précis, la neurologie ne peut plus se contenter de la méthode anatomo-clinique classique, qui ne parfait ses conclusions qu'après la mort du malade, sur le cerveau formolé; elle doit poser sur le vivant le diagnostic clinique et anatomique. L'examen neurologique ordinaire y parvient aujourd'hui dans bien des cas : dans les autres, il lui faut avoir recours à cette *méthode d'anatomie sur le vivant que constitue la radiologie*. Mais la radiologie directe du crâne et de l'encéphale ne donne des renseignements utiles que dans un nombre restreint de cas (tumeurs de l'hypophyse, de l'angle ponto-cérébelleux et de la base du crâne en général, lorsqu'elles lèsent l'os; tumeur des méninges ou de la glande pinéale lorsqu'elles contiennent des concrétions calcaires opaques aux rayons X; tumeurs s'accompagnant de modifications de l'épaisseur ou de la structure des os de la voûte, en particulier des canaux des veines diploïques; certaines hydrocéphalies...). En général, dans beaucoup de tumeurs en particulier, la radiographie simple ne donne rien.

C'est alors qu'on a songé à utiliser les cavités arachnoïdiennes péri-encéphaliques et ventriculaires pour y introduire des « moyens de contraste », gaz ou substances opaques, qui, décelables sur les radios en clair ou en sombre, opposent les régions où elles s'infiltrent à celles qui en sont dépourvues, dessinent les espaces méningés, décalquent en quelque sorte les modifications de forme que leur font subir les processus pathologiques, permettent par contre-coup de se faire de ceux-ci une idée précise. Dans cet ordre d'idées, le diagnostic lipiodolé des tumeurs paramédullaires, que nous devons au professeur Sicard et à ses élèves, a marqué un pas décisif, particulièrement encourageant et aujourd'hui universellement vanté et suivi. Etait-il possible de mettre au point, pour l'encéphale, ce qui avait si bien réussi pour la moelle?

1° *Dès 1918*, cherchant à se rendre compte de la perméabilité de l'appareil ventriculaire chez les hydrocéphales, Dandy eut l'idée de rendre ces cavités perméables aux rayons X en remplaçant par un gaz le liquide qu'elles contiennent normalement; il vit tout de suite le parti qu'il pouvait tirer, non seulement pour le diagnostic des hydrocéphalies, mais pour celui, cliniquement si difficile, des tumeurs cérébrales, de l'injection directe de gaz dans les ventricules cérébraux : *la pneumo-ventriculographie* était née et devait aussitôt trouver un grand succès auprès des neuro-chirurgiens anglo-saxons et sud-américains : Cushing, Davenport, Grant, Merwill, Wilder Penfield, Elsberg et Silber, Town et Rand aux Etats-Unis, Mac Connel et Jefferson en Angleterre, Dimitri et Balado Morea en République Argentine. Jacobaeus en Norvège, Mingazini, Andreani en Italie, entre autres, l'utilisaient en Europe continentale.

2° Elle s'y vulgarisait lentement cependant, en partie parce que Bingel, en Allemagne, en 1920, Wideroe (d'Olso) en 1921, imaginaient une autre méthode (découverte d'ailleurs dans le même temps par Dandy, mais vite abandonnée par lui) : la *pneumoencéphalographie*, non plus par injection ventriculaire directe, mais *par voie lombaire*, permettant ainsi l'étude du transit non plus ventriculo-sous-arachnoïdien, mais sous-arachnoïdo-ventriculaire. Appliquée d'abord sur des sujets indemnes de tumeurs cérébrales (Bingel, Wideroë, Denk, Jüngling, en Allemagne; Choroschko, en Russie; l'école du professeur Orzechowski, notamment Mlle Tolloczko-Pjeradska, MM. Elektrowicz et Tyczka, en Pologne; Cestan, Rieser et Belcour, en France (dans un autre but il est vrai), cette technique parut donner de grands espoirs et se répandit rapidement. Mais dès qu'elle fut appliquée à la localisation des tumeurs, des insuccès nombreux, de nombreux accidents souvent mortels, furent publiés (Shost et Mitel, Mader et Knoeppelmacker, Jüngling, Schneller, Denk, Weigeldt, Bingel) et la méthode, en Europe du moins, en subit un discrédit certain.

3° Ce discrédit, en France tout au moins, orienta les auteurs vers l'utilisation de *moyens de contraste* non plus gazeux mais *opaques*. Le *lipiodol*, si bien supporté par les méninges rachidiennes, était introduit au niveau des méninges craniennes par Sicard et ses élèves; il y avait peu d'accidents, mais les résultats pratiques étaient faibles et les auteurs se tournaient alors vers de nouvelles méthodes, introduisant les substances opaques, non plus dans les espaces arachnoïdiens ou ventriculaires, mais dans les artères de l'encéphale (*encéphalographie artérielle d'Egas Moniz et Sicard*) ou dans les veines et sinus du crâne (*encéphalographie sinuso-veineuse lipiodolée de Sicard*).

4° Les Américains, les Allemands cependant pratiquaient toujours la pneumo-encéphalographie, notamment la ventriculographie directe. Sicard lui-même n'y renonçait pas tout à fait. Notre maître Cl. Vincent dans ces derniers mois y consacrait des études décisives, directement inspirées des acquisitions d'outre-Atlantique et inspirait la *thèse de Cossa* sur la ventriculographie gazeuse.

Toutes ces méthodes ont maintenant droit de cité. Les spécialistes doivent les connaître. Les praticiens non spécialisés liront à leur propos des communications présentées, des discussions soutenues dans les Sociétés savantes (voir notamment la dernière Réunion Neurologique annuelle, Paris, 3-5 juillet 1928). Ils

doivent être à même de les suivre; ils auront bientôt peut-être à prendre la décision de faire faire ou de laisser faire une encéphalographie à un de leurs malades. Ils doivent savoir quels sont les buts et les moyens des diverses méthodes employées, quels sont leurs risques. Nous avons cru utile de leur donner ici des bases d'appréciation dans une étude qui n'a pas la prétention d'être complète, mais qui sera plus détaillée que celle que nous avons pu déjà faire paraître dans *L'Encéphale*. (La ventriculographie, *Encéphale*, n° 2, 1928). Beaucoup d'éléments en sont pris dans un travail de Jüngling et Peiper (Ventrikulographie und Mylographie) paru à Leipzig en 1926 et dans la thèse de Paul Cossa (La Ventriculographie, Paris 1928). M. Cl. Vincent nous a permis de mettre à contribution ses documents personnels, déjà nombreux. Nous l'en remercions vivement, ainsi que Cossa qui nous a laissé toute latitude de puiser dans son travail.

Nous étudierons d'abord l'*encéphalographie gazeuse*.

Nous parlerons ensuite de la ventriculographie lipiodolée, de l'artério-encéphalographie et de l'encéphalographie lipiodolée sinuso-veineuse (*Encéphalographie opaque*).

ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE

Il nous faut passer en revue :

I. *La technique des injections gazeuses*;

II. *La technique des prises de vue et l'interprétation des images normales*;

III. *Les aspects des images pathologiques*;

IV. *Les incidents et dangers, comparés aux avantages, bref le bilan de la méthode*, et les conclusions découlerout d'elles-mêmes.

I. Technique des injections gazeuses. — A. Choix du gaz à injecter. — Quelle que soit la substance introduite dans les espaces méningés et ventriculaires, il faut avant tout qu'elle ne soit ni irritante, ni toxique. Il faut de plus qu'elle se résorbe vite et soit facilement éliminée (Dandy). Parmi les gaz on a proposé l'*air* (filtré ou non selon les circonstances), l'*oxygène* et l'*acide carbonique*.

a. Sur l'*action irritante* de ces gaz en général, introduits dans les méninges, nous aurons plus loin l'occasion de revenir. Bien que, à notre connaissance des études comparatives systématiques n'aient jamais été faites, il semble que les trois gaz sus-indiqués ne sont ni plus ni moins irritatifs les uns que les autres, et ils le sont peu. Bingel dit l'oxygène plus « irritant » que l'air ou le gaz carbonique.

b. Sur *le temps de résorption des gaz par les méninges*, on a des données relativement plus précises. A vrai dire, beaucoup d'auteurs ont raisonné par analogie, en se basant sur les constatations faites dans le pneumo-péritoine et ont admis que le CO^2 était toujours résorbé plus vite que l'air, et surtout que l'oxygène pur (Bingel, Weigeldt), la résorption de l'oxygène étant au contraire plus rapide que celle de l'air pour Schott et Eitel, Weigeldt a calculé que l'air disparaissait en trois à cinq heures des espaces arachnoïdiens, en six à dix heures des ventricules; Bingel parle de deux ou trois jours. En réalité, il semble que la résorption, d'abord assez rapide, se ralentisse assez vite et se prolonge, decrescendo, pendant plusieurs jours (Wartenberg). Il est certain d'autre part qu'elle est influencée par le volume et l'état des parois ventriculaires (Jüngling); elle peut durer des semaines dans certains cas d'hydrocéphalie (Dandy); elle a duré neuf jours chez un paralytique général de Wartenberg.

c. L'oxygène aurait, pour certains, l'avantage d'éviter des embolies gazeuses qui, d'une façon générale, sont peu à craindre, mais sont cependant possibles en cas de tumeurs intraventriculaires très vasculaires.

Pratiquement, *l'air*, même non filtré, est employé par Dandy, Bingel, Wartenberg...; *l'oxygène*, par Jüngling; le CO^2 par Sicard. Cl. Vincent et Cossa après la majorité des auteurs, ont utilisé sans incident l'air simplement stérilisé par aspiration à travers une flamme de lampe à alcool. L'emploi de l'air a le mérite d'être simple et de ne pas nécessiter de réservoirs et appareils spéciaux.

B. Voies et technique de l'injection. — Il existe *trois voies d'introduction du gaz* dans les espaces méningés : la voie lombaire, la voie sous-occipitale, la voie transcranienne (ventriculaire).

1. Voie lombaire. — Dandy, au début de ses recherches, Bingel, Dohlstrom, Wideroe, Wartenberg Jüngling, Orzechowski et son école, Chorosko, Cestan et Riser ont préconisé cette voie. La plupart des auteurs préparent le malade par une injection de scopolamine-morphine faite trente minutes avant la ponction. Alwens et Kirsch remplacent cette injection par l'absorption de 0g50 à 0g75 de véronal. L'opération est faite sur le malade assis ou couché sur le côté.

Les techniques proposées varient peu.

a. Dandy faisait une simple ponction lombaire, retirait 4 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, poussait à sa place 5 à 10 centimètres de gaz et répétait l'opération jusqu'à introduction de 20 à 120 centimètres cubes de gaz, la substitution étant poursuivie jusqu'à ce que l'aspiration, faite avec une seringue ordinaire, ne ramène plus de liquide. La plupart des auteurs anglo-américains et européens partisans de la voie lombaire suivent cette technique, en recommandant seulement d'injecter un peu moins de gaz, en volume, qu'il n'a été retiré de liquide.

b. Quelles que soient les précautions prises, cette technique est cependant susceptible de créer au niveau des espaces arachnoïdiens des variations de pression assez appréciables, qui peuvent être dangereuses, surtout si le malade est porteur d'une tumeur de la fosse cérébrale postérieure. Aussi Bingel préconise-t-il une technique qui, grâce à un double système d'aiguilles, permet d'une part de contrôler à chaque instant la pression, lue sur un manomètre, d'autre part, d'injecter le gaz (CO^2) à mesure que et dans la proportion où le liquide s'écoule. Décrire ici l'appareillage compliqué de Bingel nous entraînerait trop loin. D'ailleurs, Alwens et Hirsch, Weigeld, Wartenberg, W. Hoff-

mann ont dénié à la technique de Bingel les avantages que cet auteur en escomptait. Les mêmes critiques peuvent être faites à la technique de Benedek, dérivée de celle de Bingel.

c. Stricker a préconisé une « méthode de pompage » ingénieuse. La ponction lombaire est faite sur le malade assis et on laisse le liquide s'écouler jusqu'à épuisement. Puis on fait exécuter passivement à la tête des mouvements de flexion et d'extension forcée : à chaque extension la grande citerne (lac cérébellomédullaire) est comprimée, une partie du liquide refoulée autour de la moelle et, par l'aiguille à l'extérieur. A chaque flexion de la tête, la citerne est « étendue » et il se produit vers cette zone de moindre pression une aspiration du gaz (1). On arriverait ainsi à introduire jusqu'à 130 centimètres cubes de gaz. Ce procédé, évidemment efficace au point de vue mécanique, est à proscrire tout à fait, car il est brutal, s'il y a seulement possibilité de tumeur cérébrale.

Quoi qu'il en soit, la voie d'introduction lombaire a, pour le moins, *deux gros inconvénients*, sur lesquels nous aurons à insister ; elle est dangereuse (plus que la voie ventriculaire) ; toutes choses égales d'ailleurs, elle n'assure en aucune façon le remplissage par le gaz des cavités ventriculaires, ni même de la totalité des espaces méningés péri-encéphaliques. Certains auteurs, Winckler notamment, lui restent fidèles; la plupart des auteurs semblent l'avoir abandonnée, même, croyons-nous, Sicard, Haguenau et Gally, qui la faisaient suivre d'une manœuvre de renversement que nous exposerons en son temps. Pourtant, C. D. Friedmann, William Snow et J. Kasanin au Congrès annuel de l'Association des neuro-chirurgiens d'Atlantic-City l'ont encore défendue tout récemment, et aucun des spécialistes présents ne s'est levé pour la critiquer.

2. Voie sous-occipitale. — Elle a été préconisée par H. Fischer, de la clinique de Schmieden. Nous ne décrirons pas la technique de la ponction sous-occipitale, bien connue en France depuis les publications de Sicard et la thèse de Forestier. On procède comme pour une injection de lipiodol, mais on pousse du gaz. Mais cette voie d'accès n'a pas d'avantage sur la voie lombaire, Wartenberg seul en découvrant un : la possibilité d'obtenir, avec moins de gaz les mêmes résultats qu'avec la ponction lombaire. D'autre part, on serait exposé à provoquer des hémorragies dangereuses des plexus sous-occipitaux (?) (Schück).

3. Voie ventriculaire. — Malgré sa plus grande complexité (due à la nécessité de traverser la boîte osseuse cranienne), c'est la voie de choix, celle qu'ont adoptée finalement Dandy, Cushing, Grant, Kocher, Mac Connel et Jefferson, Jüngling. Cl. Vincent n'a jamais utilisé que cette voie.

a. *Choix du point à ponctionner.* — Jüngling préfère ponctionner *la corne frontale* du ventricule latéral. Il fait l'orifice de trépanation à 2 centimètres de la ligne médiane, un peu en avant de la suture frontopariétale ; l'aiguille doit être alors introduite selon un plan parallèle au plan médian, un peu en arrière et en bas de sorte que, vue de profil, elle semble dirigée vers l'orifice externe du conduit auditif. Elle trouve le ventricule normal à 4 ou 5 centimètres de profondeur.

Cl. Vincent et Cossa, après Grant et la plupart des Anglo-Américains estiment qu'il y a avantage à ponctionner la *corne occipitale* du ventricule. Cette méthode « évite de piquer les vaisseaux de la zone rolandique ; elle évite l'erreur que pourrait causer la rencontre du lac calleux ; elle évite surtout le principal danger de l'opération : hémorragie par piqûre de la tumeur. Les tumeurs occipitales sont en effet les plus rares, et sont diagnostiquées précocement par leurs accidents visuels. Le seul inconvénient de ce siège est la possibilité d'anomalies de la corne occipitale » (Cossa). La trépanation est alors faite à 3 centimètres de la protubérance occipitale externe, sur la bissectrice de l'angle que dessinent la ligne médiane d'une part, la ligne courbe occipitale supérieure d'autre part (Cl. Vincent et Cossa) ; à 3 centimètres au-dessus et 3 centimètres en arrière du conduit auditif externe (Kocher).

De toute façon, la *trépanation* sera faite *bilatérale*. En cas de tumeur probable, l'*aiguille sera ensuite introduite d'abord du côté supposé sain*, et ce n'est qu'en cas de besoin (voir plus loin) que l'on ira, aussitôt ou lors d'une seconde intervention, à la recherche du ventricule du côté malade (Cl. Vincent, Jüngling).

b. *Technique de la ponction (occipitale).* — Le malade est « préparé » par une injection de scopolamine-morphine ou d'un composé analogue, rassuré. Le crâne a été largement rasé, nettoyé, aseptisé. Le malade est assis, la tête penchée en avant, ou, mieux couché sur le ventre ; Jüngling déclare que le malade doit être placé de telle sorte que le point ponctionné soit le point déclive de la cavité ventriculaire (position postérieure oblique pour la ponction de la corne occipitale). Cette précaution ne semble pas nécessaire lorsqu'on n'a pas l'intention de vider de liquide le ventricule, et nous verrons qu'il ne faut pas avoir cette intention.

Premier temps. — Trépanation. — Après anesthésie locale réalisée par l'injection de 5 centimètres cubes d'une solution de novocaïne-adrénaline à 10 p. 100, la peau est incisée sur 3 à 4 centimètres un peu en dedans ou en dehors (1) de la bissectrice oblique en avant et en dehors de l'angle formé par la ligne médiane et la ligne courbe occipitale supérieure. On assure l'hémostase, puis rugine le périoste, enfin pratique une trépanation de 1 centimètre de diamètre, à la mèche ou à la fraise, au point sus-indiqué. Jüngling pique par l'orifice la dure-mère avec la pointe d'un fin bistouri. Cette manœuvre semble inutile. La trépanation faite, on peut

(1) Nous avons nous-même vérifié bien des fois que les mouvements passifs de flexion et d'extension de la tête se traduisaient aussitôt par des oscillations de l'aiguille du manomètre de Claude dans le sens indiqué par Stricker.

(1) Pour que la trépanation ne soit pas exactement sous-jacente à la plaie tégumentaire.

ponctionner, insuffler, puis fermer la plaie avec un crin ou une agrafe. Cl. Vincent et Cossa préfèrent se contenter de trépaner des deux côtés; les orifices créés, ils referment les plaies cutanées et ils ponctionnent ultérieurement à travers les téguments.

Deuxième temps. — Ponction et insufflation. — Une aiguille à ponction lombaire ordinaire, à biseau court, suffit. Elle est enfoncée, munie de son mandrin, à travers l'orifice de trépanation, soit parallèlement au plan médian, mais obliquement en bas et en avant visant à 3 centimètres environ au-dessus de l'arcade orbitraire (Cl. Vincent); soit obliquement en bas, en avant et en dedans en direction de l'oreille externe du côté opposé (Jüngling). Le ventricule présumé sain est atteint à une profondeur de 5 à 7 centimètres; le mandrin est alors retiré et un peu de liquide jaillit. Lorsqu'il n'y a pas d'hydrocéphalie, il peut être difficile, pendant les manipulations ultérieures, de maintenir la pointe de l'aiguille dans le ventricule et il faut éviter à tout prix les désordres anatomiques que pourraient provoquer des mouvements transversaux imprimés à l'aiguille; Jüngling recommande de la fixer aussitôt à la surface osseuse à l'aide de ciment de dentiste; aucune des opérations à suivre ne risque plus alors de la déplacer. L'aiguille en place, en procédant à la vidange du liquide et à son remplacement par le gaz, il faudra autant que possible *éviter les variations de pression*. Dandy, Jüngling ont construit à cet effet un petit appareil dont nous ne pouvons décrire ici les détails; sa pièce essentielle est un robinet à trois branches: l'une reste en communication constante avec un manomètre et permet de lire à chaque instant la pression; les autres permettent l'aspiration du liquide et l'insufflation du gaz; la substitution se fait par 5 centimètres cubes chaque fois. Cl. Vincent et Cossa se contentent de laisser écouler le liquide spontanément; s'il ne vient pas en quantité suffisante, ils activent son écoulement en comprimant les jugulaires ou en faisant exécuter différents mouvements à la tête du malade (1); au besoin ils en aspirent quelques centimètres cubes avec une seringue. Ils poussent ensuite le gaz (air) avec la même seringue (de 10 centimètres cubes). Il semble que des appareils du type des appareils à pneumothorax pourraient trouver ici leur emploi.

Une question importante est celle de *la quantité de gaz à injecter*. Certains auteurs tentent systématiquement de tarir les deux ventricules et de les remplir totalement de gaz (Grant, Adson Ott et Crawford). Weigeld insuffle jusqu'à 400 centimètres cubes d'air, Dandy de 40 à 300 centimètres cubes. Jüngling ne dépasse pas 100 à 150 centimètres cubes dans les cas les plus favorables (hydrocéphalie).

En fait, nous le verrons, *de si gros chiffres ne sont pas nécessaires et ils sont dangereux. On peut obtenir des radiographies utilisables avec 10 centimètres cubes de gaz; la quantité optima, pour un ventricule normal, peut être estimée à 20 centimètres cubes (15 à 30).* Cl. Vincent et Cossa proportionnent les quantités de gaz injectées aux quantités de liquide retirées, « mais pas étroitement. Dans la moyenne des cas nous injectons 20 centimètres pour 20 centimètres retirés. Chez un hydrocéphale, chez qui on aura retiré 60 centimètres cubes de liquide, nous injectons 30 centimètres. Chez un sujet enfin dont le ventricule n'a donné que 7 ou 8 centimètres, nous en injectons 10 ou 12. *L'essentiel est que cette injection soit poussée doucement, en s'assurant que le piston de la seringue n'est pas refoulé par le gaz*, qu'il n'y a pas d'excès réel de pression ventriculaire » (Cossa). Jüngling aussi admet en définitive que 30 à 40 centimètres cubes en moyenne suffisent. La plupart des auteurs recommandent d'injecter toujours un peu moins de gaz qu'on n'a retiré de liquide; le motif théorique donné de cette précaution est faux; en se portant à la température du corps le gaz ne se dilate pas suffisamment pour donner des accidents d'hypertension (la dilatation est de 1/273e du volume par degré centigrade). Mais en fait elle est à retenir parce qu'elle prévient, dans une certaine mesure, les inconvénients qui peuvent résulter d'une hypersécrétion réactionnelle des plexus choroïdes.

L'injection faite, l'aiguille est retirée et le malade conduit de suite à la radiographie.

II. **Technique des prises de vue et interprétation des images normales.** — Cl. Vincent, Thoyer-Rozat, Cossa et David ont exécuté leurs radiographies sur des films 24/30. « En utilisant une intensité de 30 milliampères dans le tube (Baby Coolidge) avec un rayonnement moyennement pénétrant (80.000 volts) pour avoir de meilleurs contrastes le temps de pose est à peine de une seconde ». On peut employer le localisateur conique habituel de radiographie. Le diaphragme anti-diffuseur de Potter-Bucky serait préférable, quand du moins il est matériellement possible de l'adapter à la position de la tête. La stéréoradiographie et l'hyperstéréoradiographie (David et Gabriel) semblent avoir été peu utilisées, en Europe tout au moins. Liebermeister, Jüngling, partant d'idées théoriques, pensent qu'elles n'offrent pas de grands avantages sur les radiographies simples. Les auteurs français sont d'avis opposé, mais n'ont pu, pour des raisons matérielles, les employer. « Quant au siège de la plaque et de l'ampoule, mieux vaudrait *à priori* placer l'ampoule au-dessous et la plaque au-dessus, donc plus près de la portion ventriculaire injectée d'air » (voir plus loin). « En pratique, la différence de distance n'étant que de quelques centimètres avec la position inverse, cette différence n'a pas grande importance; et nous avons obtenu tous nos résultats avec la plaque au-dessous de la tête et l'ampoule au-dessus » (Cossa, p. 27).

A. **Pneumo-ventriculographie.** — Que se passe-t-il quand le gaz a été introduit dans un ventricule?

I. Supposons que les *ventricules (latéraux et moyen) aient été totalement vidés de liquide et totalement remplis de gaz.* Les radiographies montreront

(1) « Chez certains sujets..., la tête étant penchée en avant, le liquide s'écoule peu; on la redresse, plus rien ne vient; on la repenche en avant et, après quelques secondes seulement, le liquide s'écoule en gouttes pressées » (Cossa). Il nous semble y avoir là un phénomène analogue à celui qui a servi de base à la « méthode du pompage » de Stricker exposée plus haut.

en clair l'image totale du système ventriculaire. *De profil*, on aura la silhouette bien connue du ventricule latéral avec la corne frontale, la « pars centralis » (1), le carrefour, la corne occipitale et la corne temporale (fig. 1). De plus, on verra éventuellement

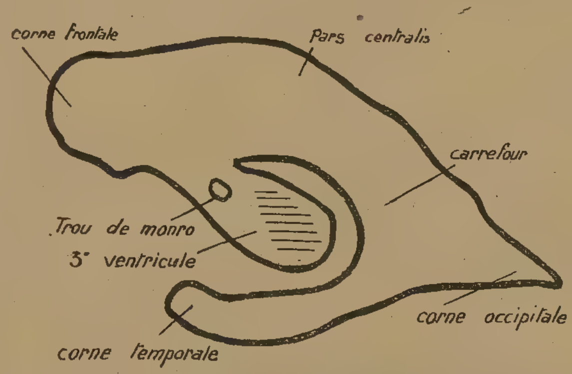


FIG. 1. — *Ventricule latéral vu de profil, après substitution complète de gaz au liquide.*

le troisième ventricule (pas toujours, car la couche de gaz n'y est pas toujours assez épaisse), le trou de Monro, sous forme d'un point clair (Dandy, Jüngling, Forster...), et quelquefois le IVe ventricule (l'aqueduc de Sylvius normal est invisible). Les deux ventricules latéraux se projettent d'ailleurs l'un sur l'autre si le rayon n'est pas oblique. *De face* (rayon normal antéropostérieur ou inversement) les deux ventricules latéraux encadrent le ventricule médian en donnant une image moins usuelle, mais que la figure 2 fait facilement comprendre. Un point à

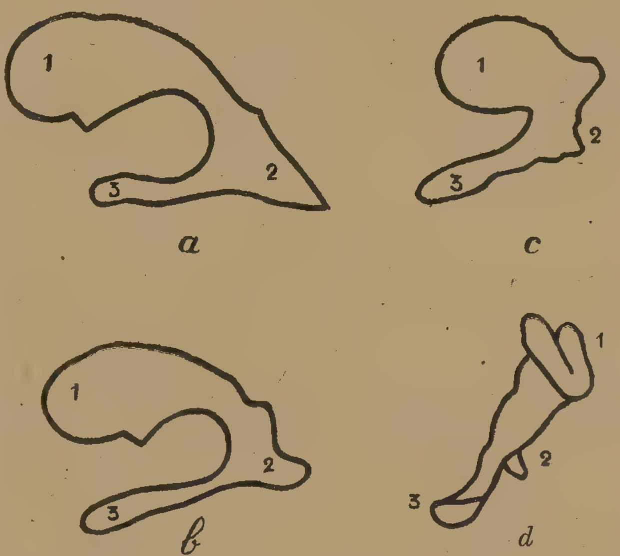


FIG. 2. — *Projection du ventricule latéral suivi dans un mouvement de rotation autour de l'axe vertical.* — *a.* Vue de profil; *b.* Rotation de 30° : *c.* Rotation de 60°; *d.* Vue sagittale (rotation de 90°). — 1. Corne frontale; 2. Corne occipitale; 3. Corne temporale (d'après Schott et Eitel).

retenir est la projection, en vue antéropostérieure, de la corne temporale. Normalement elle peut, à partir du carrefour ventriculaire, se diriger en avant sur le même plan sagittal que la corne occipitale; elle se projette alors sur celle-ci et ne peut être distinguée que grâce à la présence d'une zone plus claire; mais elle peut aussi se porter à la fois en dehors et en avant, devenant ainsi la portion la plus externe du ventricule latéral; elle se projette alors en dehors, sa clarté se présentant comme une sorte d'appendice clair détaché du bord externe du reste du ventricule (fig. 3).

(1) Les Allemands réservent le nom de « corne frontale » (Vorderhorn) à la partie tout antérieure du ventricule qui s'incurve en avant. Ils appellent « pars centralis » ou corps du ventricule toute la portion culminante, du trou de Monro au carrefour ventriculaire.

Dandy a donné de belles images de ventricules entièrement insufflés. Grâce à des études comparatives sur le cadavre (radiographies après insufflations de gaz ou injections de substances opaques dans les ventricules), grâce à l'examen de nombreux moules et modèles (Dandy, Jüngling, Heidereich, Schott et Eitel, Cossa...) on est arrivé à mettre sur pied une véritable *anatomie radiographique du système ventriculaire*, à préciser la forme de chacun de ses segments, sa situation par rapport aux segments voisins et aux accidents répérables de la boîte osseuse, à retrouver les diverses formations connues par l'anatomie banale. On trouvera dans les divers auteurs les précisions sur ce sujet. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails. Un des travaux les plus typiques à cet égard est celui de Balado, Morea et Donovan (de Buenos-Aires) sur la radiographie du IIIe ventricule.

II. Mais *le plus souvent*, sur le vivant, *on a injecté trop peu de gaz pour remplir tout le système ventriculaire*. Il y reste du liquide, en plus ou moins grande quantité. Quelle que soit ultérieurement la position imprimée de la tête, *le gaz alors s'accumulera dans les parties hautes*, *le liquide dans les parties déclives du ventricule*. Si le sujet est couché sur le ventre, a la figure plaquée contre la table (position faciale), le gaz occupe les parties postérieures, c'est-à-dire la corne occipitale du ventricule et le carrefour; le liquide reste accumulé dans la corne frontale, déclive, et, éventuellement, la pointe de la corne temporale. C'est l'inverse si le sujet, couché sur le dos, repose sur la table par la nuque (position occipitale). En position latérale, si le sujet repose par la tempe sur le côté non ponctionné, le gaz reste accumulé dans le ventricule où il a été introduit. Mais, pour peu que des oscillations aient été imprimées à la tête, il tend à se faire dans l'ensemble du système ventriculaire (ventricules latéraux et moyen) un équilibre nouveau, commandé par le *principe des vases communicants* : du gaz parvient dans le ventricule non ponctionné et, dans les positions sagittales (faciale ou occipitale) il s'accumulera dès lors dans les portions supérieures (cornes frontales ou occipitales, selon les positions) des *deux* ventricules. Pour la lecture des vues sagittales, la réalisation d'un tel équilibre hydrostatique, d'une symétrie parfaite de la répartition du liquide et du gaz, est indispensable, sous peine d'obtenir des images trompeuses, faussement asymétriques. Jüngling insiste, à juste titre, beaucoup sur ce point et il obtient l'équilibre en faisant tourner lentement mais plusieurs fois de suite, la tête autour de son axe antéropostérieur ou transversal, selon les cas. Cossa estime ces manœuvres un peu dangereuses et

que plus simplement, on obtient le même résultat en laissant écouler chaque fois deux ou trois minutes entre la mise en place de la tête et de la prise de radiographie. Dans tous les cas, il y a là un point délicat sur lequel il faut veiller, car la dysymétrie vraie des ventricules a, nous le verrons, une importance diagnostique capitale. Pour s'assurer que l'équilibre est atteint, plusieurs radioscopies ou graphies successives sont parfois nécessaires. Seuls peuvent avoir une signification précise les clichés pris après obtention de l'équilibre aéroliquidien.

Ceci dit, sur les différents aspects normaux, tous les auteurs sont d'accord.

1. Les prises de vue latérales (sujet couché en position ventrale, la tête tournée à 90 degrés, une tempe sur la table, le rayon central étant dirigé sur un point situé à 2 ou 3 centimètres au-dessus du conduit auditif externe) montrent le gaz accumulé dans le ventricule supérieur. L'image est facile à lire (fig. 1). Mais la quantité de gaz insufflé peut ne

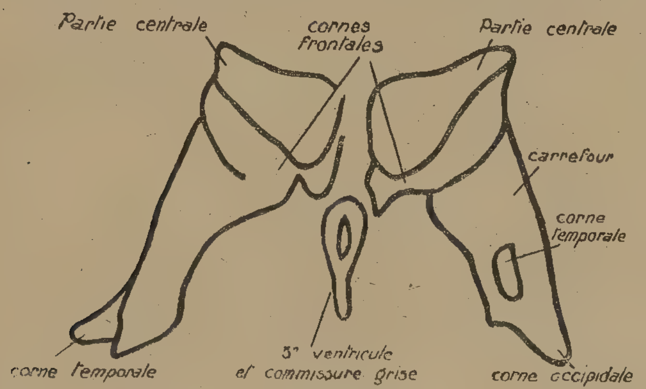


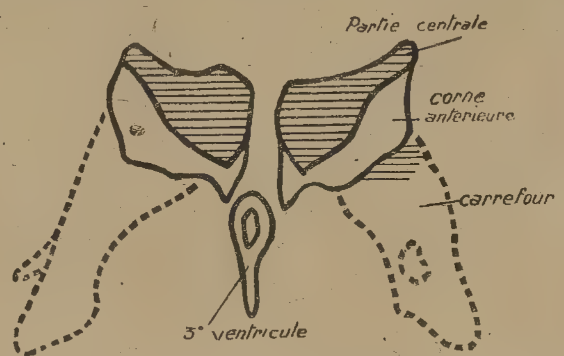
Fig. 3. — *Système ventriculaire vu de face, après substitution complète de gaz au liquide.* — Les deux projections possibles de la corne temporale.

pas être exactement égale à la capacité du ventricule; elle peut lui être supérieure ou inférieure. Dans le premier cas il y a du gaz dans les deux ventricules dont les profils se superposent; on reconnaîtra toujours celui qui est le plus haut à ce qu'il est plus large (parce que plus rapproché de la plaque). Dans le second cas, la corne frontale qui est la partie la plus basse (parce que la plus rapprochée de la ligne médiane) de l'unique ventricule partiellement insufflé, va disparaître la première. On ne peut donc jamais conclure sur une seule vue latérale à l'absence de corne frontale. En fait, dès que les ventricules latéraux sont asymétriques, les images latérales deviennent compliquées, de déchiffrage pénible. H. Winckler est un des seuls auteurs allemands qui les déclarent suffisantes. Presque tous les auteurs ne les acceptent que sous bénéfice d'inventaire et attachent plus de valeur aux vues sagittales. On peut, il est vrai, dévier un peu le rayon normal, le rendre oblique (incidence maxillo-pariétale, par exemple); les deux images ventriculaires se décalent alors; l'une monte au-dessus de l'autre (Cl. Vincent et Cossa). Il y a là une question d'habitude et d'expérience personnelle. L'important est que, une incidence une fois adoptée, tous les clichés soient pris dans des conditions rigoureusement superposables; à ce prix seul ils seront comparables les uns avec les autres.

2. Les prises de vue sagittales sont déclarées plus suggestives par beaucoup d'auteurs, Jüngling notamment. De fait, elles sont plus faciles à lire dans bien des cas lorsqu'on a retenu les quelques points suivants : le liquide et le gaz se répartissent différemment selon la position de la tête :

a. *En position occipitale* (sujet dans le décubitus dorsal, la *nuque appliquée contre la plaque*, les rayons traversant la tête d'avant en arrière, le rayon central suivant le plan horizontal sus-orbitaire le long de la ligne médiane) le gaz s'accumule dans les cornes frontales et les parties centrales (corps) des ventricules latéraux et dans le IIIe ventricule; on en trouve éventuellement dans les cornes temporales. Sur les clichés, on a en clair *l'image dite en papillon* (« Schmetterlings figur ») (fig. 4*a*). Le reste des ventricules, occupé par le liquide, n'apparaît pas.

b. *En position frontale* (sujet en décubitus ventral, la *face appliquée contre la plaque*, les rayons traversant la tête d'arrière en avant, le rayon normal suivant toujours le plan sus-orbitaire) l'image obtenue est en somme le négatif de l'image précédente. Le IIIe ventricule, les cornes frontales et les parties centrales des ventricules latéraux, déclives, sont occupées par le liquide et n'apparaissent pas. Le reste des ventricules, notamment les carrefours et



a. Image en papillon (en traits pleins). La partie ombrée apparait ou non selon le degré de remplissage.



b. Image en cornes de taureau renversées (en traits pleins). La partie ombrée apparait ou non selon le degré de remplissage.

Fig. 4. — *Aspects du système ventriculaire vu de face, en cas d'insufflation partielle.*

les cornes occipitales, quelquefois les cornes inférieures, remplis de gaz, se projettent en clair (*image en « cornes de taureau renversées »*, umgekehrte Stierhornform) (fig. 4*b*).

Naturellement, selon la proportion relative du gaz et du liquide, les images radiologiques diffèrent quelque peu, et on obtient des *aspects intermédiaires* entre la projection en clair totale des ventricules (fig. 3) d'une part, l'image en papillon ou en cornes de taureau, d'autre part (fig. 4). Par ailleurs, on peut varier un peu l'incidence du rayon normal : Jüngling vante une incidence oblique en haut et en arrière, naso-suprainiatique, décalée de 20 degrés sur l'incidence indiquée plus haut. Cushing, Cl. Vincent et Cossa vantent une *position sagittale, mais oblique*, la tête en flexion forcée soutenue par un coussin, bregma en haut, nuque en bas, les rayons suivant la ligne sous-occipitobregmatique. On voit ainsi la corne frontale, mais aussi le corps du ventricule projeté sur l'occipital.

3. POSITIONS DIVERSES. — Pour des buts spéciaux, certains auteurs ont préconisé les prises de vue dans les conditions suivantes :

a. Sujet assis, rayons occipitofrontaux ou latéraux (Weigeldt, Jüngling).

b. Positions axiales diverses avec rayon craniocaudal (Fedor, Krause, Kramer) ou position tête pendante (Dick, Wartenberg).

Ces techniques seront encore perfectionnées. Deux points sont à retenir surtout : d'une part il est essentiel que le « centrage » de l'ampoule, l'immobilité de la tête soient parfaits, et surtout qu'une fois une technique adoptée, on *se place toujours dans des conditions rigoureusement superposables*, seul moyen d'obtenir des clichés comparables. D'autre part, chez un même sujet il est *toujours indispensable de prendre plusieurs clichés en positions diverses* ; les uns montreront ce que les autres ne peuvent montrer et, si les clichés ne sont pas d'accord, il faudra se méfier, soupçonner une erreur de technique, recommencer l'opération ou ne tenir qu'un compte relatif des renseignements obtenus.

Avant d'en arriver à l'encéphalographie externe, un mot encore sur certains avantages de la ventriculographie directe. Elle permet, du fait de la seule ponction ventriculaire, de recueillir, en dehors de la radio, des renseignements utiles sur la situation plus ou moins superficielle ou profonde (dilatation, déplacement) du ventricule latéral. La facilité avec laquelle se fait l'aspiration du liquide donne une idée de la capacité du ventricule et de sa communication plus ou moins large avec le reste du système ventriculaire. Elle permet de mesurer la tension intraventriculaire et le liquide peut être conservé pour des examens au laboratoire. Au lieu de gaz, la ponction permet l'introduction de substances colorantes (indigocarmin, phénolsulfonephtaléine), dont la recherche dans l'autre ventricule ou par la ponction lombaire indiquera la perméabilité ou la non-perméabilité du trou de Monro d'une part, de l'aqueduc de Sylvius ou des trous de Magendie-Luschka d'autre part. Dandy a beaucoup insisté sur ces points et montré le bénéfice que l'on pouvait tirer de ce qu'il a appelé la *Ventricular--estimation*.

B. **Encéphalographie externe**. — Elle est beaucoup plus difficile à réaliser et donne des résultats beaucoup moins probants. Lorsque le gaz a été insufflé dans les ventricules, une partie en peut fuser vers le IVe ventricule, et par les trous de Magendie-Luschka aller se répandre dans la région péricérébelleuse. Mais le fait est inconstant et tardif. Pratiquement, si on veut essayer d'insuffler les espaces périencéphaliques, il faut introduire le gaz *par voie sous-occipitale ou mieux par voie lombaire*. Malheureusement, l'insufflation n'est jamais complète. En général du gaz filtre dans le lac cérébello-médullaire qu'il remplit, puis dans l'espace sous-tentoriel (entre cervelet et tente du cervelet) et la radio, faite de profil sur le malade assis, montre un cercle clair entourant le cervelet, pour ainsi dire décollé de sa loge comme le poumon de la plèvre dans un pneumothorax bien réussi (Dandy, Wartenberg). Dans les cas les plus favorables, et si une quantité de gaz importante a pu être insufflée, une partie passe au-dessus de la tente du cervelet. Sur les radiographies de profil le lac circumpédonculaire n'est jamais visible, parce que caché par l'ombre du rocher ; mais on peut voir les espaces plus antérieurs de la base ; quelquefois enfin l'air s'infiltre le long des scissures vers le sommet du crâne et les dessine. Sur le cadavre, H. Winkler a obtenu des injections gazeuses complètes des espaces méningés et il reproduit des radiographies sur lesquelles on retrouve tous les détails anatomiques de la surface cérébrale. Malheureusement deux faits rendent l'encéphalographie externe peu pratique :

1. *Dans les conditions les plus normales, le gaz ne passe pas toujours au-dessus de la tente du cervelet.* Bingel, sur le vivant, croit avoir pu repérer la scissure de Sylvius, l'insula, les sillons du corps calleux et du cingulum, mais pas à tout coup. La plupart des auteurs restent sceptiques et déclarent que de la non-filtration du gaz vers le haut on ne peut tirer aucune conclusion pathologique. Hanke (opérant avec du liquide coloré sur le cadavre) déclare qu'il n'a jamais vu le liquide atteindre le lobe occipital, ni le lac préchiasmatique, ni le pourtour du corps calleux. On a, il est vrai, préconisé deux moyens pour obtenir de meilleurs résultats :

a. L'un consiste à injecter de grosses quantités d'air. Il est dangereux.

b. L'autre est celui de *Sicard, Haguenau et Gally* (1) : le gaz est injecté par voie lombaire ; le malade, qui a été placé sur une table radiologique *basculante*, est d'abord en position de Trendelenburg : le gaz s'accumule dans le canal lombosacré. On renverse la table, malade tête en bas : le gaz gagne l'intérieur du crâne et les ventricules ; la radiographie prise, le malade est renversé en sens inverse ; le gaz peut alors être évacué par une nouvelle ponction de la région lombaire où il s'est de nouveau accumulé.

Mais, jamais on n'est sûr d'obtenir une insuffla-

(1) Ces auteurs ont cherché par ce procédé à obtenir après insufflation de gaz par voie lombaire le remplissage des ventricules. Ils ne parlent pas de l'insufflation des espaces péri-encéphaliques. Mais Schnürcke a employé la même manœuvre pour tenter d'obtenir de belles projections de ces espaces. Il a fait beaucoup d'essais, tant sur le cadavre que sur le vivant. Il n'a eu qu'un résultat satisfaisant chez un chien.

tion même des seuls lacs de la base : toutes choses égales d'ailleurs, la répartition du gaz autour des circonvolutions, quand elle a lieu, se fait de façon tellement variable d'un sujet à l'autre qu'on ne peut tirer la moindre conclusion pathologique d'une non-insufflation totale ou partielle des espaces péricorticaux.

2. D'autre part, en admettant l'insufflation réussie, que se produit-il ? W. Jacobi et H. Winckler l'ont montré : *une superposition* sur les clichés (surtout sur les clichés de profil) de *quatre systèmes de traînées claires* correspondant aux sillons des deux faces externes et des deux faces internes des hémisphères, à quoi s'ajoutent encore les clartés des ventricules plus ou moins parallèlement insufflés et les inégalités d'opacité de la boîte cranienne. Cela rend les *radiographies*, on le conçoit, *extrêmement difficiles à lire.* Malgré les essais de Winckler, la question n'est pas au point, et elle est peut-être insoluble.

Avant de finir ce chapitre, un point encore. Les partisans de l'insufflation lombaire ou sousoccipitale ont eu presque toujours pour but d'injecter de gaz, non pas tant les méninges périphériques, que les ventricules eux-mêmes. Ce qu'ils cherchent à réaliser ce n'est pas tant une encéphalographie externe qu'une pneumoventriculographie, les voies rachidiennes étant plus simples que la voie directe en ce sens qu'elles dispensent de trépaner. Les résultats sont souvent satisfaisants, notamment si l'on pratique le renversement du malade. Mais, sans cause pathologique réelle, l'air insufflé peut demeurer dans les lacs de la base et ne pas pénétrer dans les cavités ventriculaires par les trous de Luschka-Magendie (50 p. 100 des cas d'après Schott et Eitel, Podesta) de sorte que si un résultat positif est utilisable, un résultat négatif n'a aucune signification et l'on ne voit pas ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation. C'est là, pour les voies d'introduction rachidiennes du gaz, une grosse cause d'infériorité.

III. **Images pathologiques**. — Ce qui précède explique que, actuellement du moins, on ne puisse tenir compte que des images ventriculaires. La ventriculographie donne des renseignements utiles dans les cas d'*hydrocéphalie* et de *tumeurs cérébrales* surtout, accessoirement dans d'*autres affections de l'encéphale.*

A. **Hydrocéphalies (et tumeurs de la fosse cérébrale postérieure).** — Nous retrouvons un bon nombre de faits connus, mis en évidence surtout par Dandy et déjà classiques en France, grâce notamment aux divers articles de M. Babonneix sur les encéphalopathies infantiles. Nous serons donc brefs.

Les dimensions des ventricules normaux sont variables et mal connues, de sorte que des ventriculographies on ne peut guère tirer argument pour un *diagnostic précoce d'hydrocéphalie* (Jüngling). Des ventricules à angles arrondis (sur les clichés sagittaux) seraient cependant, pour Winckler, toujours des ventricules dilatés. *Dans les hydrocéphalies confirmées, deux cas* se présentent (Dandy).

1. Tantôt, il s'agit d'une HYDROCÉPHALIE COMMUNICANTE : la ponction trouve alors facilement et superficiellement le ventricule ; une grosse quantité de liquide peut en être retirée et remplacée par du gaz. Un liquide coloré, injecté dans le ventricule, est retrouvé après quelques minutes par ponction lombaire. Sur les clichés, les ventricules insufflés apparaissent dilatés, mais non grossièrement déformés. On sait que, pour Dandy, la cause de telles hydrocéphalies réside dans des lésions méningées de la base (1) et que l'insufflation de gaz dans les espaces sous-arachnoïdiens superficiels montre ces lésions, le gaz ne passant pas du canal rachidien et de la fosse cérébrale postérieure dans les lacs antérieurs et sur le cortex. Les auteurs allemands ne sont pas si affirmatifs. Hanke, Jüngling, Denk, Martin et Uhler... insistent sur le fait, déjà signalé, que, dans les conditions en apparence les plus normales, le gaz, introduit par voie rachidienne, ne filtre pas toujours au-dessus de la fosse cérébrale postérieure. Ils estiment que l'hydrocéphalie communicante n'est pas toujours liée à une lésion de la base faisant obstacle à l'ascension du liquide céphalo-rachidien vers les parties hautes du cerveau, qu'elle peut être la conséquence d'une hypersécrétion de liquide, elle-même due soit à un obstacle au décours du sang dans la veine de Galien (opinion déjà émise par Dandy), soit à une excitation des plexus choroïdes par une tumeur, même située à distance (Denk). *Une hydrocéphalie communicante n'élimine donc pas la possibilité d'un néoplasme.*

2. Tantôt, il s'agit d'HYDROCÉPHALIES OBSTRUCTIVES. — L'obstacle siège sur la ligne médiane, en arrière du III° ventricule, quelque part entre celui-ci et les trous de Magendie-Luschka. L'hydrocéphalie, toujours bilatérale, est symétrique ou non.

a. *Hydrocéphalies obstructives symétriques.* — Sur les radios, on voit une distension des ventricules latéraux et en général aussi du III° ventricule.

Celui-ci est à peu près toujours visible. Une double question se pose : celle du *siège* de l'obstacle, celle de sa *nature*.

L'aqueduc de Sylvius, nous l'avons dit, n'est jamais visible sur les clichés et, dans les conditions les plus normales, il ne semble pas constant, quoi qu'en dise Winckler, que du gaz atteigne le IV° ventricule. En fait donc : ou bien (dans des cas rares) on trouvera le IV° ventricule clair et distendu alors que pas une bulle de gaz n'a passé dans les espaces sous-arachnoïdiens, et on peut alors conclure à une oblitération des trous de Magendie-Luschka; ou bien (beaucoup plus souvent), le IV° ventricule ne contient pas de gaz ; on ne peut alors, sur le seul vu des clichés, dire en quel point du canal central (IV° ventricule, aqueduc, partie postérieure du III° ventricule) siège l'obstacle sauf cas exceptionnels de déformations concomitantes de la partie postérieure du III° ventricule, si là siège une tumeur.

Quant à la *nature* de l'obstacle, on peut admettre les points suivants : s'agit-il d'une *hydrocéphalie congénitale*, on doit admettre un processus inflammatoire intra-utérin ou une anomalie congénitale oblitérant l'aqueduc de Sylvius (20 cas rassemblés par Dandy), beaucoup plus rarement ayant oblitéré les trous de Magendie-Luschka (2 cas observés chez l'adulte par Dandy);

S'agit-il d'une *hydrocéphalie acquise*, il peut s'agir d'une inflammation épendymaire ou d'une méningite adhésive sous-cérébelleuse. Il peut aussi s'agir d'une TUMEUR de la fosse cérébrale postérieure bloquant l'aqueduc, mais toujours alors d'une tumeur *petite et médiane*. Les grosses tumeurs donnent en effet des hydrocéphalies asymétriques.

b. *Hydrocéphalies obstructives asymétriques.* — Elles sont exceptionnellement congénitales. On ne les voit guère que chez l'adulte et elles sont le fait de *tumeurs volumineuses de la fosse cérébrale postérieure.* Ces tumeurs en effet bloquent l'aqueduc de Sylvius, d'où l'hydrocéphalie. Mais en même temps, elles ont tendance à refouler vers le haut la tente du cervelet, seule portion relativement extensible de leur loge ; ce faisant elles refoulent de bas en haut la portion occipitale du ventricule latéral homolatéral ; sur les clichés sagittaux, face en bas, on voit cette corne aplatie, écornée, quelquefois refoulée vers le côté sain, moins dilatée que l'opposée. La ventriculographie permet donc, dans ces cas, de faire le diagnostic du côté malade, mais jusqu'à nouvel ordre, elle ne peut faire plus et ne permet pas de conclure au siège cérébelleux, pontocérébelleux ou protubérantiel du néoplasme. Tels sont du moins les faits exposés par Jüngling d'après son expérience personnelle et d'après une observation de Schmincke. Dandy, Dimitri et Balado, Elsberg Spilcer, Cl. Vincent et Cossa ont noté les mêmes aspects (obs. VIII de la thèse de Cossa). Inversement, on doit rappeler que toute tumeur de la fosse posté rieure ne donne pas la même image. *(A suivre.)*

(1) Lésions empêchant le liquide de remonter vers la convexité, qui est son lieu de résorption principal et normal.

Le Comminges thermal et climatique (1),
par le docteur GIRARD.

L'auteur fait une étude très complète de cette curieuse région pyrénéenne dont Luchon est la capitale, et qui groupe entre Saint-Gaudens et les Pyrénées treize stations remarquables à bien des points de vue. L. G.

(1) Un vol. in-8. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



DIURÉTIQUE
D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
à
0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Nº 80. — MERCREDI 3 OCTOBRE 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 3 OCTOBRE 1928. — Nº 80.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Liste d'admissibilité par ordre alphabétique.* Dans un prochain numéro nous publierons la liste par ordre de mérite.

1. MM. Aboulker (Pierre), Alavoine, Albeaux, Amid, Antonelli, Mme Arager, MM. Ardouin (Georges), Arnon, Arondel, Asselin,

11. Aubin, Auzepy, Mlle Baguette, Mme Baillon, MM. Bardin, Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barrier, Barthélemy, Baussan,

21. Béchet, Mlle Bégaud, MM. Belêtre, Bénassy, Bergenstein, Bernard (Jean), Bernard-Griffiths, Beuzard, Beuter, Billiard (Jean-Louis),

31. Blanquine, Bloch, Mlle Blondel, MM. Boisramé, Bolgert, Bonnet (Raymond), Bons, Boquet, Bosquet, Boudin,

41. Bourgeois, Bousser, Boyer (Isid.), Brandy, Bréhier, Bridot, Brisard (Pierre), Brisset, Brizard (André), Caciura,

51. Caïn, Carbonel, Carteret, Catalette, Mlle Cathier, M. Chomet, Mlle Cligny, MM. Cohen (Albert), Cohen (Asdriel), Colin,

61. Contiadès, Coste, Cottet, Courtial, Cros, Cuvillier, Darnis, David (Jean), David (Pierre), Delay,

71. Deliencourt, Delinotte, Demoulin, Deparis, Deslandres, Desormeaux, Mlle Develay, MM. Douvry, Draillard, Dreyfus (André),

81. Mlle Dreyfus (Suzanne), MM. Dubois (J.-L.), Mlle Ducosté, M. Dulot, Mlle Dupont, MM. Durel (Pierre), Durieux, Durrbach, Eck, Ellenberger,

91. Favre (Albert), Facquet, Mlle Fagnière, MM. Fau, Fauvert, Fabre, Mlle Fayot, MM. Fichet, Fiehrer, Filliozat,

101. Fort, Fournié, Franco, Friedmann, Gadaud, Gallot, Gasne (André), Gaston, Gaudin, Mlle Gautheron,

111. MM. Gavois, Gigon, Gilbrin, de Ginestet, Mlle Girardeau, MM. Golé, Gorecki, Gorodiche, Gosset, Graffin,

121. Grand, Mme Grand, MM. Grasset, Grivaud, Guichard, Guilly, Haick, Mlle Hallard, MM. Hauert, Henrion,

131. Herbert, Hervy, Hesse, Huret, Huret, Hutin, Iliovici, Illaire, Jarrousse, Jomain,

141. Jonard, Joseph, Judet, Klotz, Koang, Kreyts, Kiriaco, Labesse, Lacaze, Lachter-Pachter,

151. Lacoste, Laflotte, Lançon, Langlois, de Langre, Lapeyre, Lapiné, Lardennois, Lecadre, Mlle Le Diouron,

161. MM. Lefebvre, Lejeune, Lellouch, Lemoine, Lepart, Mlle Lépiné, MM. Leroy (Jacques), Leroy (René), Leroy (Robert), Leuret,

171. Lewy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lieftring, Limasset, Loisel, Loutsch, Louvet, Macé de Lépinay, Maës, Maisler,

181. Mariau, Martin (J.-T), Martin (René), Masson (G.), Masson (P.), Meillaud, Meyer, Mutricy, Naulleau, Nicolas,

191. Olivier, Ollivier-Henry, de Palma, Patey, Patté, Paul, Pautrat, Peney, Pérachon, Périer,

201. Pichon, Mlle Pichot, MM. Piel, Piollet, Poilleux, Poinceau, Postel, Poucy, Prost, Puymartin,

211. Rachelsberg, Reyt, Ribadeau-Dumas, Robert (Paul), Robin, Rochard, Mlle Riom, MM. Roquejeoffre, Roulin, Rousseau (Gaston),

221. Royer de Véricourt, Rudler, Sabourin, Sallet (Jean), Salomon, Sambron, Sanz, Schwartz, Séguinot, Sergent (H.),

231. Soubrane, Souilhé, Stérin (Lucien), Stérin (Raymond), Stoclet, Strée, Suchmann, Tavennec, Terrenoire, Thomas,

241. Thorel, Trocmé, Vaidis, Mlle Valentin, MM. Vandenbosche, Vaudour, Vautrin, Vialle, Victor, Mlle Vidal,

251. Voillemin, Mlle Weiss, M. Werner, Mlle Wilm, M. Zhâ.

— PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1928, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du Service de santé) avant le 17 novembre 1928, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour trois places d'interne en pharmacie s'ouvrira le jeudi 20 décembre 1928, à l'hôpital Saint-André, à 8 h. du matin.

Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du concours. — S'inscrire au secrétariat des hospices

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — *Concours du clinicat.* — Ont été nommés :

Chef de clinique médicale (chaire de M. le professeur Boinet) : M. le docteur Turriès; adjoint : M. le docteur Isémein.

Chef de clinique médicale (chaire de M. le professeur Gaujoux) : M. le docteur Montagnier; adjoint : M. le docteur Félix Trabuc.

Chef de clinique neurologique : M. le docteur Albert Crémieux.

Chef de clinique médicale infantile : M. le docteur Perrimond; adjoint : M. le docteur Poinso.

Chef de clinique des maladies de la première enfance : M. le docteur Georges Sesquès; adjoint : Mlle Julie Cousin.

Chef de clinique urologique : M. le docteur Tristant; adjoint : M. le docteur Ch. Lahayville.

Chef de clinique gynécologique : M. le docteur Salen; adjoint : M. le docteur J. Chosson.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours s'ouvrira, le 12 novembre prochain, à la Préfecture de police, pour l'admission à six places d'aides internes titulaires et pour la désignation de huit aides internes provisoires collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Les inscriptions des candidats seront reçues, jusqu'au 12 octobre, à la direction du personnel de la Préfecture de police.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le professeur Leriche (de Strasbourg), a été élu membre correspondant étranger de l'Académie royale de médecine de Belgique.

MM. Bing, Bouin, Faure ont été élus membres honoraires étrangers.

DIPLOMATE ET MÉDECIN. — L'éminent haut commissaire du Canada à Paris, le docteur Philippe Roy, nommé il y a quelques mois ministre du Canada, à Paris, a remis ses lettres de créance la semaine dernière au Président de la République.

Avant d'être sénateur canadien, puis représentant du Canada à Paris, l'éminent diplomate était chirurgien et journaliste. C'est un grand ami de la France qui a souvent prouvé son amitié à notre pays pendant la dernière guerre.

MÉDAILLE DU DOCTEUR VICTOR PAUCHET. — Le Comité réuni pour l'office de sa médaille au docteur Victor Pauchet (pour fêter son élévation au grade de commandeur de la Légion d'honneur) nous informe que la remise aura lieu à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier de Serres, Paris (15e), le dimanche 14 octobre, à 10 h. 1/2.

XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE [Ire session de médecine sociale, accidents du travail, maladies professionnelles] (PARIS, 9-10-11 octobre 1928). — Président : M. Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker.

Mardi 9 octobre. — 9 h. 30 : Séance d'ouverture, amphithéâtre Vulpian, à la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. Loucheur, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale.

Premier rapport : « Médecine sociale. Les expertises dans les lois sociales. » M. le professeur Balthazard (de Paris).

14 h. 30 : Même amphithéâtre.

Deuxième rapport : « Accidents du travail. Résultat comparé des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe. » MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux).

Mercredi 10 octobre. — 9 h. 30 : même amphithéâtre.

Suite de la discussion du rapport sur l'ostéosynthèse. Séance de communications.

14 h. 30 : Même amphithéâtre.

Troisième et quatrième rapports : « Maladies professionnelles. Les intoxications professionnelles par les hydrocarbures. » M. Duvoir (de Paris). — « Pathologie professionnelle des corps radio-actifs. » M. de Laet (de Bruxelles).

Jeudi 11 octobre. — 9 h. 30 : Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Cinquième rapport : « Criminologie. Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique. » M. Fribourg-Blanc (de Paris).

14 h. 30 : Amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas. Séance de communications.

Organisation du prochain Congrès.

La Société de médecine légale de France tiendra une séance exceptionnelle à l'occasion du XIIIe Congrès, le lundi 8 octobre 1928, à 17 h., à la première Chambre du Tribunal de la Seine, au Palais de Justice, sous la présidence de M. Wattinne, président du Tribunal de la Seine. Tous les membres du Congrès sont invités à y assister.

N. B. — 1° Pour tous renseignements, s'adresser à M. E. Martin, 64, rue Pasteur, Lyon; M. Michel, 5, rue de Rigny, Nancy; M. Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac, Paris; 2° Les personnes qui désirent participer au Congrès devront s'inscrire le plus tôt possible, en envoyant leur cotisation (60 fr.) à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris (Ier).

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES DE 1929. — La neuvième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra du 22 au 26 juin. La séance inaugurale aura lieu le samedi 22 juin, à 16 h. au Palais des Académies. L'excursion du mercredi 26 juin aura lieu dans la province du Hainaut.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Oskar Medin, professeur de pédiatrie à l'Institut carolinien de médecine et de chirurgie de Stockholm, bien connu par ses travaux en pathologie infantile et en particulier sur la poliomyélite aiguë épidémique (maladie de Heine-Medin); MM. les docteurs Charrasse (de Mazan, Vaucluse) ; Fleury (de Saint-Etienne).

LE DRAINAGE PAR TRANSFIXION ABDOMINO-LOMBAIRE

DANS

LA PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE

Par le docteur F. ODY,
Chef du Second service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Genève.

La pancréatite hémorragique a, certes, fait couler déjà beaucoup d'encre et les problèmes que cette curieuse affection soulève ont été aussi très discutés. Cependant, il faut l'avouer, la question du traitement, une des plus importantes pour le praticien, est bien loin d'être résolue.

Bien que certains (Hinton, 1925) pensent que le traitement chirurgical ne semble pas guérir le mal ni prévenir les crises ultérieures, je suis du grand nombre de ceux qui croient que cette thérapeutique donne les moins mauvais résultats, même quand elle est exécutée, comme c'est le plus souvent le cas, dans l'ignorance la plus complète de toute pathogénie. En comparant diverses statistiques, qui diffèrent considérablement les unes des autres, du fait de la grande variété des formes de pancréatites aiguës, on compte 50 à 80 p. 100 de mortalité pour les cas opérés, tandis que les cas non opérés donnent un contingent de plus de 90 p. 100. L'écart de ces chiffres montre déjà la supériorité de l'acte opératoire sur le traitement médical, tout au moins le danger de l'abstention, même dans les cas apparemment les plus benins.

L'opération, habituellement pratiquée, consiste à drainer le péritoine et fendre la capsule pancréatique, voire même le parenchyme (Mickulicz). Purement symptomatique, elle a comme but de permettre l'écoulement au dehors des produits toxiques que provoque la nécrose du pancréas. En décorsetant la glande, elle facilite d'autre part l'afflux sanguin. Cette mise à nu de la glande salivaire abdominale se fait ordinairement par une laparotomie sus-ombilicale et par le passage à travers le ligament gastro-colique. Suivant le siège des lésions, il peut être préférable de passer soit à travers le petit épiploon, soit à travers le mésocôlon. On devra même, quelquefois, contourner et décoller l'angle duodénal ou recourir à la combinaison de ces divers procédés pour établir un drainage vraiment opérant.

Bien qu'on n'aime pas beaucoup le drainage à la Mickulicz dans le haut péritoine, cette méthode n'est pas sans valeur et, mieux que le simple drainage par le drain de caoutchouc double ou unique, elle a donné de bons résultats. Cependant, comme nous allons le montrer, elle n'est pas toujours suffisante et il arrive qu'elle s'avère parfois totalement inefficace. On voit alors la température persister et l'état général s'aggraver et c'est pour en avoir fait l'expérience récemment encore que nous avons eu l'idée de compléter ce drainage par un drainage déclive postérieur.

L'inconvénient que présentent, à notre avis, les drainages abdominaux antérieurs, réside toujours dans le fait qu'ils ne drainent que par regorgement. La capillarité des compresses, constituant le Mickulicz, ne joue que temporairement et cesse dès que la compresse est imbibée. Le Mickulicz est parfait quand il est au point déclive, ce qui n'arrive que dans certains cas de gynécologie ou d'ablation du rectum, par exemple. Mais pour la loge pancréatique, nous le répétons, il ne donne pas toujours des résultats constants, d'autant moins que les sécrétions de la pancréatite hémorragique sont, à certains moments, particulièrement épaisses et visqueuses.

C'est pourquoi Bardenheur a cherché à substituer au drainage antérieur un drainage postérieur, fait au point déclive lombaire. Ce drainage qui théoriquement semble idéal, a cependant le grave défaut d'être difficile à établir, quand on le pratique seul. Nous avons eu l'occasion de l'exécuter et, nous devons le reconnaître, non sans peine et non sans dégât. La face postérieure du pancréas se laisse très difficilement découvrir par cette seule voie d'accès. Par cette méthode, du reste, on ne draine qu'une partie de la loge pancréatique, la face postérieure.

Je viens de me servir, à nouveau, de ce procédé dans le cas relaté ci-après. Le drainage antérieur avait été déjà établi et ne donnait aucune amélioration. Au contraire, l'état du malade empirait de jour en jour, d'une façon inquiétante. J'ai donc employé cette fois le drainage postérieur comme adjuvant de l'antérieur, réalisant ainsi ce que j'appelle *transfixion abdomino-lombaire*, permettant non seulement de bien drainer les produits autolysés de toute la loge pancréatique, mais encore de laver à grande eau, si l'on peut dire, le foyer malade, d'avant en arrière et d'arrière en avant. Le drain utilisé, de gros calibre, muni de nombreuses ouvertures latérales, qui pénétrait en avant de l'abdomen pour sortir en arrière, fut très facile à entretenir perméable et propre malgré la quantité et la nature des sécrétions.

J'ai pu constater au cours de cette intervention, que la voie postérieure, ainsi pratiquée en association avec l'antérieure, devenait techniquement très facile. J'ai remarqué aussi que cette seconde opération, qui permettait de détacher au doigt la glande de son atmosphère celluleuse postérieure, assurait, seule, le drainage d'un foyer gangréné et suppuré que n'atteignait pas les drains antérieurs.

Au moment où la question du drainage abdominal est à l'ordre du jour et vient d'être discuté dans un important rapport de Patel, au Congrès de chirurgie de 1927, je tiens à attirer l'attention sur ce nouveau procédé de drainage, préconisé dans son principe par Bardenheuer, qui nous a permis d'obtenir un excellent résultat dans un cas où le drainage habituel nous conduisait à un échec certain.

R... (Thérèse), trente-cinq ans, commerçante. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. L'affection actuelle semble avoir débuté il y a plusieurs années et se manifestait par des crises passagères excessivement douloureuses localisées à l'épigastre et apparaissant avec des nausées et des vomissements environ deux heures après les repas. Ces douleurs n'irradiaient ni vers l'épaule, ni vers la jambe, mais exclusivement dans le dos. La dernière crise fit entrer la malade dans la clinique médicale de l'hôpital cantonal de Genève le 4 janvier 1928, où l'on note une température oscillant entre

37°7 et 39°5, un pouls très accéléré, du subitère, de l'urobiline et des pigments biliaires dans l'urine, un taux de l'urée du sang de 0,33 et 13.125 globules blancs. Le transit baryté révèle une élévation de l'estomac, une diminution de mobilité gastrique et une absence de péristaltisme, qui font penser à une infiltration néoplasique de la petite courbure ou à des adhérences périgastriques, secondaires à une lésion de l'estomac. Il fut posé le diagnostic de coliques hépatiques avec angiocholite. La malade quitte la clinique le 27 février 1928, dans un état très satisfaisant, renonçant à l'opération conseillée.

Le 8 mars 1928, une nouvelle crise avec température élevée et pouls très rapide conduit la malade entre nos mains. La laparotomie médiane, pratiquée d'urgence, nous met en présence d'une séreuse péritonéale parsemée de taches de bougies. Dans l'arrière-cavité des épiploons, nous pénétrons dans une poche, à paroi fortement œdémateuse, contenant du liquide purulent, peu épais, tenant en suspension des grumeaux et des masses plus ou moins considérables de tissus nécrosés. La vésicule biliaire et l'appendice sont normaux. L'estomac ne présente que des signes de périgastrite postérieure. Après avoir débridé au doigt toute la face antérieure du pancréas et vidé cet abcès, on place dans la loge pancréatique deux drains de caoutchouc qu'on laisse sortir par l'incision suturée autour d'eux, par plans séparés. Cicatrisation de la paroi p. p. Par les drains s'écoule beaucoup de sécrétion, laquelle devient de plus en plus visqueuse. Il s'élimine de nombreux séquestres de tissus mortifiés. La température baisse, les vomissements et les douleurs disparaissent. La malade a cependant considérablement maigri au cours de cette dernière période de son affection : de 82 à 63 kilogremmes. Tout semblait rentrer dans l'ordre, quand le 31 mars 1926, la température atteint 39°6. Les vomissements et les douleurs épigastriques font cortège à ce nouveau drame. Depuis lors, malgré le drainage antérieur, qui n'avait pas encore été supprimé, malgré le régime et malgré l'atropine, la suppuration s'installe de plus en plus abondante et l'état général s'aggrave. Le 7 mai 1928, la malade ne pèse plus que 52 kilogrammes. On se décide alors à pratiquer *la transfixion abdomino-lombaire* : incision postérieure et opération de Bardenheuer sous le contrôle du doigt introduit dans l'orifice du drainage antérieur. On constate la présence de taches de bougies dans la loge rénale et une collection purulente en arrière du pancréas. La température baisse presque immédiatement. Plus de vomissement ni douleur. Le 12 mai 1928, pour la première fois, apparition de 0,20 de sucre dans l'urine, qui disparaît par l'administration *pro die*, de 5 U. d'insuline. Le 25 mai 1928, température normale, l'appétit, qui a été nul jusqu'alors, devient excellent. La sécrétion tarit peu à peu. Le 9 juin 1928, on enlève le drain, la malade se lève. Le 28 juin 1928, le poids est de 55k5. La malade quitte l'hôpital. Le 21 juillet 1928, nouvel examen : l'état général s'est amélioré; la malade se sent tout à fait guérie; plus de douleurs; poids, 60 kilogrammes. Le 21 septembre, état général excellent; poids 71 kilogrammes.

Les Aspects chimiques de l'immunité, par H. G. Wells, professeur de pathologie à l'Université de Chicago, directeur de l'Institut Oto S. A. Sprague memorial. Traduction de L. Boëz, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg. Un vol. in-8 de 384 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

L'Ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infrarouge. Notions indispensables au médecin. Technique. Indications cliniques. Résultats thérapeutiques, par les docteurs J. Aimard et H. Dausset. 3e édition. Un volume in-8 couronne de 214 pages, avec 28 figures hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

LES LIGATURES DIFFICILES (1)

Par H. BILLET,

Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE

SOUS LA CLAVICULE.

Je crois bien que les deux ligatures classiques de l'axillaire, dans le creux de l'aisselle et sous la clavicule, sont appelés à disparaître des Traités de médecine opératoire dans un avenir prochain. Les chirurgiens d'aujourd'hui veulent avant tout voir clair, dussent-ils consentir à cet effet quelques sacrifices anatomiques, et je suis à peu près certain que n'importe quel opérateur préférera systématiquement utiliser la grande voie d'accès antérieure, qui découvre en totalité le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, plutôt que d'avoir recours aux incisions classiques, qui ne donnent sur celui-ci qu'un jour parcimonieux et limité.

Ces dernières constituent cependant d'excellents exercices d'anatomie appliquée, et c'est peut-être à ce titre qu'elles continueront d'être enseignées dans les cours de médecine opératoire.

Je n'ai pas cru devoir m'arrêter à la ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle, parce qu'elle ne m'a pas paru présenter une difficulté réelle. La seule faute qu'un opérateur puisse commettre, en suivant la technique de Farabeuf, c'est de lier l'artère humérale au lieu de l'axillaire. Cela tient uniquement à ce que l'incision de Farabeuf est trop courte du côté de l'aisselle. Au Val-de-Grâce, on conseille depuis longtemps de prolonger cette incision, parallèlement au bord inférieur du grand pectoral, de telle façon que le « sommet » de l'aisselle se trouve, non plus à l'extrémité, mais au milieu même de l'incision. De cette manière, on accède à coup sûr sur l'artère axillaire et l'on peut, sans difficulté, placer le fil à ligature en amont de la scapulaire inférieure, en dehors, par conséquent, de la zone dite dangereuse.

La ligature sous la clavicule est de réalisation moins aisée : l'artère n'est pas toujours facile à trouver; elle y est entourée de grosses veines et aussi d'importants troncs nerveux..... que maints opérateurs, surtout maints candidats, ont liés au lieu et place d'elle.

Pour bien comprendre et réussir cette ligature, il est nécessaire d'avoir très présente à l'esprit l'anatomie de la région et surtout d'avoir la connaissance exacte de la disposition et des rapports des éléments vasculaires et nerveux. En effet, la notion capitale, qui domine la technique opératoire, c'est la dissociation, dans le paquet vaculo-nerveux, des veines d'une part, des nerfs et de l'artère d'autre part; autrement dit, dans le paquet vasculo-nerveux cons-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.).

titué, sous la clavicule, par l'artère axillaire, la veine axillaire et ses affluents, les troncs du plexus brachial, il faut envisager séparément : d'un côté, la veine et ses affluents; de l'autre, l'artère et les nerfs, dont l'ensemble forme ce que j'appellerai *le paquet artério-nerveux*. Cette dissociation est la conséquence de l'adhérence de tous les troncs veineux à l'aponévrose clavi-pectorale, en vertu de laquelle le simple abaissement, par un écarteur, de cette aponévrose suffit à récliner les grosses veines, qui forment un écran, au premier abord infranchissable, au-devant des nerfs et de l'artère axillaire. Lorsque cet obstacle primordial a été levé, il ne reste plus à l'opérateur qu'à reconnaître l'artère au milieu des nerfs. Ce n'est, semble-t-il, qu'un temps secondaire de l'opération; c'est peut-être cependant celui qui donne lieu aux erreurs les plus habituelles : c'est la faute classique de cette ligature.

Il est rare, en effet, qu'un opérateur averti fasse fausse route dans la première partie de l'intervention à savoir l'abaissement des troncs veineux et la découverte du paquet artério-veineux. Tous les schémas reproduits dans les Traités d'anatomie et de médecine opératoire permettent assez bien de comprendre comment la veine axillaire et la veine céphalique, adhérentes à l'aponévrose clavi-pectorale, sont entraînées par cette dernière, quand un écarteur l'abaisse énergiquement. Ils font également comprendre le danger d'aborder directement ladite aponévrose clavi-pectorale, en avant et en arrière de laquelle se trouvent les troncs veineux; ils font saisir enfin comment on tourne la difficulté, en incisant, non pas l'aponévrose, mais les deux feuillets, qui la constituent en se réunissant : à savoir le feuillet antérieur et le feuillet postérieur de la gaine du muscle sous clavier. C'est de là que découle cette règle fondamentale : *la nécessité d'inciser l'aponévrose clavi-pectorale sur le muscle sous-clavier.*

Je dois dire que j'ai vu bien peu d'opérateurs expérimentés manquer ce temps de l'intervention, à condition, toutefois, que l'artère ait été bien repérée, exactement au milieu de la clavicule, et que l'opérateur ne se porte pas trop en dehors. Tout concourt d'ailleurs à ce qu'il soit correctement exécuté, en particulier l'idée qu'on se fait des dimensions du sous-clavier. Le chirurgien est tout naturellement porté à se rapprocher de la clavicule et à inciser l'aponévrose au ras de l'os. C'est très rare que le contraire se produise; c'est alors, évidemment, l'échec à peu près irréparable.

Si le temps le plus important de l'opération réussit en somme presque toujours, comment se fait-il que ce soit l'accessoire, l'isolement de l'artère, qui provoque les erreurs les plus habituelles? Je n'hésite pas à répondre que c'est faute de notions précises sur la situation exacte du vaisseau. On m'objectera peut-être : Est-il besoin de tant de précisions? Est-ce donc bien difficile puisque, dans le champ opératoire, il n'y a plus que des nerfs et une artère, d'identifier cette dernière? A ces questions je répondrai formellement par l'affirmative, *et je donne tort, non moins formellement, à ceux qui pensent qu'il faut être vraiment très ému pour lier un des troncs du plexus brachial.* Ils seront les premières victimes de leur orgueilleuse confiance, s'ils croient qu'il n'est pas utile de savoir où se trouve exactement l'artère pour réussir la ligature à coup sûr.

S'il n'en était pas ainsi, Farabeuf aurait-il pris si grand soin à décrire et à figurer le « précieux » repère, le nerf du grand pectoral? En réalité, je ne crois pas que celui-ci puisse empêcher une erreur de se commettre, car il passe aussi bien devant d'autres troncs du plexus que devant l'artère axillaire. Et puis, il est des cas où sa découverte nécessite une

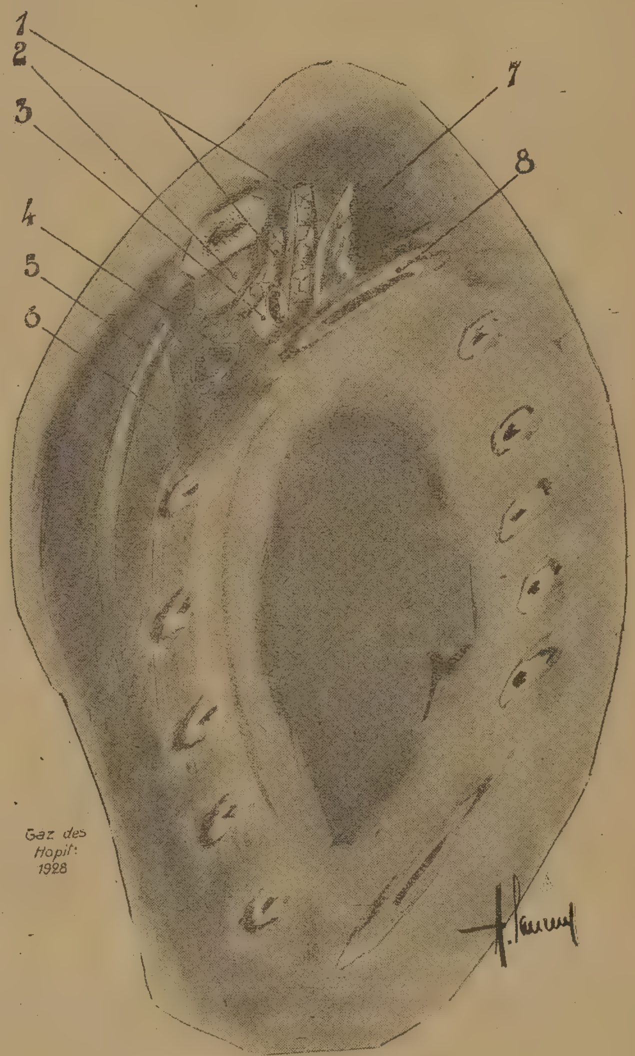


FIG. 1. — *Rapports de l'artère axillaire dans la région sous-claviculaire.* (Coupe perpendiculaire à la clavicule. Segment externe de la coupe.)

1. Les nerfs du plexus brachial disposés en deux plans et coiffant l'artère axillaire. — 2. Muscle sous-clavier. — 3. Artère axillaire. — 4. Veine axillaire. — 5. Muscle grand pectoral. — 6. Muscle petit pectoral. — 7. Muscle scalène antérieur. — 8. Première côte.

véritable dissection. N'est-il pas plus simple d'aller directement sur l'artère? Il suffit de savoir où elle est. *L'artère axillaire est l'élément, à la fois le plus profond et le plus bas situé du parquet artério-nerveux* : voilà qui évitera toute méprise.

Dans la région qui nous occupe, les nerfs du plexus brachial sont divisés en deux plans bien

distincts (1); ils coiffent en quelque sorte l'artère, les uns se plaçant franchement en avant du vaisseau, les autres au-dessus et un peu en arrière, mais tendant à passer aussi en avant. Par ailleurs, l'artère, qui est presque à son origine, colle au plan thoracique et se dégage nettement des nerfs placés au-dessus d'elle. Pour la reconnaître, il n'est donc pas nécessaire d'aller tout d'abord chercher le petit nerf du grand pectoral, puis de s'assurer si tel élément qu'il croise est ou non l'artère; directement à elle, on suivra le paquet artério-nerveux de haut en bas et de la superficie vers la profondeur; l'élément qui est à la fois le plus bas situé et le plus appliqué contre le gril costal, c'est l'artère axillaire.

Je n'ai pas trouvé, dans les livres classiques, de figure ou de schéma qui reproduisît d'une façon satisfaisante les rapports exacts de l'artère axillaire dans cette région sous-claviculaire, où le chirurgien est appelé à opérer. L'une des meilleures, à mon avis, illustre un article publié en 1922 par E. Olivier (2) et a été reproduite par Rouvière, dans son Traité d'anatomie. Je crois que la figure ci-dessus (fig. 1) représente mieux encore les divers éléments de la région avec leurs rapports respectifs. Le dessin reproduit en effet le segment externe d'une coupe perpendiculaire à la clavicule, en son milieu. (Le cadavre est celui d'un nouveau-né d'où la disproportion un peu choquante des troncs nerveux). La coupe intéresse la portion toute initiale de l'artère axillaire; si elle avait été faite un peu plus en dehors, les éléments du paquet artério-nerveux eussent été un peu moins masqués par le muscle sous-clavier; mais cette coupe m'a paru si nette et si démonstrative dans son ensemble que j'ai préféré la reproduire sans y apporter de modifications, de manière à lui conserver sa valeur de document.

Ce long exposé me dispensera de m'étendre longuement sur les divers temps opératoires, dont on connaît désormais les règles directrices. Avant d'aborder ce chapitre, je me permettrai toutefois de souligner *l'utilité de bien placer son sujet*, avant de commencer l'opération. Une bonne position facilite notablement la découverte du paquet artério-nerveux en le rendant plus superficiel. On approchera le sujet du bord de la table et on laissera le bras pendant au dehors. Cela fait on glissera un billot sous le cou et sous l'épaule du côté opposé, de manière que l'épaule du côté où l'on opère soit en porte-à-faux et que le creux sous-claviculaire soit tendu et bombe au maximum (fig. 2).

I. *Incision.* — C'est l'incision classique, longue de 6 à 8 centimètres, parallèle à la clavicule, à 1 centimètre au-dessus, et dont le milieu correspond *très exactement* au milieu de la clavicule (fig. 2). Section des plans superficiels, en particulier du grand pectoral. Découverte de l'aponévrose clavi-pectorale.

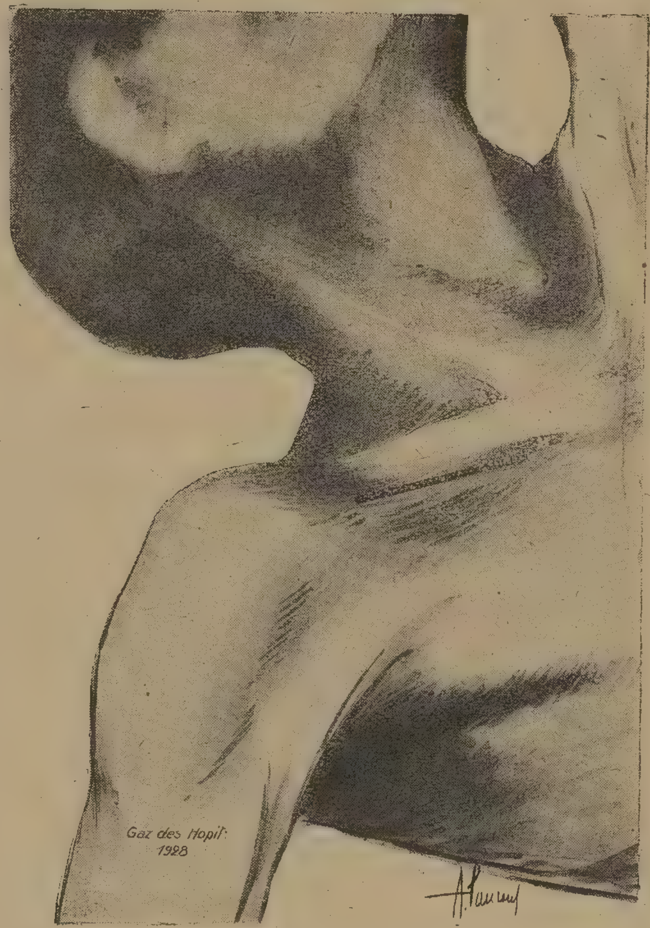


Fig. 2. — *Ligne d'incision.*

II. *Incision de l'aponévrose clavi-pectorale.* — Vous rappelant qu'il est essentiel de sectionner l'aponévrose sur le muscle sous-clavier, incisez-la immédiatement au-dessous de la clavicule. Le muscle sous-clavier vous apparaît plus important parfois que vous ne le supposiez; dégagez-le de quelques coups de sonde cannelés; faites-le récliner en haut et démasquez le feuillet postérieur de sa loge, que vous effondrerez à la sonde cannelée.

III. *Réclinaison de la veine axillaire et de ses branches. Découverte du paquet artério-nerveux.* — Une fois amorcé l'effondrement du feuillet postérieur du sous-clavier, placez immédiatement un écarteur pour abaisser la lèvre inférieure de la plaie; avec la sonde cannelée, dégagez le champ opératoire, et abaissez de plus en plus fortement l'écarteur, qui entraîne, avec l'aponévrose clavi-pectorale, les gros vaisseaux veineux; vous ne tarderez pas à apercevoir les troncs du plexus brachial, qui, accolés à l'artère axillaire, constituent ce que j'ai appelé le paquet artério-nerveux (fig. 3); il vous reste précisément à en dégager l'artère.

IV. *Recherche de l'artère et ligature.* — Portez-vous directement sur le paquet artério-nerveux, et, sans vous presser suivez les divers troncs, un à un,

(1) J'étudie depuis plusieurs années la topographie et les rapports du plexus brachial dans la région rétro-claviculaire; je compte publier le résultat de ces recherches lorsque j'aurai un nombre suffisamment élevé de dissections pour tirer de ce travail des conclusions utiles.

(2) E. Olivier. Note sur la topographie du plexus brachial et des vaisseaux axillaires à leur entrée dans le creux sus-claviculaire, *Presse méd.*, 23 déc. 1922, n° 102.

de haut en bas. Le dernier élément que vous rencontrerez, légèrement en retrait sur les précédents,

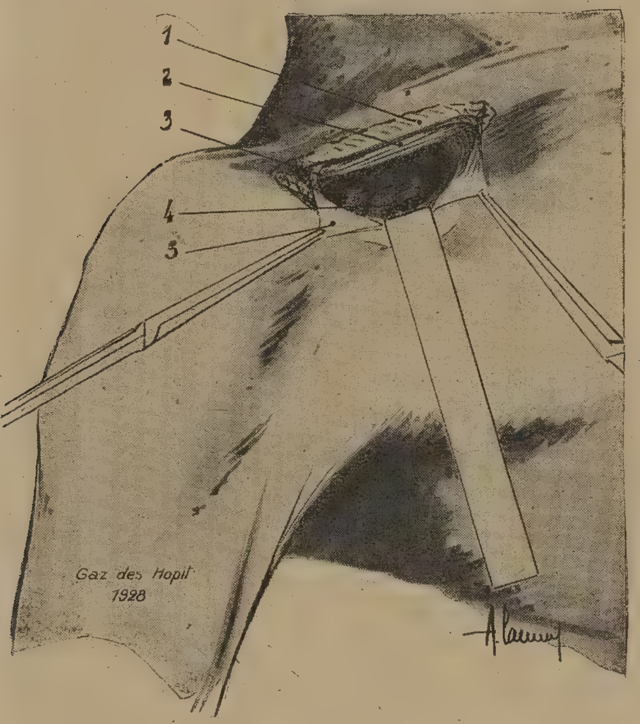


Fig. 3. — *Découverte du paquet artério-nerveux, après abaissement de l'aponévrose clari-pectorale et réclinaison des troncs veineux.*

1. Tranche de section des plans superficiels (peau et muscle grand pectoral. — 2. Muscle sous-clavier. — 3. Nerfs du plexus brachial. — 4. Artère axillaire. — 5. Aponévrose clari-pectorale.

directement accolé au plan thoracique, sera sans aucun doute l'artère. Vous la dénuderez et vous la lierez.

IIe CONGRÈS INTERNATIONL DE RADIOLOGIE[1]

Stockholm, 23-27 juillet 1928

Par R. MATHEY-CORNAT,

Chef de clinique d'Électricité médicale et d'Electroradiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chef de laboratoire au Centre régional contre le Cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest (2).

Le IIe Congrès international de radiologie a eu lieu à Stockholm du 23 au 27 juillet 1928, sous la présidence de Gösta Forssell. Ce fut un gros succès et une très belle manifestation pour la science radiologique.

Les congressistes, qui se répartissaient entre 40 pays, étaient au nombre d'environ 460. Le plus grand nombre de participants était fourni par l'Allemagne, la Suède, les Etats-Unis, l'Angleterre et la Russie; la délégation française, présidée par A. Béclère, était en petit nombre.

Séance inaugurale. — Dans le discours de la séance inaugurale qui eut lieu le mardi 24 juillet au Palais des Concerts (Konserthuset), le président remercia LL. AA. RR. le Prince héritier de Suède et le prince Charles d'avoir bien voulu honorer le Congrès en le mettant sous leur haute protection.

Continuant, le président Forssell, mettant en lumière l'importance de ce Congrès qui réunissait des centaines de médecins venus du monde entier, montra que c'était à Nils Finsen que l'on devait l'introduction de la lumière artificielle en thérapeutique médicale, à Rœntgen celle des radiations qui portent son nom, enfin à Becquerel, à M. et Mme Curie celle de la substance fondamentale que nous appelons radium. Une des grandes conquêtes de la thérapeutique contemporaine a été marquée le jour où l'on a pu, grâce aux radiations, activer ou créer de toutes pièces des processus de cicatrisation dans les tumeurs. C'est à la *clinique radiothérapique* qu'on le doit et tous les progrès dans cette voie doivent être suivis avec la plus grande attention.

C'est aussi au diagnostic radiologique considéré comme *méthode de recherches*, que l'on doit le développement considérable du diagnostic médical et chirurgical : aussi, ne saurait-on trop applaudir à la création d'Instituts ou de Centres radiologiques spéciaux dont la charge est de grouper les efforts et de centraliser les expériences. A ce titre, de vastes et nouveaux champs de travail sont encore ouverts au radiologiste et au médecin, et ce, doublement, dans la sphère de l'*anatomie radiologique*, de la *pathologie* et de la *clinique radiologiques*.

Après les courts discours du Prince, du Chancelier de l'Université, de MM. Thurstan Holland et Melville, le IIe Congrès fut déclaré ouvert.

L'enseignement de la radiologie médicale. — Trois questions principales à l'ordre du jour furent traitées en séances plénières; ce sont :

1° *L'enseignement de la radiologie médicale*;

2° *Le dosage des rayons X*;

3° *Les mesures de protection contre les rayons X et les rayons du radium.*

Les communications sur l'*enseignement théorique et pratique de la radiologie médicale* furent faites par un certain nombre d'orateurs : Forssell pour la Suède, Belot pour la France, Hickey pour les Etats-Unis, Melville pour l'Angleterre, Meyer pour l'Allemagne, Murdoch pour la Belgique, Nemenow pour la Russie, Perussia pour l'Italie, Schinz pour la Suisse, Heuser pour l'Argentine, Altschul pour la Tchéco-Slovaquie.

Le délégué français, dans une remarquable allocution, montra que si en France l'organisation *officieuse* de cet enseignement existait à l'aide de cours et de démonstrations spéciales — dans différentes villes, à Paris, à Lyon, à Bordeaux, à Strasbourg,... — par contre, l'enseignement *officiel* était encore incomplètement organisé et que ce serait là la tâche de demain.

Forssell traça les grandes lignes de l'organisation de l'enseignement radiologique en Suède, dans les Universités de Lund, Upsala, Stockholm, et montra que cet enseignement devait être adapté au développement scientifique et clinique que la radiologie a atteint dans chaque pays; la place occupée par la radiologie en thérapeutique en a fait plus qu'une spécialité, elle en a fait une science nécessaire à la formation même et à la culture du médecin d'aujourd'hui. Aussi bien, l'avenir de la radiologie dépend, en grande partie, des personnalités qui seront gagnées à cette science, et l'intérêt du Congrès était justement de faire faire un nouveau pas à la radiologie et d'en rendre les résultats plus féconds encore pour la médecine.

Dosage des rayons X. — Le Comité international des unités radiologiques qui fonctionnait pendant toute la durée du Congrès, est arrivé à un accord unanime au sujet de la normalisation des mesures radiologiques. Il fut présenté à l'assemblée des délégués du deuxième Congrès international une série de proposition dont on lira les comptes rendus complets dans les périodiques spéciaux.

Qu'il nous suffise de rappeler que l'unité des rayons X

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

(2) Fondation Bergonié.

actuellement adoptée est le *Rœntgen* que l'on désigne par la lettre *r* (*r* minuscule). Cette unité correspond sensiblement à l'ancienne unité française de Villard reprise par Behnken avec quelques conditions limitatives qui lui confèrent une grande précision.

L'instrument pratique utilisé pour la mesure des rayons X sera appelé *dosimètre*; c'est dans cet esprit que l'ionomètre de Solomon, utilisé par la majorité des radiothérapeutes français et de langue française, pourra être ré-étalonné, l'unité internationale *r* correspondant à un peu moins de la moitié de l'unité « *r* » française.

L'unité énergétique, l'*erg*. proposée par Dauvillier, reste à l'étude. En tout cas, étant donné que les méthodes de dosage ainsi que notre connaissance des rayons X se perfectionnent rapidement, le Comité a estimé que les recommandations ci-dessus devaient être considérées comme provisoires.

Mesure de protection. — La Section de radiophysique avait également à s'occuper des règles internationales de protection contre les rayons X et contre le radium, qui étaient à l'ordre du jour.

L'unification des mesures de protection, qui avait fait l'objet d'un rapport du Comité suédois et du Comité britannique, s'impose partout, à l'heure actuelle, de même que la réglementation du travail radiologique dans les cliniques, les hôpitaux et l'industrie. Il est établi que les dangers d'une exposition trop prolongée aux rayons X ou au radium peuvent être évités par la mise en jeu d'une protection efficace, et, vis-à-vis des brûlures superficielles et des désordres profonds sanguins et viscéraux.

Sont successivement envisagées, dans les recommandations du Comité, les questions des heures de travail, des locaux, des écrans, des tubes, des transformateurs, des conducteurs électriques, des sels de radium et de l'émanation. Nous renvoyons pour tous détails aux comptes rendus spéciaux (1).

Conférences spéciales. — Les conférences spéciales, faites par les orateurs invités, sur des sujets divers de radiologie eurent lieu, de même que les communications et discussions qui suivirent, au Palais du Parlement (Riksdagshusen). Au nombre de six, ces conférences abordèrent les sujets suivants :

1. M. Jaches (U. S. A.) traita des *Suppurations pulmonaires* et envisagea les bronchiectasies, les abcès péribronchiques, les processus pneumoniques avec suppuration, les abcès parenchymateux. Il montra la difficulté du diagnostic radiologique en pareils cas et l'utilité des injections intra-trachéo-bronchiques de lipiodol.

2. M. Balli (Italie) traita du *Radio-diagnostic de quelques affections abdominales*, en particulier de la lithiase vésiculaire et de la vésicule fraise, des fonctions motrices de l'intestin (sphincters des côlons).

3. MM. Regaud et Ferroux (France), dans une conférence très écoutée, firent part de leurs recherches expérimentales et des applications thérapeutiques qui s'ensuivent sur la *Stérilisation des lignées cellulaires normales et néoplasiques par la radiothérapie et l'influence du « facteur temps »*.

4. M. Knox (Angleterre) étudia les *Effets biologiques de la radioshérapie*, le mode de comportement des tissus à des doses soit uniques, soit fortes. soit étalées et fractionnées.

5. Reyn (Danemark) traita de l'*Actinothérapie dans les tuberculoses cutanées* et montra, avec projections stéréoscopiques à l'appni, les bienfaits que les lupiques pouvaient retirer de la combinaison d'une actinothérapie locale et générale : avec sa méthode, le pourcentage global des cures passe de 60 à 85 p. 100.

6. Holthusen (Allemagne) mit au point la question si discutée de l'*Immunité et des radiations*.

(1) Cf. *Archives d'électricité médicale et de physiothérapie du cancer*. juillet 1928.

Communications diverses. — Les communications diverses très nombreuses, furent réparties en huit sections principales: 1° *Radio-diagnostic*; 2° *Radio-biologie*; 3° *Radio-pathologie*; 4° *Disométrie et méthode de traitement*; 5° *Radiothérapie*; 6° *Héliothérapie*; 7° *Radio-physique*; 8° *Electrologie médicale*.

Nous ne pouvons donner ici qu'un aperçu très général des tendances et des idées qui se manifestèrent.

Radio-diagnostic — Dans la section du radio-diagnostic, les images radiologiques du *tractus digestif* (estomac, duodénum, intestin grêle, pancréas, etc.) furent particulièrement étudiées; on se préoccupa des aspects radiologiques de l'obstruction duodénale chronique, du pneumo-duodénum, de l'invagination, de l'appendicite chronique. La *cholécystographie* fut très à l'ordre du jour et de beaux clichés vinrent corroborer les succès de l'administration de tétraïode par voie buccale.

L'hystéro-salpingographie a fait de gros progrès et MM. Heuser (de Buenos-Aires), Claude Béclère (de Paris), etc., montrèrent tout ce qu'on peut en attendre dans le diagnostic gynécologique et même dans le traitement de la stérilité d'origine tubaire. En urologie, la pyélographie et la pneumo-pyélographie gagnent du terrain, de même qu'en *neurologie* l'encéphalographie et la myélographie.

Dans les *affections du thorax*, du *cœur* et des *poumons*, le diagnostic radiologique est arrivé à une grande perfection que mirent en valeur un certain nombre de communications relatives à la tuberculose pulmonaire (images des collapsus pulmonaires, des épanchements après pneumothorax, des poumons des tuberculeux hémoptoïques, etc.), à la syphilis pulmonaire, aux hernies diaphragmatiques, aux kystes, aux tumeurs kystiques des poumons : à ce propos, les collections de MM. Barcia et Canbarrère (de Montevideo) sont vraiment très belles.

Le diagnostic radiologique des *affections du cœur* et des anomalies cardio-vasculaires parfois observées, les recherches faites par M. Stumpf (de Munich) sur la densographie et par M. Gotthardt (de Munich) sur la kymodensographie, présentèrent également beaucoup d'intérêt.

Enfin, l'exploration radiologique du *système osseux et articulaire* fut abordée dans des communications très intéressantes : vertèbres d'ivoire, ostéopathies syphilitiques, tumeurs des os et sarcomes, achondroplasies, déformations rhumatismales.

Dans le domaine de la *technique radiologique*, M. Barail (de Paris) présenta un procédé simple de stéréoradiographie maxillaire, M. Lundqvist (de Stockholm) un nouvel instrument pour la localisation radiographique, M. Lysholm (de Stockholm), un appareillage pour l'examen radiologique du crâne, M. Akerlund (de Stockholm) son compresseur spirale pour examen du duodénum, M. Luboshez (de Paris), l'appareillage de cinématographie radiographique, enfin M. Dauvillier (de Paris) l'appareillage d'essai basé sur l'application des principes de la télévision aux rayons de Röntgen.

Radio-biologie, radio-pathologie, dosimétrie et méthodes de traitement. — Dans ces différentes sections, on traita de sujets concernant l'effet des rayons X et du radium sur le sang, les tissus vivants, les différents organes; on montra la valeur pronostique des index histo-pathologiques dans le traitement des carcinomes; on montra l'influence des différentes longueurs d'ondes sur les cellules et les tissus cancéreux.

La dosimétrie fut envisagée sous toutes ses formes, et successivement MM. Gunsett et Spack, Pfahler et Widmann, Strauss, Duane, Failla, Sievert vinrent apporter le résultat de leurs expériences.

Radiothérapie. — Dans les sections de *rœntgenthérapie* et de *curiethérapie* on se consacra tout particulièrement à la technique et au résultat du traitement des tumeurs malignes,

soit d'un point de vue général, soit d'un point de vue spécial, c'est-à-dire celui des différentes localisations tumorales.

MM. Ferroux, Monod et Regaud exposèrent les principes et les résultats de la *curiethérapie extérieure à distance* et montrèrent que la supériorité du rayonnement gamma sur les rayons X actuellement connus est indiscutable et qu'elle est rendue manifeste par les bons effets obtenus dans les carcinomes de la peau, du col utérin, etc. Mais la cure des cancers n'est pas seulement commandée par des conditions de technique physico-géométriques, elle est commandée avant tout par des faits inhérents aux propriétés biologiques des cancers. La vulgarisation de la curiethérapie extérieure à distance dépendra avant tout des conditions économiques qui commandent le marché du radium.

La radiothérapie des *affections inflammatoires* (inflammations locales cutanées, pneumopathies, arthropathies, annexites, amygdalites, etc.) fut l'objet de plusieurs communications intéressantes. Enfin, le traitement par la radiothérapie des tuberculoses et lymphogranulomatoses, des métrorragies et tumeurs fibreuses de l'utérus, des affections du système nerveux, fut également à l'ordre du jour.

Un des exposés les plus remarquables fut, le mercredi 25 juillet, celui de M. Forssell et de ses collaborateurs sur l'organisation, la technique et les résultats obtenus au *Radiumhemmet* de Stockholm dans le traitement des diverses tumeurs, plus spécialement des tumeurs malignes. Ces démonstrations pratiques, faisant défiler environ 100 malades et s'accompagnant de projections, éveillèrent une grande admiration parmi tous les auditeurs, et les orateurs de divers pays vinrent, en fin de séance, présenter leurs félicitations à la belle phalange des travailleurs suédois. Citons pour mémoire le traitement des tumeurs de la bouche, des cancers de la vulve par M. Berven; des cancers de la lèvre par M. Sandström; des cancers de la peau, des angiomes par MM. Hagberd et Andrem; des cancers mammaires par M. Westermark; des sarcomes, tumeurs épibulbaires et actinomycoses par M. Ahlbom; des tumeurs hypophysaires par M. Lundgren; des cancers de l'utérus et des ovaires par M. Heyman. La visite de l'hôpital « Radiumhemmet », fondé en 1910, subventionné par la municipalité et par le gouvernement, fut des plus instructives.

Héliothérapie, radio-physique, électrologie médicale. — Les sections ci-dessus traitèrent des questions touchant l'influence des radiations lumineuses sur les différentes maladies, le dosage des rayonnements au cours des traitements, les perfectionnements de l'électro-diagnostic.

L'exposition radiologique. — En même temps que le Congrès, on avait organisé une exposition radiologique d'appareils, d'instruments et de matériel réservés à toutes les branches du radio-diagnostic, de la radio et de la radiumthérapie, de l'héliothérapie, de la photographie, de l'électrologie, diathermie, réactifs et préparations chimiques, etc., etc. Cette exposition avait été ouverte le lundi 23 juillet au hall des Beaux-Arts (Liljevalchs Konsthall). Elle réunissait quarante-cinq exposants et les industries allemande, suédoise et anglaise y étaient plus spécialement représentées. On put se rendre compte des progrès incessants réalisés dans la construction des appareils, de la généralisation des transformateurs statiques à grande puissance sur courants polyphasés, du perfectionnement des tubes et des kénotrons, de la création de nouveaux appareils de stéréo et cinémato-radiographie, de filtres antidiffuseurs plans à mouvement rotatoire, de tables basculantes très adaptées à tous les besoins du diagnostic radiologique contemporain, les dispositifs de protection sont réalisés par la plupart des grandes firmes; la protection électrique et celle des châssis sont déjà très remarquables.

Le *Comité international de radiologie*, qui compte les délégués de vingt et un pays différents, se réunit en même temps que le Congrès. Lors de sa première réunion le 23 juillet, ce Comité nomma une commission de travail de sept membres (Forssell, Thurtsan Holland, A. Béclère, Friedrich, Haudek, Tandoja, Pfahler) afin de réglementer les statuts des futurs Congrès internationaux de radiologie et de traiter aussi des questions d'intérêt général. Il fut décidé que le IIIe Congrès international aurait lieu en 1931 à Paris et, sur la proposition des délégués français, M. A. Béclère fut, avec acclamations, nommé président de ce prochain Congrès.

Quant au programme touristique et à celui des réceptions et solennités diverses qui marquèrent ces différentes journées, ils furent des mieux remplis, à ce titre le Comité d'organisation du IIe Congrès a droit aux plus vifs et aux plus sincères éloges. L'organisation fut en tous points parfaite et les liens qui unissent les radiologues des pays différents, en vue d'une coopération internationale de plus en plus large, ne peuvent qu'en être étroitement resserrés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1928)

La question de l'alcool. — M. Jules Amar apporte son opinion motivée au sujet de la *prohibition*. Il estime que l'alcool de vin ou de bière, à doses très modérées, est un aliment thermogène pouvant constituer un certain apport dans les rations d'hiver.

Dans aucune circonstance, cet alcool ne peut fournir une fraction, si petite soit-elle, d'énergie musculaire ou nerveuse. La prohibition, en dépit des fraudes et autres excès qu'elle fait naître momentanément, est un acte précieux d'hygiène sociale, les humains étant si peu raisonnables.

Les causes du cancer. — M. Henri Lalande demande l'ouverture d'un pli cacheté qui, ouvert en séance, contient une note intitulée « La nutrition cellulaire illimitée, cause efficiente du cancer ».

— Cette note a été renvoyée à l'examen de M. Quénu.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1928)

Acidose diabétique grave rebelle à l'insulinothérapie. — MM. Vedel, J. Vidal, J. Chaptal et G. Laux.

De l'utilité d'associer la méthode de Whipple à la radiothérapie profonde dans le traitement des leucémies. — MM. Vedel, J. Vidal et G. Laux.

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1928)

Un nouveau cas de granulome malin. Forme cervico-médiastinale. Mort par asphyxie. — MM. Ducamp, M. Jambon, H. L. Guibert et J. Duponnois ont observé un nouveau cas de maladie de Hodgkin chez une jeune femme de vingt-six ans. Il s'agissait d'une forme strictement cervico-médiastinale, dont le début fut marqué par de la fièvre et du prurit, et qui évolua rapidement vers la mort par asphyxie mécanique. Il existait un épanchement pleural bilatéral et un abondant épanchement péricardique de liquide citrin très riche en lym-

phocytes et en albumine. L'examen histo-pathologique montra le bariolage cellulaire caractéristique, quelques rares cellules de Sternberg et une très grande abondance d'éosinophiles tissulaires alors qu'il n'existait pas d'éosinophilie sanguine.

Volumineux kyste séreux intrathoracique para-péricardique. — MM. M. Jambon et L. Gondard présentent un volumineux kyste prélevé à la nécropsie d'un homme de soixante-cinq ans, mort de ramolissement cérébral. De forme régulièrement arrondie, à paroi mince, il s'insérait par un court pédicule dans l'angle dièdre phréno-péricardique droit, et reposait sur le dôme diaphragmatique, appliqué contre la paroi thermique antérieure. Il contenait 250 centimètres cubes environ de liquide citrin. Quoique ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel, il avait été repéré radiologiquement du vivant du sujet et considéré, malgré les examens sérologiques négatifs, comme un kyste hydatique.

Sur un cas de lymphogranulomatose maligne à forme cervico-médiastinale. — MM. Vedel, J. Vidal et G. Fayot publient une observation typique de lymphogranulomatose maligne qui se signale par la précocité du prurit, la netteté du syndrome clinique qui, avant tout examen de laboratoire, autorisa le diagnostic et la localisation cervico-médiastinale avec signes de compression du médiastin et épanchement pleural.

Spina bifida latent. — MM. Dumoulin et J. Vidal publient l'observation d'un homme de vingt ans porteur d'un spina bifida siégeant au niveau des trois dernières vertèbres lombaires et ne se manifestant cliniquement par aucun trouble. Présentation de radiographie.

(Séance du 27 juillet 1928)

Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoque B. Sérothérapie. Guérison. — MM. Leenhardt, Reverdy et Mlle Soulns. Un garçon de quinze ans, porteur d'une petite plaie au creux de la main droite, est d'abord soigné pendant quatre jours pour tétanos, parce qu'il présente une contracture intense. Amené à l'hôpital, il y montre plutôt des signes de méningite cérébro-spinale à méningocoque B. Etat extrêmement grave. Sérothérapie spécifique par les voies intramusculaire, intraveineuse (le sérum antiméningococcique étant dilué dans du sérum artificiel) et intrarachidien. La voie intraveineuse doit être bientôt abandonnée, à cause de phénomènes impressionnants de choc. Les accidents sériques n'interrompent point la sérothérapie; on diminue simplement les doses. Guérison sans aucune séquelle en un mois (8 mai 1928 au 9 juin 1928).

Maladie de Roger. Présentation de pièces. — MM. Leenhardt, J. Reverdy et Balmes.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DEMANDE D'HONORAIRES. COMPÉTENCE

Lorsqu'un médecin de l'Assistance Publique a des honoraires à réclamer, il doit s'adresser, s'il est obligé de les réclamer en justice, non aux tribunaux civils, mais aux tribunaux administratifs. C'est ce qu'a décidé le tribunal civil départemental des Alpes-Maritimes, le 22 février 1928.

De 1898 à 1904, le service médical de la commune de Saorge avait été confié par le maire de cette commune, autorisé par son Conseil municipal, à divers docteurs. Elle demanda à modifier son régime d'assistance, conformément à l'article 15 de la loi du 15 juillet 1893; ce qui lui fut accordé. A la suite de cette autorisation, un traité fut passé avec le docteur C... Mais la commune ayant trouvé ce régime trop onéreux, sollicita et obtint du ministre du Travail et de l'Hygiène publique l'autorisation de renoncer au bénéfice de cet article 15. Et après cette autorisation, le Conseil municipal, en 1926, décida que désormais le service de l'Assistance médicale gratuite de la commune incomberait au département et que la commune n'interviendrait que pour payer la quote-part des frais mis à sa charge par la loi.

Or, avec l'un des médecins qui avait assuré le service de l'Assistance médicale, un traité avait été conclu, d'où résultait que des honoraires lui étaient dus annuellement. La commune ne voulut payer que jusqu'à une date déterminée alors que le médecin réclamait ses honoraires jusqu'au moment où il avait cessé effectivement ses fonctions; il demandait 4.000 fr. représentant son traitement, 513 fr. pour médicaments fournis à l'hospice de Saorge et enfin 200 fr. lui revenant pour l'inspection des viandes.

La commune de Saorge souleva l'incompétence du tribunal civil. Le tribunal fit droit à cette exception : « Attendu, en effet, dit-il, que dans l'espèce il s'agit d'une contestation née à l'occasion de l'exécution d'un service public et que toutes les contestations de cette nature, qu'il s'agisse d'actes de puissance publique ou d'opérations de gestion et soit que le litige concerne l'Etat, les départements ou les communes, les tribunaux administratifs sont seuls compétents pour en connaître ».

La décision est juridique, parce que la difficulté était née à l'occasion d'un contrat établi en conformité de l'article 15 de la loi du 15 juillet 1893, loi qui règle l'organisation d'un service public.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La réaction de fixation appliquée au diagnostic de certaines maladies microbiennes ou parasitaires communes à l'homme et aux animaux (1), par Ch. Urbain.

La réaction de fixation a une grande importance soit pour apporter une précision au diagnostic de certaines maladies infectieuses ou parasitaires soit pour identifier ou grouper certains germes.

M. Urbain qui, depuis de nombreuses années, s'est consacré aux recherches de laboratoire, vient de réunir une partie des résultats que lui a fournis cette méthode sérologique dans l'étude de diverses maladies contagieuses ou parasitaires, communes à l'homme ou aux animaux. Il les expose dans les chapitres suivants :

I, Principe de la réaction de fixation. — II. Les éléments de la réaction de fixation, leur préparation et leur titrage. — III. Technique de la réaction. — IV. Application de la méthode de réaction de fixation aux diagnostics des maladies microbiennes et parasitaires communes à l'homme et aux animaux. Tuberculose. — V. Morve. — VI. Infections à streptocoques et à pneumocoques. — VII. Charbon. — Fièvre typhoïde. — Affections à paratyphiques A et B et à coli-bacilles. — Salmonelloses. — Avortement épizootique des bovidés. Fièvre méditerranéenne. —VIII. Affections dues aux microbes anaérobies. Maladies à virus filtrants. — IX. Affections dues aux végétaux parasites. Mycoses. — X. Affections dues aux animaux parasites. Trypanosomiase, leishmaniose, coccidiose paludisme, distomatose, bilharziose. — XI. Affections dues aux animaux parasites (suite) : ecchinococcose, cysticercose, cénurose et autres helminthiases.

L. G.

(1) Un volume de 276 pages de la collection des Travaux de pathologie comparée. — Paris. — Prix : 40 fr. (Editions de la *Revue de pathologie comparée et hygiène générale.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

DE LA

GANGRÈNE PULMONAIRE [1]

II. A côté de ce type pneumonique aigu, se placent classiquement **les formes pleurales** de la gangrène pulmonaire : elles répondent à des foyers gangréneux superficiels, secondaires dans la règle à des embolies septiques sous-corticales, et se traduisent avant tout par des signes pleurétiques.

Le début est brutal :

Point de côté violent,
Toux sèche et déchirante.
Dyspnée vive.

L'état général est rapidement très altéré.

L'examen physique montre le développement d'un épanchement pleural :

La ponction exploratrice ramène un liquide louche, roussâtre, extrêmement fétide, contenant des débris de tissu pulmonaire sphacélé.

Parfois on voit se développer précocement un syndrome de pyo-pneumothorax spontané, par exhalaison.

L'évolution est rapide; la mort survient par toxi-infection générale, le plus souvent avant que le foyer pulmonaire ne se soit mis en communication avec les bronches.

III. Mais à côté de ces types classiques de gangrène pulmonaire aiguë à forme pneumonique ou pleurale, il est :

1. Des formes de gangrène pulmonaire **aiguë** ou **suraiguë**, sans signes de localisation pulmonaire, où la septicémie l'emporte cliniquement, les signes locaux étant effacés ou nuls : « ces faits ont dans l'histoire de la gangrène la même place que la granulie dans l'histoire de la tuberculose pulmonaire » ;

2. Des **formes subaiguës**; elles se présentent sous des types variables :

a. Elles peuvent être secondaires à une forme pneumonique aiguë dont l'évolution, spontanément, ou plus souvent sous l'influence du traitement, devient traînante;

b. Mais plus fréquentes sont les *formes subaiguës à poussées successives :* après un début brutal ou insidieux, l'évolution est entrecoupée de rémissions suivies de poussées nouvelles, avec reprise des phénomènes généraux, de la fétidité de l'haleine, de l'expectoration. L'évolution globale peut ainsi porter sur des années; les phases de rémission pouvant être extrêmement longues.

La terminaison est variable : *tantôt fatale*, la mort survient soit au cours d'une poussée aiguë particulièrement grave, soit par cachexie toxi-infectieuse progressive; *tantôt favorable*, mais la guérison ne saurait être envisagée qu'avec beaucoup de prudence et de réserves, étant donné la longue durée des phases de rémission observées;

c. Il est enfin des *formes subaiguës d'une seule tenue* à évolution prolongée, dans lesquelles persistent toujours la fétidité de l'haleine, l'expectoration, des signes physiques traduisant l'activité du processus gangréneux.

C'est dans l'ensemble de ces formes subaiguës que l'on peut pratiquer, plus aisément que dans les formes pneumoniques à marche rapide des *examens radioscopiques* : ils montrent, dans les formes typiques, une image triangulaire à base costale, à sommet médiastinal ou hilaire, précocement creusée d'une cavité hydro-aérique.

Au point de vue bactériologique, Bezançon et ses élèves ont insisté dans ces formes subaiguës, sur le rôle joué par les spirilles, et ont presque constamment retrouvé un spirochète spécial, voisin du S. de Castellani, mais différent des spirochètes de la bouche et du S. de Vincent.

Enfin dans ces formes de gangrène qui évoluent vers la guérison, on peut voir secondairement se développer un syndrome de dilatation des bronches avec sclérose péri-bronchique précoce.

IV. Il faut enfin décrire au **point de vue étiologique** :

a. Des *formes emboliques :* la gangrène pulmonaire est une localisation secondaire, le foyer septique initial étant connu ou non.

Nous avons vu que les formes corticales à symptomatologie pleurale relevaient dans la règle de cette étiologie, mais la gangrène embolique peut être aussi :

Une *forme pneumonique massive*;
Ou une *forme broncho-pneumonique à petits foyers disséminés*.

Parmi ces formes emboliques, il faut insister sur deux formes étiologiques spéciales :

Secondaire à une otite, observée surtout chez l'enfant;
Secondaire à une appendicite.

b. Des *formes secondaires* à une *affection pulmonaire*.

On peut observer la gangrène pulmonaire à la suite :

d'un infarctus pulmonaire,
d'un kyste hydatique du poumon,
d'un abcès du poumon,
au cours de l'évolution de la dilatation des bronches;
pour Bezançon et De Jong d'ailleurs, les bronchectasies, si fréquentes dans toutes les formes de gangrène pulmonaire, quelles qu'elles soient, ne permettraient pas de caractériser une forme plus qu'une autre.

Quant aux rapports de la gangrène et de la tuberculose, la gangrène ne se rencontre que rarement sous l'aspect d'infection gangréneuse des cavités bacillaires, et tout à fait exceptionnellement sous l'aspect de gangrène véritable chez un tuberculeux.

c. Chez les diabétiques, la gangrène pulmonaire est extrêmement grave; elle revêt un type évolutif particulier :

La fétidité de l'haleine et des crachats fait défaut ou est peu marquée ;

Le syndrome cavitaire se constitue rapidement;

La mort survient, soit du fait de la complication pulmonaire, soit dans le coma.

d. Nous signalerons encore :

Les *gangrènes propagées*, secondaires à des affections médiastinales (cancer œsophage) ou sous-diaphragmatiques (abcès sous-phréniques).

Les *gangrènes de déglutition* (cancer de la langue).

Les gangrènes survenant dans les suites d'*interventions chirurgicales* ayant porté sur la bouche, les voies respiratoires supérieures (rhino-pharynx). Il faut en rapprocher les cas de gangrène observés à la suite d'intervention aseptiques ayant porté sur le tube digestif (Rist), elles paraissent imputables à l'anesthésie générale.

Les *gangrènes* dites des *noyés*.

Les gangrènes après *plaies pénétrantes de poitrine*.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 78, p. 1362.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
FRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Admissibilité.* — Nous prions nos lecteurs de bien vouloir noter qu'il n'y aura pas d'autre liste d'admissibilité que celle publiée par ordre alphabétique dans notre dernier numéro.

— *Jury :* MM. Weil (M.-P.), Louis Ramond, Souques, Grenet, Comte, Bergeret, Gatellier, Brocq, Fey, Lévy-Solal.

Prochaine séance, le 11 octobre 1928.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Fontainebleau. — Le 26 octobre 1928, à l'hôpital de Fontainebleau, à 9 h., il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux internes en médecine et en chirurgie.

Conditions de l'internat. — La durée de l'internat est fixée à deux ans au moins et à trois ans au plus.

Les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés. Les internes reçoivent en outre un traitement annuel de 4.000 fr. la première année, 4.500 fr. la deuxième année et 5.000 fr. la troisième année.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires à l'économat de l'hôpital, tous les jours non fériés, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

— Lyon. — *Concours de l'internat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Mlle Hurtin, MM. Guichard, Sassard, Barbé, Collomb, Rougier, Puthod, Boyer, Belly, Arnaud, Cuilleret (Fernand), Rivière, Aulagnier, Bisch, Dubois, Chapuy (Albert), Chanaleille, Martinet, Arnulf, Plauchu.

Internes provisoires : MM. Anstett, Juvanon, Marmey, Mlle Delos, MM. Perron, Lévy, Mlle Thiébaud, MM. Duchamp, Palluel, Badinand, Modrin, Passa, Charpy, Pichat, Vial, Forge, Partensky, Martin (Etienne), Chapuis (André), Nodet, Dugois, Benoît, Blan, Dargent.

— Nice. — Le 5 novembre 1928 s'ouvrira aux hospices civils de Nice un concours pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie.

Durée de l'internat trois ans, logement, nourriture, éclairage. Indemnité 2.400, 3.600 et 4.800 fr.

Inscriptions et renseignements au secrétariat des hospices. Dernier délai d'inscription quinze jours avant le concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1929, devant la Faculté de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ASSISTANCE MÉDICALE EN INDOCHINE. — Un concours pour quinze places de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine s'ouvrira dans le courant du mois de décembre. Les candidats doivent être Français ou indigènes, indochinois, sujets ou protégés français, être âgés de trente ans au plus. Ils doivent avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée et être titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Les candidats désireux de prendre part à ce concours peuvent s'adresser à l'Agence économique de l'Indochine, 20, rue de La Boétie, à Paris (VIIIe), qui leur fournira tous renseignements sur les avantages offerts, les conditions d'avancement, les congés, les passages, etc.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Jourdin, à Pouancé (Maine-et-Loire).

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Le prochain Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra en juillet 1929 à Varsovie, sous la présidence de M. le professeur Hartmann.

Une séance préparatoire se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, au moment du Congrès de chirurgie.

A cette séance auront lieu les élections pour combler les

places vacantes de la section française de la Société internationale. Les lettres de candidature doivent être adressées à M. le docteur Proust, 2, avenue Hoche, à Paris.

CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — A l'occasion des Journées médicales bordelaises auront lieu tous les matins à partir de 8 h. 30, du 5 novembre au 8 novembre 1928 inclus, au Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest (Annexe Saint-Raphaël, près l'hôpital Saint-André), une série de leçons accompagnées de présentations de malades, sur le traitement des affections cancéreuses.

PROGRAMME. — *Lundi 5 novembre.* — Tumeurs mélaniques, par M. le professeur Sabrazès. — Cancers de la peau et divers. Cancers abdominaux; sarcomes. — Séance opératoire de diathermo-coagulations.

Mardi 6 novembre. — Cancers de la langue, de la bouche et du larynx. — Curage chirurgical des ganglions du cou. — Séance opératoire, par M. le professeur agrégé Jeanneney.

Mercredi 7 novembre. — Cancers de l'utérus et cancers génitaux, par M. le professeur Réchou.

Jeudi 8 novembre. — Cancers du sein, par M. le professeur Chavannaz.

Ces leçons et présentations seront complétées par des démonstrations techniques et pratiques avec projections; faites par M. le docteur Mathey-Cornat, chef de clinique.

Pour le programme complet des Journées se reporter au n° 77 de la *Gazette des hôpitaux*, 1928.

LE 1er CONGRÈS INTERNATIONAL DES HÔPITAUX se réunira du 12 au 15 juin 1929, à Atlantic City (U. S. A.).

Ce Congrès réunira les médecins, infirmières, directeurs, administrateurs, architectes et ingénieurs des hôpitaux.

La cotisation est de 5 dollars. Les inscriptions sont reçues en France par M. J. E. Brizon, 9, rue de la Charité, à Lyon.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur René Sand, 2, avenue Vélasquez, à Paris.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le mercredi 10 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa Clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Sur le traitement des tuberculoses « chirurgicales » (adénites, abcès froids, fistules, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, épididymites, etc.) par la méthode des ponctions et injections modificatrices, indiscutablement supérieure aux méthodes sanglantes en ce domaine de la tuberculose.

2° Sur le traitement des luxations congénitales et subluxations de la hanche avec réduction de plusieurs luxations et de plusieurs subluxation. Présentation de sujets en traitement et de sujets guéris.

ÉCOLE DE SÉROLOGIE (fondée en 1912), 54 *bis*, rue Saussure (XVIIe). — M. Rubinstein fera dans son laboratoire durant l'année scolaire 1928-1929 une série de cours de sérologie appliquée à la clinique. Les leçons théoriques suivies de travaux pratiques auront lieu par petits groupes d'élèves.

Le premier cours aura lieu le 12 novembre et durera un mois.

L'enseignement comporte l'étude de toutes les réactions appliquées au sérodiagnostic des maladies infectieuses, en particulier à la syphilis, à la tuberculose et à la gonococcie.

Le but de ce concours est de former des sérologistes en vue de la pratique médicale et des recherches scientifiques.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire, 54 *bis*, rue Saussure, de 16 à 18 heures.

POSTE MÉDICAL VACANT AUX NOUVELLES-HÉBRIDES. — Une situation est offerte à un médecin français auprès d'une importante Société établie dans l'archipel des Nouvelles-Hébrides.

Tous renseignements utiles seraient fournis par M. le directeur de l'agence générale des Colonies (bureau des renseignements), 34, Galerie d'Orléans, Palais-Royal (Ier), soit par écrit, soit verbalement de 9 h. 1/2 » 11 h. 1/2 ou de 14 h. 1/2 à 17 h. 1/2.

ASSOCIATION DES DAMES FRANÇAISES (CROIX-ROUGE FRANÇAISE). — A l'hôpital-école, 93, rue Michel-Ange, une place d'interne sera vacante au 1er janvier.

Les étudiants à scolarité finie sont priés d'adresser leurs demandes avant le 1er novembre ou de se présenter 16, boulevard Raspail, à l'Association des dames françaises.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guillaume Rossier, professeur d'obstétrique et gynécologie à l'Université de Lausanne.

ERRATUM. — Dans la notice sur Albert Robin (*Gaz. des hôpit.*, n° 79, p. 1366, 2e col.), rétablissons une ligne tombée à la mise en pages. Après : il fut directeur du *Bulletin général de thérapeutique*, il faut ajouter : avec Huchard et après lui, il dirigea le *Journal des praticiens*.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement biologique des infections (1), par le docteur Albert JENTZER, ex-chirurgien en chef du second service de chirurgie à l'hôpital cantonal de Genève, privat docent de chirurgie à l'Université de Genève.

Les trois premiers chapitres de cet ouvrage indiquent l'action thérapeutique des huiles essentielles et des résines dans les infections aiguës (streptocoques, staphylocoques, colibacilles, etc.). Un de ces chapitres est consacré en entier à la « Themsaline », médicament composé d'huiles essentielles et de résines, et à son action dans les maladies infectieuses et dans les maladies de la nutrition.

Dans les trois autres chapitres, il est traité de l'action thérapeutique des différents lipides aromatisés dans les infections chroniques. Le professeur Jentzer expose longuement l'action très efficace du « lipodéterpénol » composé d'huiles essentielles d'essences déterpénées, d'huiles et de lipides.

Cet ouvrage est basé sur de nombreuses recherches personnelles, sur des expériences physiologiques et cliniques; l'auteur n'a pas eu pour but unique de faire œuvre scientifique, il a voulu donner aux médecins et aux chirurgiens des indications de thérapeutique pratique. On y trouvera des observations nombreuses, des critiques, des indications, une partie de technique et d'instrumentation étendues.

L. G.

(1) Un volume de 424 pages avec 169 figures. — Prix : 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

L'ENCÉPHALOGRAPHIE [1]

Par Paul MEIGNANT,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

B. **Tumeurs des hémisphères.** — Les renseignements fournis par la ventriculographie en cas de tumeur encéphalique sont les plus intéressants au point de vue pratique et leur étude est, somme toute, ce qu'il y a de plus original dans les travaux récents. Pour comprendre ce qui va suivre, il faut se rappeler trois faits :

a. *La tumeur agit d'abord par son volume* (et peut-être, pour Elsberg Spilcer, par une réaction hyperplasique locale). Elle tend donc d'abord à déformer la lumière du ventricule le plus proche comme une tumeur de l'estomac, par exemple, déforme la lumière de cet organe. Selon les cas on peut parler de refoulement, de réduction, d'obstruction, d'amputations, ou de déformations vraies (encoches, images lacunaires). De plus, elle tend à refouler vers le côté opposé tout l'hémisphère hétérolatéral, à le dévier vers l'extérieur, cette déviation étant évidemment plus marquée pour la corne la plus proche de la tumeur.

b. Mais en outre, à la différence cette fois d'une tumeur de l'estomac, les tumeurs cérébrales se développent *dans une boîte osseuse à parois inextensibles.* Ceci limite et, si l'on peut dire, régularise les refoulements possibles, à tel point que Sicard met en garde contre les erreurs d'interprétation auxquelles peuvent amener les clichés pris sur des sujets déjà trépanés. Ce point serait à préciser.

c. Enfin, la tumeur *retentit sur la production et la circulation du liquide céphalo-rachidien*, soit qu'elle excite la première, soit qu'elle gêne plus ou moins la seconde en obstruant directement ou non le trou de Monro, l'aqueduc de Sylvius ou le IIIe ventricule lui-même. Ceci explique que le ventricule du côté opposé soit le plus souvent dilaté et que cette dilatation porte au maximum sur la corne la plus éloignée de la tumeur » (Cossa).

I. Schématisation des différents aspects selon le siège de la tumeur. — Nous sommes conscient de l'aridité des lignes qui vont suivre. Nous ne pouvons dans ce travail reproduire ni clichés, ni observations. Nous engageons vivement le lecteur à se reporter aux publications originales, car, sur le terrain où nous sommes, il s'agit surtout de cas d'espèce : à propos de chaque malade une discussion doit être ouverte, les symptômes radiologiques comparés entre eux et rapprochés des symptômes cliniques. Dans son travail, Jüngling rapporte de nombreuses observations, discute les clichés et, lorsqu'il y a lieu, reproduit en face d'eux la photographie du cerveau prélevé après la mort. Cette façon de procéder est très suggestive. Voici cependant les principaux points acquis :

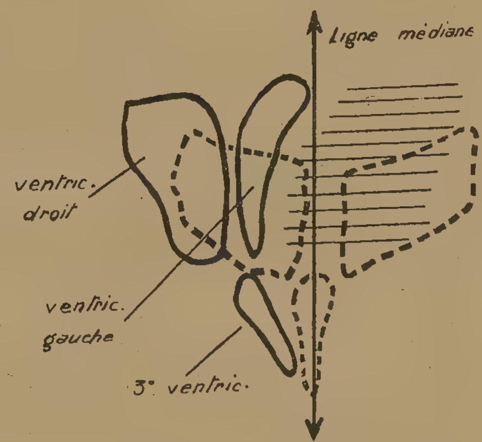
a. *Tumeurs frontales.* — Elles sont très fréquentes, souvent muettes ou du moins de symptomatologie clinique difficile. Leur diagnostic bénéficie donc au maximum de la ventriculographie. Elles peuvent être, au moins à leur début, de siège légèrement différent :

α. Les plus fréquentes siègent sur la *face externe du lobe préfrontal* (*sur* F_1, F_2 ou F_3).

Au début, sur les vues antéropostérieures, deux faits sont nets, surtout sur les clichés pris face en haut :

Compression de dehors en dedans et de haut en bas de la corne frontale homolatérale qui est écrasée, diminuée dans son diamètre transversal, éventuellement aussi dans sa hauteur;

Refoulement global par la tumeur de la même corne frontale qui se rapproche de la ligne médiane; la corne frontale du ventricule opposé est bien entendu refoulée également vers la périphérie; elle est dilatée, mais non déformée.



Tumeur préfrontale externe de volume moyen.
En plein : l'image obtenue (en position face en haut, rayon antéropostérieur horizontal).
En pointillé : l'image en papillon normale.
En hachures : la tumeur.

Fig. 5 (schéma).

Plus tard (fig. 5) les mêmes déformations s'exagèrent. Les deux cornes frontales sont du même côté de la ligne médiane (le côté sain) : la corne frontale du ventricule opposé à la tumeur, plus externe, peut être moins dilatée que précédemment, parce qu'indirectement comprimée, la dilatation étant alors surtout sensible au niveau de la corne occipitale (clichés pris face en bas); la corne frontale du ventricule proche de la tumeur, non seulement a franchi la ligne médiane, mais est très réduite, sa limite externe concave dessinant parfois en quelque sorte le contour profond de la tumeur; parfois elle a disparu et sur les images latérales on constate alors une véritable amputation de la corne frontale (Cossa).

Le IIIe ventricule est oblique de bas en haut, du côté malade vers le côté sain.

Les cornes occipitale et temporale du ventricule correspondant à la tumeur sont normales ou dila-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 79, p. 1369.

tées. Parfois il y a, à un stade ultime oblitération du trou de Monro (voir plus loin).

β. Les *tumeurs* nées *dans la région inférieure et interne du lobe frontal* (méningiomes de la petite aile du sphénoïde par exemple), comme d'ailleurs les tumeurs de la partie antérieure de la faux du cerveau « vont repousser la corne frontale du côté malade en haut et en dehors, l'écrasant d'abord dans le même sens, l'amputant ensuite de sa pointe. Ceci est surtout visible dans les vues obliques, nuque sur plaque. La corne frontale opposée est alors plus ou moins repoussée en dehors », c'est-à-dire du côté sain (Cossa).

γ. Quant aux *tumeurs de la région rolandique*, elles se comportent comme les tumeurs pariétales.

b. *Tumeurs pariétales* (*et rolandiques*). — Elles réalisent, au niveau du ventricule homolatéral comme au niveau du ventricule opposé, des déformations comparables à celles que réalisent les tumeurs préfrontales externes. Mais la déformation et l'écrasement portent sur le corps plus que sur la corne frontale elle-même du ventricule le plus proche; de plus elles se font de dehors en dedans autant, et même plus, que de haut en bas. L'image en papillon montre, du côté malade, une tache claire à la fois beaucoup plus étroite et beaucoup moins haute que du côté sain, comme amputée de sa partie supérieure, à limite externe souvent oblique en bas et en dehors, quelquefois même concave en haut et en dehors. Parfois la vue latérale montre une encoche sur le bord supérieur du ventricule malade; dans les cas extrêmes, il y a même obstruction de la partie supérieure de l'arc ventriculaire et le gaz introduit dans la corne occipitale peut n'avoir pu gagner la corne frontale proprement dite, ou inversement.

c. *Tumeurs temporales.* — « Ici, *a priori*, la partie du ventricule la plus touchée, devrait être la corne temporale. Mais nous avons dit combien il était difficile d'en obtenir des images nettes. En outre, il semble que les tumeurs temporales tendent à se développer davantage vers le haut où elles rencontrent une grande épaisseur de substance cérébrale refoulable, que vers le bas où la base du crâne, incompressible, est toute proche. De fait ces modifications portant sur le corps et la corne frontale sont typiques. Nous n'avons pas vu d'obstruction complète et nous n'en avons pas trouvé dans la littérature. Mais le refoulement et l'écrasement se font non seulement dans le sens transversal, mais aussi de bas en haut. Si bien que sur ces vues frontales l'image ventriculaire, réduite transversalement, est en outre repoussée vers le haut; souvent même elle s'incurve en croissant à concavité inféro-externe... Sur les vues latérales on peut avoir, enfin, une encoche sur le bord inférieur du corps et une amputation de la corne temporale. Répétons que le ventricule opposé est refoulé vers l'extérieur et que le trou de Monro peut être obstrué de façon permanente ou non » (Cossa).

Jüngling insiste beaucoup sur le caractère flou et imprécis du contour externe du ventricule, les tumeurs temporales ayant, selon lui, une particulière tendance à envahir la cavité ventriculaire.

d. *Tumeurs occipitales.* — Elles sont rares. Seul Dandy en a rapporté une observation avec ventriculographie; l'image latérale montrait, du ventricule intéressé, la corne antérieure et le corps, celui-ci se terminant en arrière par une ligne concave nettement dessinée. Corne occipitale et corne temporale étaient ainsi amputées. Sur les images frontales, le corps du ventricule était en outre dévié vers le côté opposé.

e. *Tumeurs intraventriculaires.* — Jüngling en rapporte deux cas. Le ventricule est dilaté, mais obstrué presque totalement par la tumeur. Presque seulement, ce qui permet au gaz d'entourer en partie la tumeur et d'en dessiner le contour sur une plus ou moins grande étendue. La tumeur apparaît comme une ombre centrale entourée d'un halo clair.

Il va sans dire que cette revue est incomplète. Les *tumeurs de la base et de l'infundibulum* doivent par exemple déformer le ventricule. Nous n'avons trouvé aucune observation à ce sujet. Par contre, avant d'en terminer avec les tumeurs, trois points sont encore à mettre en relief.

1. *Insufflation unilatérale.* — Il arrive que le gaz injecté dans un ventricule ne gagne pas, quoi qu'on fasse, le ventricule latéral opposé. Abstraction faite des cas d'obstruction du corps ventriculaire, il semble s'agir là d'une oblitération du trou de Monro (du côté insufflé, ou, mieux, de l'autre quand l'insufflation a été faite, comme il se doit, du côté opposé à la tumeur (1). En général la cause est une tumeur préfrontale, mais pas toujours; on a signalé des cas où il s'agissait d'une tumeur du lobe temporal (fréquent) ou de la fosse moyenne du crâne (Grant, Jacobaeus, Davenport, Jüngling), voire d'une tumeur occipitale (Jüngling), pontocérébelleuse ou du IVe ventricule (Denk, Dandy). Le *syndrome du « remplissage unilatéral » n'a donc pas*, malgré ce qu'on aurait pu attendre, *de valeur localisatrice*. Bien plus, il peut être temporaire, ne pas exister pour toutes les positions de la tête, ni pour toutes les insufflations (Jacobaeus, Grant, Davenport, Denk, Dandy). Il est donc surtout une gêne sans contre-partie. Il oblige à pratiquer l'insufflation du côté du ventricule non rempli; c'est à cause de sa possibilité que, dès l'abord, nous avons dû recommander de pratiquer deux orifices de trépanation, un de chaque côté.

2. *Kystes gliomateux ou autres.* — Soit par hasard, soit plus rarement de parti pris, l'air peut être injecté dans une formation kystique. En cas de gliome kystique le liquide qui s'écoule est très différent du liquide céphalorachidien : il est plus épais, jaunâtre, coagule spontanément car il contient une grande quantité d'albumine. Après insufflation, la radiographie est d'un précieux concours en montrant non seulement le siège exact, mais encore l'étendue, bref le degré d'opérabilité du kyste (Jacobaeus, Forster). Dandy, Frazier et Grant citent

(1) Dans ce dernier cas il semblerait, à priori, que du gaz puisse fuser dans le IIIe ventricule. Nous n'avons pas trouvé relaté de fait de ce genre.

des cas analogues, de même que Cl. Vincent et Cossa (deux cas de kystes gliomateux). Ira Cohen en a rapporté de son côté un bel exemple. A noter que Jüngling, après Dandy, admet qu'un kyste gliomateux peut se différencier d'un kyste traumatique : dans ce dernier cas, en effet, le ventricule serait déformé par attirance vers la lésion cicatricielle et pourrait communiquer avec le kyste.

II. Renseignements complémentaires fournis par la ponction. — Nous y avons déjà fait allusion. La ponction simple peut donner des indications sur le volume des ventricules latéraux et sur le siège exact de la corne ponctionnée. « L'aiguille de ponction occipitale peut ne pas rencontrer le ventricule ou bien ne retirer que quelques gouttes de liquide, sans qu'il soit possible d'en retirer davantage. Dans ce cas, on pensera avoir piqué du côté de la tumeur, on évitera de faire l'injection gazeuse; car le ventricule est sans doute trop réduit de volume pour que cette injection soit sans danger, et l'on répétera la manœuvre du côté opposé. Ou bien le liquide vient, mais en petite quantité, 3 à 10 centimètres cubes par exemple; ou bien encore son débit est très irrégulier, ne se faisant par exemple que pour certaines positions de la tête. Et souvent, dans ces cas, l'injection d'air, même minime comme quantité, sera difficile à pousser « le piston rencontrant une petite résistance. Il est vraisemblable alors qu'il s'agit d'un ventricule diminué de volume, d'un trou de Monro insuffisamment perméable: mais cette indication n'est pas absolue. Ou bien, enfin, le liquide est retiré facilement en quantité excessive. Et Dandy admet qu'au-dessus de 75 centimètres cubes on peut considérer un ventricule comme hydrocéphale » (Cossa).

C. **Affections cérébrales diverses.** — Tumeurs des hémisphères et de la fosse postérieure, hydrocéphalies obstructives et communicantes, ce sont là les seuls cas où l'utilité de la ventriculographie soit véritablement patente, parce que là seulement le diagnostic de localisation, entraînant comme sanction une thérapeutique chirurgicale éventuelle, doit être fait avec précision. Mais de nombreux auteurs ont pratiqué des ventriculographies sur d'autres malades.

1. Tout d'abord il est certain que les *pachyméningites*, les *tumeurs osseuses ou durales* saillant à l'intérieur du crâne donneront la même symptomatologie que les tumeurs des méninges molles ou du cerveau proprement dit de même localisation et de même volume. Le diagnostic différentiel ne peut être fait que par d'autres moyens que la ventriculographie (Jüngling).

2. Dans un autre ordre d'idées, Dandy admet que *toute lésion* en *foyer de l'encéphale*, lors de son stade cicatriciel, rétracte le tissu cérébral autour d'elle. La cavité ventriculaire peut alors se dilater au point correspondant, le liquide, remplissant une véritable *fonction de remplacement*, venant ainsi combler le vide produit dans la boîte cranienne (fig. 6). Ceci se verrait dans les hémorragies, et surtout dans les ramollissements. Elektrowicz et Tyczka auraient, grâce à cette notion, localisé un ramollissement, et ils ajoutent qu'au premier stade d'épanchement l'hémorragie cérébrale doit, au contraire, refouler le ventricule. Wartenberg constate que,

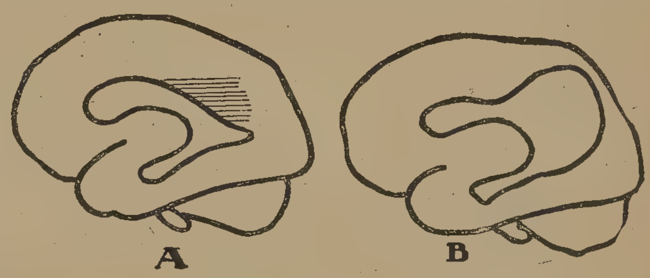


Fig. 6 (*d'après* Dandy). — En *A*. Foyer de ramollissement; — En *B*. Dilatation locale du ventricule après cicatrisation.

dans le cas de rétraction cicatricielle, le septum lucidum se déplace vers le côté atteint. La même constatation de dilatation localisée par atrophie cérébrale a été faite par de nombreux auteurs dans des cas de *cicatrices post-traumatiques*.

3. Enfin dans la *paralysie générale*, une véritable hydrocéphalie a vacuo serait la conséquence d'une atrophie du cerveau; parfois l'encéphalographie externe montrerait directement l'amincissement des circonvolutions et l'élargissement des sillons. Dans l'*épilepsie* les ventricules seraient aussi fréquemment un peu dilatés et quelquefois asymétriques (Forster, Wartenberg); les pôles frontal et occipital et quelquefois d'autres points de la convexité s'éclaireraient plus que normalement dans l'encéphalographie externe (Dandy, Forster, Wartenberg). Il en serait de même, avec en plus possibilité de déformations ventriculaires, dans certaines *encéphalopathies infantiles* (Wartenberg) dans la *démence précoce* ou la schizophrénie.

En fait si l'on excepte quelques cas de cicatrices post-traumatiques, et peut-être d'épilepsie (Jüngling, Tyczka, Jackson), la ventriculographie n'a pas dans ces cas d'intérêt très pratique, puisqu'il ne peut y avoir aucune sanction thérapeutique. Il faut les connaître cependant pour les cas où, croyant à une tumeur, on aurait pratiqué la ventriculographie chez un paralytique général ou chez un épileptique simple; il est d'ailleurs peu vraisemblable que les images obtenues dans ces cas puissent jamais être confondues avec les déplacements et déformations données par ces tumeurs. Il n'en serait pas de même avec les *hémorragies* à la phase de début (Wartenberg), ou avec les *abcès*. Mais ici les données cliniques priment les données radiologiques.

Ajoutons en passant que Orzechowski, Schuster..., disent avoir employé avec succès l'insufflation ventriculaire ou méningée dans un but thérapeutique : pour rompre les adhérences cloisonnant le ventricule ou les espaces arachnoïdiens dans des cas de méningite septique prolongée.

IV. **Incidents, accidents et valeur de la méthode.** — *A*. **Incidents et accidents.** — 1. Aspects. — Il est assez difficile de les classer. Avec Cossa on

peut distinguer des accidents immédiats, des accidents secondaires, des cas de mort.

a. *Accidents immédiats.* — Ils se produisent *pendant l'insufflation* elle-même ou dans les quelques minutes qui suivent. Même dans leur forme légère, ils sont loin d'être constants. Ils consistent :

En général en une simple céphalée plus ou moins vive, avec léger état nauséeux, quelques vertiges, transpiration ;

Plus rarement, et surtout si l'injection a été assez abondante (plus de 25 centimètres cubes), en un véritable *syndrome d'hypertension intracranienne aiguë* : céphalée vive, vomissements, torpeur, bradycardie, bradypnée (parfois respiration type Cheyne-Stokes), tendance au collapsus;

Quelquefois aux signes précédents s'ajoutent des signes plus proprement neurologiques : crise de contracture tonique généralisée avec déviation de la tête et des yeux; brève crise comitiale localisée.

Rarement ces phénomènes prennent une allure grave. Jamais Cl. Vincent et Cossa n'ont vu « de malade qui ne puisse être conduit aussitôt dans le service de radiologie ». Dans la règle, au bout d'une heure au plus, tous les troubles ont disparu, sauf éventuellement la céphalée, plus ou moins intense et exaspérée par les positions de la tête.

b. *Accidents secondaires.* — Mais souvent au bout de cinq à six heures des troubles réapparaissent, qui peuvent alors persister plus ou moins longtemps, parfois quelques jours.

Tout d'abord, on peut voir apparaître des signes pyramidaux frustes, ou bien, lorsque ceux-ci existaient déjà, ils se sont affirmés.

D'autre part et surtout, on observe assez souvent une reprise de la céphalée, qui peut devenir intense, avec pouls ralenti, irrégulier, température à 38 degrés. Cet état s'accompagne parfois :

Soit de *troubles psychiques* : agitation, anxiété avec rougeur, ou au contraire demi-torpeur et surtout tendance à la somnolence : Mlle Tolloczko-Pseradzka note des états de dépression, d'euphorie, d'excitation, d'apathie. Mais, sauf quelquefois la somnolence, ces troubles ne sont jamais ni graves ni durables.

Soit d'un *syndrome méningitique* qui peut prendre tous les degrés, avec céphalée vive, raideur de la nuque et Kernig, photophobie, température oscillant le deuxième jour entre 38 et 39°. La ponction lombaire ramène alors un *liquide trouble, puriforme aseptique* avec une hyperleucocytose qui peut atteindre 500, voire 3.000 éléments au mm^3 (lymphocytose d'abord, puis polynucléose, mais avec polynucléaires non altérés), et hyperalbuminose variable (Weigeld, Knopfelmacher, Hermann).

Dans tous les cas, spontanément ou grâce aux mesures que nous exposerons plus loin, le *tout s'apaise en quelques jours ou même quelques heures* (quarante-huit heures à quatre jours au maximum).

c. *Mort.* — Le pourcentage de mortalité varie, selon les auteurs, *de 0 à 20 p. 100* avec *une moyenne de 6 à 8 p. 100.* Nous empruntons à Cossa un tableau donnant le pourcentage de décès de plusieurs auteurs :

AUTEURS	Nombre d'insufflations.	Nombre de décès.	Pourcentage.
Dandy	100	3	3 %
Grant	392	32	8,1
Bingel	300	2	0,6
Adson Ott et Crawford	72	6	8,3
Mc Connel	9	2	20
Denk	67	7	9,8
Jüngling	60	8	13,3
Cl. Vincent	18	1	5,5

Deux chiffres de ce tableau demandent à être commentés : ceux de Dandy qui compte à son actif 400 ventriculographies, mais qui ne fait entrer en ligne de compte que les 100 premières et qui dit ne plus avoir eu d'accidents ensuite ; ceux de Grant, dont les 392 cas ne sont pas des cas personnels, mais appartiennent à de nombreux neurochirurgiens américains. Par ailleurs Weigeld (pour 117 cas), Penfield, Schott et Eitel, Wartenberg, Balado Morea et Donavan, Orzeschowski n'ont jamais eu d'accident mortel par ventriculographie.

2. Conditions d'apparition, pathogénie et traitement. — Plus que la nomenclature et les statistiques globales qui précèdent, il est d'ailleurs intéressant de sérier les cas. Les points suivants semblent actuellement bien établis :

a. *En ce qui concerne les « accidents » immédiats et secondaires*, on les attribue :

Soit à une *action* simplement *irritante du gaz sur les parois ventriculaires et méningées* : Jüngling dans un cas a trouvé sur les parois ventriculaires d'un hydrocéphale, mort quelques jours après une insufflation, des fausses-membranes témoignant d'une épendymite inflammatoire chronique, mais récente. L'oxygène, pourtant plus facilement résorbable, serait à ce point de vue plus irrritant que l'air ou le gaz carbonique (Bingel);

Soit à une *hypertension intracranienne* à développement ou exagération rapide résultant soit, au cours de l'insufflation même, de l'*introduction d'une trop forte quantité de gaz* (plus de 25 centimètres cubes), soit, plus tard, d'une *réaction des plexus choroïdes dans le sens d'une hypersécrétion* (cas des troubles secondaires). L'hypertension paraît bien jouer le rôle essentiel et elle explique la plupart des phénomènes observés (sauf les modifications albuminocytologiques du liquide céphalorachidien qui relèvent de l'irritation) : ainsi Orzechowski a observé que la torpeur n'existait pas lorsque l'air passe dans les espaces sous-arachnoïdiens, mais existait quand il se cantonne dans les ventricules et Jarkowski se demande s'il n'y a pas là action directe du gaz sur le ventricule.

Quoi qu'il en soit, deux faits sont hors de doute : d'une part certains malades supportent remarquablement bien les injections (paralytiques généraux, épileptiques, encéphalopathiques infantiles) alors que *les porteurs de tumeurs cérébrales sont particulièrement sensibles.* D'autre part tous les auteurs (Dandy, Denk, Jüngling, Weigeldt, Sicard, Cl.

Vincent et Cossa) sont d'accord pour reconnaître que *la voie lombaire d'insufflation*, sinon la voie sousoccipitale (Wartenberg et Hermann), *prédispose plus aux accidents*, tant immédiats (douleurs radiculaires, céphalée vive, voire mort subite) que secondaires (méningite aseptique), *que la voie ventriculaire*. Tout se passe comme si la présence d'air était plus dangereuse au niveau des espaces sous-arachnoïdiens que dans les ventricules, à tel point que certains auteurs admettent que, après l'insufflation ventriculaire, des accidents ne peuvent survenir que lorsque, et dans la mesure où du gaz, par les trous de Magendie-Luschka, filtre dans les espaces arachnoïdiens.

Le *traitement* découle des considérations précédentes :

Préventif, il consistera à *préférer* toujours, à moins d'indications spéciales, et malgré les plus grandes difficultés de sa technique, la *ponction ventriculaire à la ponction lombaire* dont on connaît d'ailleurs depuis longtemps les dangers dans les cas de tumeur de la fosse cérébrale postérieure ; — à préparer toujours le malade par une dose préalable de scopolamine-morphine ou d'un produit analogue ; — à n'*insuffler dans les ventricules le gaz qu'avec précaution, à la seringue et sans pousser* (voir plus haut) : « nous estimons que la majorité des accidents sont dus à des excès de gaz », dit Cossa, qui démontre que des quantités minimes de 20, 25 et même 10 centimètres cubes peuvent donner des images excellentes. Par surcroît de précaution, on fera aussitôt l'insufflation terminée une injection de caféine et d'huile camphrée.

Curatif, il variera selon l'état du malade qu'il faut toujours surveiller étroitement dans les heures qui suivent l'insufflation. Contre les accidents d'hypertension on emploiera les procédés ordinaires : mise en position déclive, tête basse. L'injection intraveineuse de *sérum hypertonique*, un fort *lavement purgatif* avec 100 grammes de sulfate de magnésie ont donné dans presque tous les cas aux Américains, à Cl. Vincent et à Cossa des résultats excellents. Si les accidents sont plus sérieux ou persistent, on peut encore *reponctionner le ventricule pour évacuer l'air* : les auteurs américains pratiquent volontiers systématiquement cette seconde ponction après la prise des clichés. Pour la plupart, les auteurs allemands n'en font rien, Cl. Vincent non plus ; mais il est juste de rappeler que, ne cherchant pas dès le début à tarir du liquide qu'il contient le système ventriculaire, ils introduisent en moyenne des quantités de gaz très inférieures aux quantités préconisées par certains neurochirurgiens américains. Enfin on devra, dans le cas d'imminence d'accidents graves, se tenir prêt à pratiquer, à la manière de Cushing, une trépanation décompressive, ou même à tenter l'extirpation de la tumeur.

b. *En ce qui concerne les cas de mort*, quelques-uns peuvent relever d'une *syncope* ou d'un *collapsus* en pleine insufflation. Quelques-uns sont dus à la piqûre de la tumeur et à l'*hémorragie ventriculaire* consécutive, d'où le précepte de pratiquer la ponction de préférence du côté sain. La *plupart sont, eux aussi, le fait de l'hypertension* ou *mieux des variations brusques de la tension intracranienne.* Jüngling, totalisant les cas de mort de 16 auteurs, montre que sur 42 décès, 34 sont survenus chez des porteurs de tumeurs cérébrales (et 2 chez des hydrocéphales). On sait la fragilité de ces malades, leur susceptibilité à la ponction lombaire : Cl. Vincent et Cossa ont vu mourir un malade dix minutes avant l'heure fixée pour la ventriculographie. La mort subite menace à tout instant ces malheureux porteurs de néoplasmes intracraniens : pour dresser un bilan de la ventriculographie, ce fait ne doit pas être oublié. Si d'ailleurs on s'en rapporte aux statistiques publiées, toutes les tumeurs n'exposent pas au même degré à cet accident fatal : dans la majorité des cas mortels il s'agissait de *gliomes diffus inopérables*, donc de pronostic irrémédiable, avec grosse hypertension et gros œdème papillaire. Jüngling note ce fait curieux, que le pourcentage des accidents est beaucoup plus grand chez les sujets porteurs d'une *tumeur temporale* que chez les autres ; immédiatement après viendraient ces tumeurs de la fosse cérébrale postérieure.

B. **Valeur de la méthode.** — Nous laisserons ici de côté les hydrocéphalies non symptomatiques de tumeurs, et les diverses affections encéphaliques à propos desquelles un diagnostic de localisation très exact n'a pas grande importance pratique. Ce sont surtout les tumeurs cérébrales qui sont intéressantes.

1. Pourquoi la ventriculographie est utile. — Les malades porteurs de néoplasmes intracraniens, livrés à eux-mêmes, sont condamnés, à plus ou moins brève échéance. Certes, la trépanation décompressive, large et précoce, peut amener une sédation de leurs souffrances et les empêcher de devenir aveugles. Certes, certaines rémissions peuvent être de longue durée, et certains types de tumeurs (les gliomes à astrocytes par exemple) évoluent extrêmement lentement. En général cependant la trépanation simple ne donne que des améliorations passagères. Or, aujourd'hui, on peut obtenir beaucoup mieux, soit par la chirurgie, soit par la radiothérapie. Les deux méthodes ne se combattent d'ailleurs pas. Chacune a ses indications, ou plutôt aura ses indications quand sera écrite l'histoire de chaque variété anatomoclinique des néoplasmes intracraniens. Nous n'en sommes pas là encore, et l'histoire des tumeurs du lobe frontal, rapportée par Cl. Vincent à la dernière Réunion Neurologique Internationale, montre bien quelle voie il faut suivre. Pratiquement, les choses se présentent actuellement de la façon suivante :

1° Certains malades sont amenés chez le neurologiste dans un état effrayant : aveugles et presque sourds, atteints de troubles mentaux graves, littéralement abrutis. L'interrogatoire est impossible. Objectivement, la plupart des signes relevés chez eux sont des signes d'atteinte diffuse de l'encéphale dus à l'hypertension. S'ils n'ont pas d'hémiplégie (et même s'ils en ont une) tout diagnostic de localisation est impossible parce que tout examen fin est

interdit : le champ visuel est inexplorable; les petits troubles mentaux qui pourraient révéler une tumeur frontale ont disparu ou sont perdus dans le syndrome confusionnel. La ventriculographie seule est susceptible de donner des indications; pour le moins, elle montrera si la tumeur est au-dessus ou au-dessous de la tente du cervelet; si elle est au-dessus, elle montrera de quel côté et, presque toujours, à quel pôle (occipital ou frontotemporal) il faut la chercher. Et en trépanant largement soit la fosse cérébelleuse, soit la fosse occipitale, soit la région frontotemporale le chirurgien la trouvera.

2° D'autres malades, heureusement de plus en plus nombreux, peuvent être examinés plus précocement. Il y a chez eux des signes d'hypertension de l'œdème de la papille. Mais la tumeur ne siège pas dans une zone de symptomatologie bruyante et les signes constatés ont une valeur localisatrice douteuse. La ventriculographie interviendra pour éclairer leur interprétation. A vrai dire, elle servira surtout à montrer quelle valeur il faut attribuer à ces signes cliniques et, peu à peu, à mesure qu'on les connaîtra mieux, qu'on saura mieux les rechercher, on pourra tabler sur eux et se passer d'elle. A cet égard, la pratique de l'encéphalographie doit être considérée comme une étape dans l'évolution de nos connaissances.

Lorsqu'on saura, grâce à elle, les particularités symptomatologiques, la topographie, l'évolution, les particularités chirurgicales de chaque variété de tumeurs, le chirurgien, comme la radiothérapeute pourront intervenir utilement, parce qu'en connaissance de cause.

2. D'ores et déjà, en présence des accidents, somme toute rarement graves, de la ventriculographie on peut placer ses *résultats*, que Cossa, se basant sur 900 cas recueillis dans la littérature ou personnels, résume ainsi :

a. *Ventriculographie possible et donnant une localisation exacte : 79 à 98 p. 100 des cas* selon les auteurs (en moyenne 90 p. 100). Là-dessus, le diagnostic de localisation était préalablement posé par la clinique dans 21 à 60 p. 100 des cas (le grand écart de ces chiffres tenant à ce que certains auteurs font rentrer sous la rubrique « diagnostic cliniquement fait » les cas où la localisation est probable, d'autres seulement ceux où elle est certaine);

Le diagnostic de localisation était cliniquement impossible dans 23 à 44 p. 100 des cas;

Le diagnostic posé cliniquement n'a pas été vérifié anatomiquement ou opératoirement dans 10 à 48 p. 100 des cas;

La ventriculographie a éliminé le diagnostic de tumeurs dans un très petit nombre de cas : 0,3 p. 100.

Elle a permis l'intervention avec guérison dans 10 à 11 p. 100 des cas (chiffre assez bas, mais fonction, non pas de la ventriculographie, mais des aléas opératoires. Cushing, le « roi des neurochirurgiens », a une statistique infiniment meilleure, et le pourcentage de guérisons augmentera avec les progrès de la technique).

b. *Ventriculographie impossible dans 7 à 10 p. 100 des cas.* Dandy, Denk, Cl. Vincent, Simon, Cushing, n'ont jamais rencontré « de cas où l'essai bilatéral et répété ait été suivi d'un échec définitif ».

c. *Ventriculographie donnant lieu à des erreurs d'interprétation dans 0.3 à 10 p. 100 des cas seulement.* Il s'agit presque toujours de tumeurs frontales prises pour des tumeurs du pôle temporal, ou inversement. Dans l'état actuel des choses il faut toujours se méfier et trépaner en conséquence.

Et les *conclusions* de Cl. Vincent et de ses élèves, comparant incidents et résultats de la méthode, *mettant au premier plan*, comme il se doit toujours, *les données cliniques*, sont celles-ci :

Ou bien la clinique seule fait un diagnostic de localisation précis; il n'y a pas lieu de pratiquer la ventriculographie.

Ou bien la clinique ne localise pas ; il faut alors pratiquer la ventriculographie et se fier à elle (ces cas deviendront de plus en plus rares).

Ou bien enfin la clinique localise, mais sans affirmer complètement; dans ce cas, on fera la ventriculographie : si les renseignements qu'elle donne se superposent aux données cliniques, aucune hésitation n'est plus permise. Si les données cliniques et ventriculographiques sont discordantes : « se méfier et tabler de préférence sur la clinique ».

ENCÉPHALOGRAPHIE PAR SUBSTANCES OPAQUES

De découverte plus récente et, semble-t-il, spécifiquement latine, les méthodes qu'il nous reste à passer en revue ont été étudiées d'une part par le professeur Sicard et ses élèves, d'autre part par Egas Moniz. On peut les grouper sous trois chefs :

I. *Encéphalographie lipiodolée proprement dite*;
II. *Encéphalographie artérielle*;
III. *Encéphalographie sinusoveineuse.*

I. Encéphalographie lipiodolée proprement dite (méthode de Sicard).

— On peut en distinguer *trois variantes* :

a. Injection lipiodolée intrakystique. — Au cours d'une craniectomie exploratrice, on soupçonne un kyste ou on a la certitude de son existence. Pour répéter exactement son volume et sa localisation, pour être sûr qu'il s'agit bien d'un kyste et non, par hasard, de la cavité ventriculaire elle-même, on peut injecter dans la poche, au lieu d'air, 1 ou 2 centimètres cubes de lipiodol ordinaire ou de lipiodol ascendant émulsionné et après quelques jours « une radiographie permet de préciser la cavité ainsi injectée. Le lipiodol qui apparaît sur l'épreuve radiographique devient le meilleur guide localisateur pour une tentative d'extraction lors d'un second temps opératoire » (Sicard et Haguenau). Jacobaeus et Nord, Schuster ont publié de leur côté des cas concluants.

b. Encéphalographie du lac calleux. — Signalé par les anatomistes, le lac du corps calleux a été mis en évidence par les travaux de Sicard : « Dans certains cas, l'aiguille de ponction cérébrale qui allait, chez les paralytiques généraux, à la recherche

du ventricule latéral, ramenait du liquide à la profondeur de 3 centimètres environ. 1 ou 2 centimètres cubes de lipiodol étaient alors injectés par l'aiguille laissée en place. Or, à notre grande surprise, l'huile iodée dessinait non pas la cavité du ventricule latéral que nous avions la conviction d'avoir injectée, mais une autre cavité plus haut située, à grand axe longitudinal, et se recourbant en avant (genou du corps calleux). Il ne nous paraît pas douteux que certains auteurs ont cru interroger le liquide des ventricules latéraux par ponction cérébrale alors qu'en réalité le liquide examiné par eux était celui du lac calleux. Il y a donc à propos de cette poche liquide calleuse, révélée cliniquement par le lipiodol, des recherches intéressantes à poursuivre. » (Sicard et Haguenau.)

c. Ventriculographie lipiodolée proprement dite (Sicard). — Quatre techniques sont possibles :

α. L'*injection directe de lipiodol ordinaire* dans le ventricule *par trépanoponction*. La technique est celle que nous avons décrite pour les injections de gaz. Le lipiodol est parfaitement toléré, mais il reste aggloméré en une ou deux billes qui tombent au point déclive du ventricule, quelle que soit la position de la tête. Il ne franchit pas le trou de Monro. Les résultats, au point de vue de l'exploration des ventricules, sont médiocres.

β. L'*injection directe* dans le ventricule, *par trépanoponction, de lipiodol ascendant* (1), malgré ses avantages théoriques, donne des résultats du même ordre : « L'huile, plus fluide, modèlera davantage les contours de la cavité, mais l'image ne reproduira qu'une vue fragmentaire du ventricule » (Sicard et Haguenau).

γ. L'*injection, par voie lombaire, de lipiodol ascendant*, est passible des mêmes objections que l'insufflation gazeuse par voie lombaire : le lipiodol ascendant, en dehors de toute cause pathologique, s'arrête souvent en chemin, à la base cérébrale, sans pénétrer dans les ventricules. S'il y pénètre par contre, il peut parvenir à la fois au plafond des deux ventricules, ce qui est un avantage sur la ponction ventriculaire. Sicard et Haguenau écrivent cependant : « Dans le plus grand nombre des cas, nous n'avons pu déduire aucune conclusion pratique de ces recherches ».

δ. L'*injection, par voie lombaire, de lipiodol ascendant émulsionné* est moins décourageante. « Il suffit de retirer aseptiquement 5 centimètres cubes de liquide céphalorachidien, de l'émulsionner à la seringue avec 5 centimètres cubes de lipiodol dans une capsule stérile et de réinjecter le tout par l'aiguille de ponction lombaire laissée en place (le malade étant assis). Le lipiodol ainsi émulsionné monte et va tapisser les parois des ventricules latéraux; ceux-ci se dessinent ainsi nettement sur les radiographies. » Mais ici encore (dans la moitié des cas environ), l'émulsion lipiodolée ne parvient pas jusqu'aux ventricules; d'autre part, les réactions sont souvent très vives (céphalée, fièvre, vomissements, état méningé aseptique grave, mort) [Sicard et ses élèves : Haguenau, Rambaud, Lamarque et Jambon, Boine et Lambrun, Gorton et Saez, Sgalitzer, Choroschko].

« Ainsi donc, les méthodes de ventriculographie (lipiodolée) actuelle sont ou imprécises dans leur réponse et bénignes, ou plus fidèlement localisatrices, mais dangereuses. Aussi avons-nous abandonné ces recherches qui provoquaient des « chocs cérébraux ». Les sujets atteints de tumeur cérébrale sont, en effet fragiles » (Sicard et Haguenau).

II. **Encéphalographie artérielle (méthode d'Egas Moniz)**. — Tenant compte des injections intracarotidiennes faites dans un but thérapeutique chez les paralytiques généraux, Sicard et Forestier chez l'animal d'abord, puis Egas Moniz ont entrepris l'étude des injections intracarotidiennes de substances opaques dans le but de rendre les artères cérébrales visibles aux rayons X et d'utiliser les images dans un but diagnostique.

Dans un premier temps Egas Moniz a expérimenté *sur le chien, puis sur le lapin :* il a constaté que la piqûre même de l'artère ne donnait pas d'accidents graves. Le lipiodol, d'après Moniz, pouvant provoquer des embolies, l'auteur a étudié l'opacité des *sels de brome* (bromure de strontium, de lithium, de sodium et d'ammonium) aux divers titres. Il a conclu finalement que le meilleur produit, au point de vue visibilité, semblait être la solution de bromure de strontium à 70 p. 100. A part une certaine torpeur après l'injection, le produit est bien supporté par l'animal.

Fort de ces premières expériences, Moniz a étudié à la fois la radioartériographie cérébrale *sur le cadavre humain et tenté des injections sur le vivant.*

a. **Lieu et technique de l'injection.** — Tout d'abord Moniz avait choisi la *carotide interne* qu'il dénudait, piquait avec une aiguille fine. Il poussait l'injection lentement, sans laisser le sang refluer dans la seringue. Juste avant l'injection, la carotide interne était bloquée en aval par compression digitale ou ligature provisoire. Actuellement, avec C. Martini, il préfère pousser l'injection dans la *carotide primitive*, plus accessible; le procédé est le même, mais il faut lier au préalable la carotide externe. Dans tous les cas, la radiographie est faite sur-le-champ (l'injection est toujours pratiquée sur la table radiologique), car il faut, d'une part, opérer vite pour que la compression ou ligature carotidienne soit aussi brève que possible, d'autre part prendre des clichés instantanés pour profiter du court moment pendant lequel la concentration du sang cérébral en solution opaque est suffisante.

b. **Liquide à injecter.** — Sans abandonner le bromure de strontium (solutions à 70 p. 100, glucosées à 10 p. 100), Moniz donne maintenant la préférence à la *solution* aqueuse simple *d'iodure de potassium à 25 p. 100.* Il faut une solution *très pure*, qu'on

(1) On sait que le *lipiodol ordinaire* est un lipiodol qui contient par centimètre cube 0g54 d'iode; il est plus lourd que le liquide céphalo-rachidien; le *lipiodol ascendant* (Sicard, Binet et Coste) est un lipiodol qui ne contient que 0g11 d'iode par centimètre cube et cependant reste opaque aux rayons X. Il est de densité faible, plus léger que le liquide céphalo-rachidien.

porte à 37° avant l'injection. Il ne faut pas injecter plus de 6 centimètres cubes, 4 à 5 en général.

c. **Des incidents sont possibles.** — Localement, en perfectionnant ses méthodes, Moniz et ses collaborateurs ont à peu près complètement évité les hématomes. Mais il peut y avoir des *réactions de trois ordres :*

cérébral : accès épileptiques « rapides et sans conséquence », avec clonies surtout marquées du côté de l'injection, quelquefois aphasie ou hémiplégie (par thromboses vasculaires ?) :

général : sensation de brûlure, de chaleur; douleurs dans l'oreille, les yeux, la tête ;

circulatoire : accidents propres aux injections dans la carotide primitive, liés à l'excitation du plexus nerveux péricarotidien) : bradycardie, hypertension, voire syncope.

Cependant les accidents ne seraient jamais graves si la solution d'iodure de potassium est rigoureusement pure, si l'injection est poussée doucement, si la dose injectée ne dépasse pas 6 centimètres cubes. En cas de gros œdème papillaire, l'injection pourrait même améliorer la vision (?)

d. **Résultats.** — *Sur le cadavre*, Moniz, Dias et Lima (Journal de Radiologie 1927) ont pu établir une série de radiographies-témoins qui leur ont permis, par comparaison (procédé de transparence de Pierre Marie, Foix, Bertrand), « de préciser la topographie cranienne, non seulement avec le cerveau dont sont faciles à reconnaître les diverses parties en relation avec les artères, mais aussi avec les artères méningées (carotide externe) et les réseaux sylvien et cérébral antérieur (carotide interne) » (*topographie cranio-artério-encéphalique*).

Sur le vivant, la déformation des images peut permettre de repérer une tumeur cérébrale que les artères, déviées contournent : le diagnostic de localisation ainsi posé — mais sur le cadavre — a été confirmé à l'autopsie dans un premier cas de Moniz et Almeida Lima. Sur le vivant, Moniz publie dix cas : huit fois l'artériographie est restée muette; chez une jeune fille la méthode a fait faire le diagnostic de tumeur de la partie moyenne et antérieure du lobe temporal ; la trépanation confirma.

De leur côté Sicard et Haguenau avaient essayé le *lipiodol intracarotidien* « supposant que la présence d'une tumeur dans le cerveau provoquerait un arrêt partiel du lipiodol aux confins mêmes de la néoformation ». Ils n'ont pas poursuivi leurs essais « car le lipiodol intracarotidien, bien supporté à la dose d'un centimètre cube chez deux malades, a déterminé chez deux autres, dans les mêmes conditions, une recrudescence redoutable des crises jacksoniennes et des céphalées intenses, sans qu'il y ait eu précision localisatrice » (Sicard et Haguenau).

III. **Encéphalographie lipiodolée sinuso-veineuse.** (Méthode de Sicard). — Les auteurs précédents, avec Wallich, se sont alors adressés à une autre méthode qu'ils considèrent comme « très facile à réaliser, non douloureuse, sans aucun danger ». Dans un *premier temps* une petite trépanation de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 est faite soit sur le vertex au niveau du sinus longitudinal, soit sur le pressoir d'Hérophile (protubérance occipitale). Après cicatrisation, dans un *deuxième temps*, on ponctionne à l'aiguille le sinus et injecte 5 centimètres cubes de lipiodol. L'injection est bien supportée et provoque à peine une légère quinte de toux au moment où la substance huileuse est drainée vers les capillaires pulmonaires. Naturellement l'injection est pratiquée sur la table radiologique. On a soin de bloquer avec le doigt le confluent sous-cranien des jugulaires afin de ralentir dans la mesure du possible le cours du sang veineux. Au cours même de l'injection, on saisit radiologiquement le transit du lipiodol sinusien. L'aiguille étant retirée, aucune hémorragie n'est à craindre. Il suffit de relever la tête du malade. La pression veineuse devient aussitôt négative dans le sinus (Sicard et Haguenau). De cette méthode, encore à l'étude, mais inoffensive, les auteurs espèrent obtenir des renseignements pour le diagnostic des tumeurs cérébrales ou des thrombophlébites.

Tel est, exposé aussi objectivement que possible, l'état actuel de la question de l'encéphalographie. L'encéphalographie gazeuse, tout au moins la ventriculographie gazeuse, nous semble avoir fait ses preuves. L'avenir confirmera sa valeur en même temps qu'il montrera si les espoirs fondés sur les diverses autres techniques que nous venons de passer en revue sont justifiés.

5 juillet 1928.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera d'excellentes bibliographies dans les travaux de :

NEUBURGER. *Pneumoencéphalographie*, Berlin 1925-1926 (en russe).

PEIPER (H.) et JÜNGLING (O.). Ventrikulographie und Myelographie in der Diaknostik des Zentralnervensystems (ventriculographie, par Jüngling), *Ergebn. der med. Strahlenforschung.*, 1 volume, Leipzig 1926, chez G. Thieme.

COSSA. La ventriculographie, *Th. de Paris*, 1928.

Nous conseillons de se reporter à ces ouvrages pour les références bibliographiques et aussi pour la lecture des observations détaillées et la reproduction des clichés. Nous nous sommes contenté ci-dessous de reproduire la liste des travaux français, ou du moins publiés en France, et celle des travaux étrangers dont nous avons eu connaissance et dont la référence n'est ni dans Jüngling, ni dans Cossa.

1. BARRÉ. *Monde méd.*, 6 oct. 1923.
2. BÉCLÈRE (A.). La radiographie des tumeurs de l'encéphale, *Paris méd.*, 1925, t. XLVII, p. 97-104.
3. BÉCLÈRE (A.). Radiodiagnostic et radiothérapie des tumeurs de l'encéphale, IVe Réunion neurologique internationale annuelle, *Revue neurol.*, juin 1928.
4. BELCOUR. Contribution à l'étude de la ventriculographie, *Th. de Toulouse*, 1923-1924, n° 22.
5. BOGAERT (Ludo VAN) et Paul MARTIN. Des tumeurs suprasellaires à syndrome cérébelleux. Intérêt de la ventriculographie, *Réunion neuro-pédiatrique*, Bruxelles, fév. 1926; — *Soc. de neurol.*, 29 mars 1928, *Revue neurol.*, avril 1928, p. 552.
6. CESTAN et RISER. Ventriculographie cérébrale par pneu-

morachie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 953.
7. Choroschko (V. K.). Sur la technique et les résultats de l'encéphalographie. *Revue neurol.*, oct. 1927, p. 353.
8. Crouzon et Petit-Dutaillis. Sur un nouveau cas de tumeur des méninges opérée après repérage radioscopique et radiographique par injection de lipiodol, *Soc. de neurol.*, 1er fév. 1927, *Revue neurol.*, 1927, n° 2, p. 236.
9. Dandy (W. E.). *Intern. surg. digest*, oct. 1926, vol. II, p. 195.
10. Darbois et Stuhl. Déformations de la selle turcique et tumeurs cérébrales, *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de France*, déc. 1926, t. XIV, p. 129-197.
11. Delherm et Morel-Kahn. La radioscopie des tumeurs intracraniennes, *Presse méd.*, 1924, t. XXXII, p. 93-96.
12. Emdine (P.). L'encéphalographie au moyen de la ponction de la citerne postérieure du cerveau, *Hazansky med. Journ.*, 1927, nos 6-7, p. 665.
13. Fischer (M.). Grenzen und Möglichkeiten der Encephalographie, *Arch. f. Psych.*, 1926, t. LXXIX, f. 1-2, p. 96.
14. Friedmann (E. D.), Snow (William) et Karanin (J.). Expériences sur l'encéphalographie par voie lombaire, *Arch. of neur. and psych.*, mai 1928, vol. XIX, n° 5, p. 762-795.
15. Gilbert. La signification des déformations pathologiques de la selle turcique, *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de France*, janv. 1927, t. XV, p. 16-19.
16. Gilbert. Diagnostic et traitement radiologiques des tumeurs de l'encéphale, *Cancer*, Bruxelles 1927, t. IV, p. 16-29.
17. Gordan (N.) et Saez (S.). Encéphalographie et lipiodol ascendant, *Policlinico*, sez. med., juin 1926, an. XXXIII, n° 6, p. 312-328.
18. Haguenau. L'encéphalographie, *Ann. de méd.*, 1927, p. 269 (1er mémoire).
19. Heidrich (L.). Die Encephalographie und Ventrikulographie, *Ergebn. d. Chir. und Orthop.*, 1927, t. XX, p. 156.
20. Heidrich (L.). Etudes sur l'encéphalographie, *Soc. des sciences de culture nat.*, Breslau, 25 nov. 1927, in *Med. Klin.*, fév. 1928, n° 3, p. 119.
21. Ira Cohen. Chronic subdural accumulationy of cerebrospinal fluid after cranial trauma, *Arch. of neurol. and psych.*, nov. 1927, vol. XVIII, n° 5, p. 709-723.
22. Jacobi (W.) et Winkler (H.). Encephalographische Studien, *Deut. Zeit. f. Nervenhlk.*, nov. 1927, t. CI, f. 4-6, p. 241-276.
23. Jarkowski (J.). *Revue neurol.*, juin 1927, n° 6, p. 862-866.
24. Laruelle et Cristophe. Kyste du lobe frontal gauche. Radiodiagnostic lipiodolé, *Journ. de neurol. et de psych.*, 1926, p. 35.
25. Lehrmann-Jehuda. La thérapeutique pneumo-encéphalique des maladies des noyaux gris centraux, *Soc. de neurol.*, Paris, 1er mars 1928, *Revue neurol.*, mars 1928, p. 423; discussion : Ladislas Benedek et Eugène de Thurzo. *Revue neurol.*, mai 1928, p. 699.
26. Lenormant. L'hydrocéphalie, *Presse méd.*, 6 fév. 1923.
27. Lévy. Radiothérapie et radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale, *Revue neurol.*, 2e volume, 1925, t. XXXII, p. 550-576.
28. Lesnowski (Stef). Un cas de maladie jacksonienne guérie par l'encéphalographie gazeuse. Calcification du cerveau, *Soc. de neurol. de Varsovie*, 17 sept. 1927, *Revue neurol.*, nov. 1927, p. 559.
29. Liberson (F.). The human cerebrospinal fluid, *Arch. of neurol. and psych.*, sept. 1924, t. XII, p. 300.
30. Meignant (P.). La ventriculographie. Exposé de quelques travaux allemands récents, *L'Encéphale*, fév. 1928, n° 2, p. 134-146.
31. Moniz Egas. *A prova da encefalografia arterial*, 1 volume de 48 pages, Lisbonne 1927.
32. Moniz Egas. Une tumeur visible à la radiographie chez un épileptique, *Journ. de neurol. et de psych.*, mai 1927, n° 5.
33. Moniz Egas. La radioartériographie cérébrale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 12 juillet 1927, t. XCVIII, n° 28.
34. Moniz Egas. L'encéphalographie artérielle; son importance dans la localisation des tumeurs cérébrales, *Soc. de neurol.*, 1er juillet 1927, *Revue neurol.*, juillet 1927.
35. Moniz Egas. Injections intracarotidiennes et substances injectables opaques aux rayons X, *Presse méd.*, 6 août 1927, n° 63.
36. Moniz Egas. Tumeur cérébrale localisée par l'encéphalographie artérielle. Opération, *Soc. de neurol.*, 2 fév. 1928, *Revue neurol.*, fév. 1928, p. 237.
37. Moniz Egas. Nouvelle technique de l'encéphalographie artérielle, *Presse méd.*, 2 juin 1928, n° 44, p. 689.
38. Orzechowski (C.). Sur la stase ventriculaire au cours de la méningite épidémique. Son traitement par l'insufflation d'air, *Soc. de neurol.*, Varsovie, 21 janv. 1928, *Revue neurol.*, mars 1928, p. 434.
39. Penfieldt Wilder (M. D.). Pneumographie cérébrale. Valeur diagnostique et thérapeutique de la ventriculographie et de l'encéphalographie, *Soc. de neurol.*, New-York, 1er nov. 1927; — *Journ. nerv. and mental des.*, fév. 1928, vol. LXVII, n° 2, p. 154-161.
40. Rimbaud, Lamarque et Jambon. Lipiodol ascendant intraventriculaire, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, Paris, 1er oct. 1925, p. 426-429.
41. Schuster (J.). Zur Operations therapie der Epilepsie, *Arch. f. Psych.*, 1926, t. LXXVIII, f. 1-2.
42. Schuster (J.). Ueber die Verschiedenheit der Bilder bei wiederholten encephalographischen Untersuchungen des Gehirns, *Arch. f. Psych.*, 1926, t. LXXVII, f. 4.
43. Schuster (J.). Ueber die Oberflächerbilder der Encephalogrammen, *Arch. f. Psych.*, 1926, t. LXXIX, f. 1-2.
44. Schwab (O.). Encephalographie, Liquorpassage und Liquorresorptionsprüfungen im Dienste der Beurteilung von sogenannten Commotions neurosen, *Zeit. f. die ges. Neur. and Psych.*, 1926, t. CCII, f. 1-2.
45. Sicard et Binet (L.). Le lipiodol sous-arachnoïdien ascendant, *Soc. de neurol.*, 4 déc. 1924.
46. Sicard, Binet et Coste. Lipiodol ascendant et cavités ventriculaires, *Soc. de neurol.*, 8 janv. 1925.
47. Sicard, Haguenau et Gally. Pneumoencéphalographie par voie lombaire. Technique nouvelle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 nov. 1926, *Bull.*, t. LI, p. 1563.
48. Sicard, Haguenau et Gally. Aspect radiographique cérébriforme du crâne dans certains cas de tumeurs cérébrales, *Soc. de neurol.*, 1er fév. 1927, *Revue neurol.*, 1927, t. I, n° 2, p. 217-222.
49. Sicard, Robineau et Haguenau. Lipiodol descendant et ascendant dans un cas de kyste gliomateux profond du cerveau, *Revue neurol.*, déc. 1926, t. II, p. 427.
50. Sicard et Forestier. Injections intravasculaires et carotidiennes de lipiodol chez l'animal, *Soc. de biol.*, Paris, 12 mai 1923, p. 1200.
51. Sicard, Haguenau et Wallich. Encéphalographie sinusoveineuse chez l'homme; présentation de clichés radiographiques, *Soc. de neurol.*, 1er déc. 1927.
52. Sicard et Haguenau. Etude critique de quelques méthodes de localisation des tumeurs cérébrales, *Presse méd.*, fév. 1928, n° 10, p. 145.
53. Sicard et Haguenau. Radiodiagnostic lipiodolé rachimédullaire et cranio-cérébral, *Paris méd.*, 4 fév. 1928, n° 5, p. 97.
54. Souques. Diagnostic du siège et de la nature d'une variété de tumeurs cérébrales (prammomes) par la radiographie, *Revue neurol.*, 1925.
55. Vincent (Cl.). Sur la disparition de la selle turcique dans les tumeurs de la loge cérébrale postérieure, *Revue neurol.*, juillet 1926, p. 96.

56. VINCENT (Cl.), COSSA et DAVID. Sur sept cas de ventriculographie par l'air, *Soc. de neurol.*, 1er mars 1928, *Revue neurol.*, mars 1928, p. 379-383.

57. VINCENT (Cl.), COSSA et DAVID. Diagnostic des tumeurs cérébrales par la ventriculographie, *Presse méd.*, 16 mai 1928, n° 39, p. 612, et 26 mai 1928, n° 42, p. 670.

58. VINCENT (Cl.), THOYER-ROZAT, COSSA et DAVID. *Journ. de radiol.*, mai 1928, p. 209.

59. WAGGONER. *Amer. Journ. med. sciences*, 1927, p. 174-459.

60. WARTENBERG (R.). Beitrag zur Encephalographie und Myelographie, *Arch. f. Psych.*, 1926, t. LXXVII, f. 4, p. 567.

61. WIMMER (A.). Sur la détermination radiographique du siège des tumeurs intracraniennes, *Revue neurol.*, mars 1923, p. 215-221.

62. WINCKLER. Beitrag zur Hirnanatomie in Encephalogrammen, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1927, t. XCIX, f. 4-6, p. 277-307.

63. WINCKLER et JACOBI. Encephalographie, *Münch. med. Woch.*, fév. 1928, n° 6.

64. WORMS (G.) et BRETTON. L'artériographie cranio-encéphalique, *Soc. anat. de Paris*, 29 mars 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1928)

Sur le pouvoir pathogène du M. melitensis et du B. abortus pour le singe et l'homme. — M. Etienne BURNET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1928)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Albert Robin, récemment décédé.

Virus de la fièvre jaune. — M. A. PETTIT rend compte de sa mission au Sénégal où, sur la demande du gouverneur de l'Afrique occidentale française, il est allé étudier la fièvre jaune. Revenu à l'Institut Pasteur il a continué ses recherches avec Stefanopoulo, Frasey, Kolochine, Roubaud, Aguessy et Laurent Gérard.

Actuellement, on peut affirmer que le microbe de la fièvre jaune n'est pas un spirochète comme le croyait Noguchi, c'est un germe invisible, filtrant, qui ne peut être bien étudié qu'au moyen du macacus rhesus de l'Inde (Stokes). Le virus de Stokes est bien le virus réel de la fièvre jaune, car le sérum de l'homme guéri de cette maladie neutralise à faible dose ledit virus. La maladie du singe rappelle d'assez près celle de l'homme; elle est encore plus sévère, car presque tous les sujets inoculés succombent alors que la mortalité oscille, pour l'espèce humaine, autour de 70 p. 100.

Le singe, qui meurt de fièvre jaune, peut présenter le redoutable symptôme du vomito negro.

Nous ne nous arrêterons pas aux recherches techniques, voici les dernières acquisitions pratiques : le premier, le professeur Hindle (de Londres), a établi que le singe pouvait être vacciné contre la fièvre jaune. Quatorze jours plus tard, de façon complètement indépendante et par d'autres procédés, Pettit et Stefanopoulo réussissaient également la vaccination du singe; il ne leur manque que des singes en nombre suffisant pour appliquer leur procédé à l'homme.

D'autre part, Pettit, Stefanopoulo et Frasey sont les premiers à avoir préparé un sérum antifièvre jaune, pour lequel la priorité leur est incontestablement acquise.

Une fois en possession de la souche de virus, mise à leur disposition, avec un grand désintéressement, par le professeur Sellards, de Harward University, les médecins de l'Institut Pasteur se trouvaient dans les conditions où avait été placé Pettit quand, en 1917, il eut à se préoccuper de la préparation du sérum antipoliomyélitique; au tissu nerveux infecté a été substitué le foie infecté du macaque.

Le sérum antifièvre jaune est préparé, soit au moyen de singes de grande taille (qui font défaut), soit au moyen de chevaux.

Le sérum antifièvre jaune jouit des propriétés suivantes :

1° Il neutralise in vitro le mélange sérum antifièvre jaune + virus;

2° Il a une action préventive contre la fièvre jaune du macaque;

3° Il agit curativement contre la fièvre jaune du macaque;

4° Il est à point pour des essais prophylactiques et surtout thérapeutiques chez l'homme; 600 flacons ont déjà été mis à la disposition du gouverneur général de l'Afrique occidentale française.

On ne peut oublier que les acquisitions relatives à la fièvre jaune faites au cours des douze derniers mois ont été durement payées : Noguchi et Young sont morts de la maladie qu'ils étudiaient.

A quarante ans, Stokes a été fauché par la même maladie en donnant un exemple admirable de stoïcisme et de dévouement à la science; jusqu'à l'agonie il a dirigé les expériences pratiquées sur lui-même.

En ce qui concerne l'Afrique occidentale française et l'Afrique équatoriale française, des recherches très étendues, dont découleront certainement des mesures prophylactiques de la plus grande importance pour la santé publique, devraient être entreprises sans retard avec les moyens appropriés.

Quelques réflexions sur les mesures d'hygiène appliquées à la prophylaxie de la tuberculose humaine et sur l'emploi du B. C. G. — M. le professeur LIGNIÈRES (de Buenos-Ayres). Dans la séance du 15 juillet dernier, M. Lignières répondant à M. Léon Bernard, faisait allusion à l'insuffisance des résultats obtenus contre la tuberculose par les mesures d'hygiène et il se réservait d'apporter sur ce point quelques réflexions personnelles.

C'est ce qu'il fait aujourd'hui reprenant les bases de la prophylaxie antituberculeuse posées par Grancher et se résumant ainsi : Pas de crachats, pas de poussières.

« Il ne suffit pas, dit M. Lignières, pour obtenir des résultats de mettre pour le public des écriteaux portant : défense de cracher par terre et même d'ajouter : sous peine d'amende, parce que cette amende n'est jamais appliquée.

« Il faut que la sanction ait un caractère de défense individuelle, qu'elle soit d'une exécution facile et surtout qu'elle soit inscrite dans la loi, le décret ou l'ordonnance qui défend de cracher et de faire de la poussière.

« Voici une formule :

« *Art. 1er*. — Cracher à terre et faire de la poussière dans des lieux fermés pendant que le public y a accès ou quand on y travaille est un délit. Il est défendu de cracher sur le trottoir. Tousser librement en présence d'autres personnes sans mettre la main ou le mouchoir devant la bouche est également un délit.

« *Art. 2.* — Pour dresser procès-verbal et appliquer la peine correspondante, il suffit de dénoncer l'une ou l'autre de ces infractions à un agent de l'autorité qui sera tenu d'intervenir. Ces agents, aussi, devront dresser procès-verbal lorsqu'ils constateront eux-mêmes l'un de ces délits.

« *Art. 3.* — Les infractions à la présente loi seront punies de...; en cas de récidive, l'amende pourra être portée jusqu'à...

« Ces mesures qui s'adressent à toutes les poussières, à tous les crachats, aux individus sains en apparence, comme aux

malades, ont l'avantage d'éduquer le public, de lui permettre de se défendre, à tout instant, contre les causes les plus fréquentes et les plus dangereuses de la contagion bacillaire, en même temps qu'elles font de ce public, le meilleur collaborateur de la prophylaxie antituberculeuse.

« Si, à ces mesures prophylactiques, on avait pu ajouter une vaccination efficace avec le B. C. G., on aurait eu encore plus facilement raison de la tuberculose.

« Malheureusement, ajoute M. Lignières, d'après les résultats des réactions tuberculiniques, le bacille bilié ne paraît pas dans la majorité des cas, transmettre par ingestion aux nouveau-nés une prémunition *utile* (1).

« En outre, bien que très atténué, ce vaccin semble être encore trop pathogène pour l'espèce humaine, ainsi que j'en ai donné des preuves (2).

« Jusqu'à ce que ces deux points soient définitivement élucidés, la plus élémentaire prudence indique de suspendre l'emploi du B. C. G. dans la prophylaxie antituberculeuse ».

Du métabolisme de la guanidine. — M. le professeur A. Rémond (de Metz) et MM. Colombies et Vives (de Toulouse). La présence d'un excès de guanidine dans le sang détermine les insuffisances fonctionnelles du foie et du rein. L'excès de guinadine disparaît sous l'influence du traitement parathyroïdien qui améliore ainsi secondairement et notablement les conditions pathogéniques de l'azotémie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928

Doctorat d'Etat. — 42. André. — De l'appendicite dans la race noire.

36. Andrieu. — Traitement du staphylome opaque de la cornée chez les enfants.

97. Audibert. — Pyélonéphrite et annexites.

58. Audouin. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve. Son traitement par la diathermo-coagulation.

37. Audoye. — Les huiles et dérivés chaulmoogriques dans la tuberculose.

8. Barbaroux. — Sur un traitement arsenical par voie buccale en syphilis infantile.

93. Barde. — Sur quelques cas de suppurations fétides circonscrites du poumon.

106. Basser. — Contribution à l'étude des malformations congénitales des voies biliaires.

81. Beaumont. — De l'influence de la puerpéralité sur l'albuminurie orthostatique.

95. Belitrandi. — Contribution à l'étude clinique d'un nouveau diurétique mercuriel : le neptal.

40. Bénédetti. — Contribution à l'étude de l'extension continue dans les fractures de jambe par l'étrier de Finochietto-Chutro.

94. Berchon. — Les fibres élastiques dans les expectorations des tuberculeux.

103. Bergey. — Procédés de photographie, de microphotographie et de reproduction photomécanique appliqués aux sciences médicales.

26. Blaise. — Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus.

28. Bonnaud. — Contribution à l'étude de la fièvre ganglionnaire.

66. Bos. — A propos de la stérilisation spontanée des eaux polluées.

21. Boyrie. — Contribution à l'étude des fractures isolées du condyle interne du fémur.

51. Carrière. — De l'influence immédiate de l'alimentation sur la température du nourrisson.

54. Casassus. — Les incurvations congénitales de la jambe à concavité antérieure.

74. Casati. — L'Hôtel-Dieu d'Angoulême aux XVIIe et XVIIIe siècles.

23. Cauvin. — Le mal méditerranéen.

20. Cazaux. — Contribution à l'étude de la hernie étranglée réduite en masse.

75. Chaussepied. — Hernies épigastriques et lésions de l'estomac.

62. Chomereau-Lamotte. — Contribution à l'étude des pseudo-récidives de l'adénome prostatique.

47. Coquet (de). — Microdosage par colorimétrie de la glycérine dans les vins même sucrés.

89. Cornet. — Etude comparative au point de vue optique de l'iridectomie totale et de l'iridectomie périphérique dans l'opération du glaucome chronique.

91. Costedoat-Lamarque. — Contribution à l'étude de la gastéro-gastrostomie dans le traitement de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse.

43. Coty. — A propos de l'amputation congénitale du pied.

67. Dajean. — La variole à travers les âges à Bordeaux.

70. Dalbos. — Contribution à l'étude de la vaccination contre les fièvres typhoïdes.

99. Deguilhen. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cysto-épithéliomes de l'ovaire.

3. Delmas. — Traitement des hémorragies au cours de la prostateétomie.

33. Dessausse. — Une épidémie de diphtérie grave à Pessac-sur-Dordogne.

55. Destandau. — L'installation de la Clinique gynécologique à l'hôpital André Boursier.

7. Doucet. — Traitement des fibromes intra-utérins pédiculés atteints de sphacèle pendant les suites des couches.

100. Dubreuil. — La douleur dorsale dans le cancer du sein.

92. Ducaud. — Le rapport de l'acide libre à l'acide combiné dans les liquides gastriques pathologiques.

53. Dupouy. — Dépistage de la syphilis et contrôle de son traitement par la méthode de Vernes.

35. Fitoussi. — Contribution à l'étude du traitement des chorées aiguës par l'opothérapie parathyroïdienne.

4. Foix. — Les hémorragies consécutives à l'urétrotomie interne.

32. Foubert. — Syndromes paralytiques dans les formes basses de l'encéphalite épidémique.

73. Fourcade. — Contribution à l'étude de la sédimentation des hématies dans la tuberculose pulmonaire.

19. Fournier. — L'auscultation pulmonaire du cadavre. Etude de sémiologie expérimentale.

63. Frouin (Mlle). — Les formes cliniques de l'acrodynie infantile.

71. Gadaud. — Nouvelle méthode de traitement des hémorragies dentaires : la chaux éteinte.

44. Galy. — Contribution à l'étude de la dégénérescence maligne de l'adéno-fibrome du sein chez la femme.

59. Garcin. — Du diagnostic précoce des sarcomes de la choroïde.

25. Gerbinis. — La gangrène de l'intestin dans les hernies ombilicales.

16. Giraud. — Les albuminuries de la grossesse dans leurs rapports avec la syphilis.

2. Grall. — La rigidité cadavérique. Application de la notion du Ph à l'étude de sa nature.

15. Guinaudeau. — Contribution à l'étude du traitement

(1) Professeur Lignières. La signification des réactions tuberculiniques dans la tuberculose et après la prémunition par le B. C. G., *Acad. de méd.*, 17 juillet 1928.

(2) Professeur J. Lignières. Le vaccin B. C. G. bien que très atténué et sans réaction tuberculigène reste encore trop pathogène pour l'espèce humaine, *Acad. de méd.*, 24 juillet 1928.

de la fièvre puerpérale du postpartum par le sulfarsénol.

10. ILIOU. — De l'incision de Pfannenstiel dans la chirurgie gynécologique.

1. JAN DER GUISTEL. — Valeur clinique de la chiromancie.

62. JOSPIN. — La forme ictérique pure de la syphilis hépatique tertiaire chez l'adulte.

29. KERFORNE. — Sur quelques modalités cliniques d'infection typhique.

27. LABERNÈDE. — Sclérose en plaques et scléroses syphilitiques diffuses multiloculaires du névraxe.

102. LABONNE (Mlle). — La rétention d'urine dans les fibromes utérins.

104. LABRIT. — Contribution à l'étude du traitement des angiomes par la curiethérapie.

65. LAFLEUR. — L'analgésie pendant l'accouchement.

80. LAGRONA. — Tumeurs malignes du jéjuno-iléon chez l'enfant.

77. LAMOTHE. — P.-J. Desault et X. Bichat.

50. LARAUZA. — L'eau hyperthermale de Dax. Son action diurétique.

6. LARC'HANT. — L'uréthrite herpétique.

87. LARRICQ. — Etude critique et analytique du mal des montagnes.

46. LASMOLES. — De la ménopause post-opératoire,

68. LASSAUBATJU. — De la valeur respective des réactions biologiques dans les kystes hydatiques du foie.

69. LAURORE. — La botte plâtrée à ailettes latérales dans le traitement de certaines fractures du col de fémur.

85. LE GOFF. — Contribution à l'étude des paralysies transitoires. Equivalents jacksoniens symptomatiques des tumeurs cérébrales.

90. LE GUEN. — Appendicite et grossesse extra-utérine.

84. LÔO. — François Villon. Etude médico-psychologique.

101. LOTTE. — Contribution à l'étude du détatouage.

56. LOUSTALOT. — Fibromes de l'utérus et phlébites.

96. LUSSAC. — Contribution à l'étude de l'étiologie des adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques de l'enfance.

90. MAILHO. — Contribution à l'étude de l'épreuve de Kobrak.

72. MAISONOBE. — Contribution à l'étude de l'action du système vago-sympathique sur l'appareil vestibulaire.

86. MALAPLATE. — Contribution à l'étude des fausses tuberculoses pulmonaires et de la tuberculose pulmonaire fermée.

49. MARTIN. — Contribution à l'étude des artères hépatiques.

45. MARTY. — Contribution à l'étude des hémorragies du corps jaune.

13. DE MASCAREL DE LA CORBIÈRE. — Résumé de pathogénie et traitement du coryza spasmotique.

11. MAURIN. — Contribution à l'étude des hématomes rétro-péritonéaux survenant à la suite des hystérectomies.

61. MOGÈS. — Les manifestations scissurales de la tuberculose pulmonaire. Etude clinique et pathogénique.

79. MORA. — Contribution à l'étude des rapports leucocytaires et de la réaction iodophile dans l'appendicite.

34. NODENOT. — Contribution à l'étude de l'automatisme mental. Son origine organique.

83. NOUVEL. — A propos d'un cas de mycétome de la rate.

60. PÉLERAN. — L'épithélioma de la vulve.

22. PENNANÉAC'H. — Contribution à l'étude de la toxicité du formol et des phénomènes pathologiques qu'il est susceptible de provoquer.

82. PERPEROT. — A propos d'une observation de sarcome aponévrotique de la région inguinale.

105. PEYRALBE. — Contribution à l'étude de la diathermocoagulation dans le traitement des épithéliomas cutanés.

18. PIGEART DE GURBERT. — Un nodule douloureux de l'oreille.

14. PINÇON. — Etude sur les maladies professionnelles et sur les stigmates professionnels des lithographes et des typographes.

88. POULHAZAN. — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de l'iodométhylarsinate de magnésie.

76. PRIGENT. — Contribution à l'étude de l'hémorragie méningée chez le nouveau-né.

30. RAVEL. — Quelques résultats éloignés d'ostéosynthèse dans les fractures de jambe à Bordeaux.

41. RENUCCI. — Indications de la rachianesthésie dans les occlusions intestinales.

9. RICHARD. — Traitement de l'hypertonie dans le syndrome bradykénétique post-encéphalitique.

12. ROBIN. — Contribution à l'étude de l'opération de Hartmann et Munemery dans les cancers du rectum haut situés.

48. SIMÉON. — Recherches anatomiques sur le système veineux superficiel antéro-latéral du cou.

31. SIMON. — Tuberculose pleuro-pulmonaire apicale et troubles sensitivo-moteurs du membre thoracique.

64. SUSBIELLE. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rachis.

5. TEULIÉ. — Les rapports des langages néologiques et des idées délirantes en médecine légale.

24. THOMAS-DURIS. — Aperçu historique et critique du traitement orthopédique du prolapsus génital.

39. TISSÈGRE. — Contribution à l'étude de quelques lésions pulmonaires réalisées expérimentalement chez le lapin.

38. VAISSEAU. — Contribution à l'étude des eschares de décubitus et de leur traitement.

17. VARRIN. — Etude de quelques modalités cliniques de pyométrie. Pyométrie et curiethérapie.

78. VERDEAU (Mme), née GALBRUNNER. — Les hyperglycémies sous glycosurie chez les malades non diabétiques observés à Vichy.

57. WŒLFFEL. — Cancer et traumatisme. Contribution médico-légale.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 187. CHING. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical conservateur dans la coxalgie de l'enfant.

183. LUCIEN. — Contribution à l'étude des torsions du pédicule des tumeurs du pavillon de la trompe.

180. NAVARRETE. — Contribution à l'étude de l'éosinophilie dans le diagnostic de l'adénome et du cancer de la prostate.

181. SANCHEZ PALACIOS. — Le verruga peruana ou maladie de Tarrion.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant l'année scolaire 1928-1929, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 8 janvier 1929, à 14 h., au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Programme des démonstrations. — PREMIÈRE SÉRIE. — *Technique de microbiologie clinique* (14 leçons). — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen bactériologique des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diph-

térie. — Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. — Réactions de floculation. — Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen bactériologique des matières fécales. — Examen bactériologique des urines.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Etude pratique des microbes pathogènes* (24 leçons). — Physiologie et classification microbiennes. — Staphylocoque. Préparation des vaccins. — Streptocoque. Pneumocoque. — Gonocoque. Méningocoque. — Peste. Pasteurelloses. — Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — Groupe colibacille Eberth. — Pneumobacille. Proteus. Micrococcus melitensis. — Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — Examen bactériologique des eaux potables. — Bactéridie charbonneuse. — Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — Bacilles du tétanos et du botulisme. — Bacille diphtérique. — Bacille tuberculeux. — Bacille tuberculeux. — Bacille tuberculeux. — Lèpre et morve. — Les spirochètes. — Le tréponème de la syphilis. — Réaction de Wassermann. — Les virus invisibles. — Les virus invisibles. — Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits d'inscription sont de 200 fr. pour chacune des séries.

Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.).

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN (professeur: M. Pierre DELBET). — Cours complémentaire. Date du cours: du 15 au 26 octobre, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Delbet, par MM. Jacques Leveuf, chirurgien des hôpitaux, assistant du service; Lascombe, Godard, Oberthur et de Vadder, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

1° Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La onzième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIE DE L'HÔTEL-DIEU (professeur: M. F. TERRIEN). — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis et jeudis, à 9 h. 1/2 (amphithéâtre Dupuytren) : leçons pratiques avec projections, suivie d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : consultation expliquée.

Vendredis à 10 h. 1/2 : leçon clinique.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (professeur : M. BRINDEAU). — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (deuxième série), par MM. les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, professeur agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours sera réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 13 octobre 1918. Il comprendera une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 150 fr.

— CHAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital de Vaugirard.) — *Cours de radiologie clinique du tube digestif* (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, colon, rectum, voies biliaires). — Professeur : M. Pierre Duval, MM. les docteurs J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Jean Gatellier, Alban Girault, Pierre Porcher. Du lundi 8 au mercredi 17 octobre 1928, les leçons auront lieu : le matin, à 9 h. 1/2; le soir, à 17 h. 1/2.

Droit à verser : 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE (*série supplémentaire*). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale, aura lieu, sous la direction du docteur Fernand Mercier, agrégé, chef des travaux, du 15 au 25 octobre 1928.

Ces travaux comprendront chaque jour : *a.* à 14 h., une conférence à l'amphithéâtre Vulpian; *b.* de 15 h. à 16 h. 30, des démonstrations pratiques à la salle des travaux pratiques de pharmacologie.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le quatrième examen de doctorat (ancien régime); 2° les étudiants de quatrième année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1928, ou n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires de pharmacologie de l'année scolaire 1927-1928.

Les élèves inscrits devront verser un droit de laboratoire de 100 fr.

S'adresser au Secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 h.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE, — RÉUNION D'AUTOMNE 1928 DE LA FOIRE DE LYON. — La Foire de Lyon comprend cette année trois manifestations : une exposition générale agricole (29 septembre-7 octobre); une exposition éducative de l'habitation (31 octobre-11 novembre); une exposition d'aviculture et d'apiculture (7-11 novembre).

A l'occasion de ces manifestatious, les coupons de retour des billets aller et retour délivrés à destination de Lyon à partir du 28 septembre par les gares des grands réseaux français sont valables jusqu'au 8 octobre; ceux délivrés du 30 octobre au 11 novembre sont valable jusqu'au 12 novembre inclus.

Sur les réseaux d'Alsace-Lorraine, du Nord, de l'Est et du P.-L.-M. il est, au surplus, accordé aux groupes d'au moins moins dix personnes justifiant de leur participation à une même organisation commerciale, industrielle ou agricole légalement constituée, une réduction de 50 p. 100 sur le prix du voyage à plein tarif. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux gares et bureaux de renseignements P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Louis Ramond, Souques, Brocq, Lévy-Solal, qui acceptent; Weil (M.-P.), Grenet, Comte, Bergeret, Gatellier, Fey, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Grivot, Le Mée, Lemaître, Hautant, Ramadier, Bloch, qui acceptent; Bourgeois, Chatelier, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. le docteur Alfred Hug, de Strasbourg-Montagne-Verte (Bas-Rhin).

JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX (4-8 novembre 1928). — Les Journées médicales de Bordeaux commenceront le dimanche 4 novembre, à 15 h.

Pour le programme détaillé, se reporter à la *Gazette des hôpitaux*, 1928, n° 77, p. 1344, et n° 81, p. 1398.

— Le docteur Gourdon, chargé de cours à la Faculté de médecine, fera les conférences et démonstrations pratiques suivantes dans l'Institut orthopédique, 112, chemin d'Arès.

Le lundi 5 novembre, à 9 h. : Etude clinique et traitement moderne de la scoliose des adolescents; prophylaxie, indications des redressements orthopédiques appropriés aux différentes formes de scolioses et corsets à appliquer.

Démonstration pratique : redressement d'une scoliose grave d'après la méthode d'Abbott.

Présentation de malades traités.

Le mardi 6 novembre, à 9 h. : 1° Etudes radiographiques, cliniques et traitement de « l'insuffisance de la hanche » par malformation primitive de la cavité cotyloïde.

2° Le traitement orthopédique du pied plat; prophylaxie, supports physiologiques, redressement des pieds plats invétérés. Démonstration pratique : redressement d'un pied plat, application de supports plantaires.

3° Technique générale de l'application des appareils plâtrés à l'usage des praticiens.

VIe CONGRÈS DE STOMATOLOGIE (PARIS) 1929. — Le prochain Congrès de stomatologie (VIe) se tiendra à Paris du 22 au 29 octobre 1929, à la Faculté de médecine et à l'Ecole française de stomatologie.

Président : M. le docteur Rousseau-Decelle; vice-présidents : MM. les docteurs Bozo (de Paris), Bacque (de Limoges); secrétaire général : M. le docteur Leclercq; secrétaire-général-adjoint : M. le docteur Richard; trésorier : M. le docteur Psaume.

Les questions suivantes ont été choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet d'un rapport :

1° *Les septicémies d'origine bucco-dentaire.* Rapporteurs : MM. Thibault et Raison.

2° *Traitement chirurgical des infections du periapex, curettage et résection, résultats éloignés.* Rapporteur : M. Lacronique.

Une autre question sera mise en discussion : *Prophylaxie de la carie dentaire.*

Dans le but d'unifier et d'augmenter l'efficacité du travail du Congrès, le comité d'organisation a décidé de demander aux congressistes d'orienter leur communications autour des deux sujets faisant l'objet des rapports.

Toutefois, pour ne pas écarter des travaux du Congrès les sujets originaux déjà en cours de préparation, deux séances leur seront réservées.

Une importante exposition d'instruments et d'appareils concernant la stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine

pendant la durée du Congrès. Il sera également organisé une exposition relative à l'histoire de la stomatologie.

La cotisation est fixée à 100 fr.; les inscriptions sont reçues dès maintenant, par le trésorier, le docteur Psaume, 60, rue de Rennes, compte de chèques postaux : Paris 923-76.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire-général M. le docteur Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (Ier), ou au secrétariat permanent du Congrès, salle Béclard, Faculté de médecine (A. D. R. M.), rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

MÉDAILLE DU DOCTEUR LE NOIR. — La date à laquelle sera remise la médaille que les élèves et les amis du docteur Le Noir désirent lui offrir au moment où il quittera son service de l'hôpital Saint-Antoine n'est pas encore fixée, mais ce sera certainement à la fin de l'année.

La souscription ouverte pour lui offrir cette médaille sera définitivement close le 25 octobre.

Les souscriptions seront reçues jusqu'à cette date par le trésorier du Comité, M. le docteur Georges Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS (A. P. I. M.). — La IIIe Session annuelle du Conseil général de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) a eu lieu les 27, 28, 29 et 30 septembre, à Paris. Sur vingt-six nations dont le groupement professionnel national est adhérent à l'A. P. I. M., quatorze nations étaient effectivement représentées, comme membre du Conseil, par leur « correspondant national » habituel qui est, d'ordinaire, le président ou le secrétaire général du Groupement professionnel national intéressé, présentant donc la compétence et l'autorité nécessaires.

Les questions à examiner en séance avaient toutes fait l'objet d'un rapport envoyé six semaines auparavant aux membres du Conseil. Les principaux rapports (il y en avait neuf en tout) portaient sur : l'assurance-maladie; l'Institut national de coopération intellectuelle et l'A. P. I. M.; les médecins spécialistes; la liberté de prescription en médecine sociale; la IIe Session de la Conférence internationale du travail à Genève; l'examen médical pour les conducteurs d'automobile, etc.

La question primordiale, à l'heure actuelle, de l'assurance-maladie, prit deux jours entiers sur les quatre jours de la Session. L'étude effectuée ainsi aboutit à une série de déclarations que l'on peut considérer comme la « charte » internationale actuelle de la position, sur ce sujet, du Corps médical mondial, au point de vue de la pratique journalière de la médecine. Il est bien entendu, en effet, par les statuts mêmes de l'A. P. I. M., que ce Groupement international ne s'occupe que des questions professionnelles, à l'exclusion de toute question d'ordre uniquement scientifique.

Un compte rendu détaillé de cette IIIe Session paraîtra, en novembre, dans la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, revue trimestrielle, qui est l'organe officiel de l'A. P. I. M. Nous pourrons y revenir à cette époque, nous bornant, pour le moment, à ajouter que le siège social de l'A. P. I. M. est à Paris, 25, rue Louis-le-Grand, et que toute correspondance doit être envoyée à cette adresse, à son secrétaire général, le docteur Fernand Decourt.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 15 octobre 1928, à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les laboratoires dans l'armée », par M. le général médecin Sacquépée.

LA PROSTITUTION AU JAPON. — Le *Marseille médical* relève dans une communication du docteur Mitsuzo Tsurumi, au Comité de l'office international d'hygiène publique, dans sa session de novembre 1927, quelques chiffres intéressants concernant la prostitution au Japon. Les femmes désirant se livrer à ce « commerce » doivent être âgées de dix-huit ans au moins et se faire délivrer une autorisation par les autorités compétentes qui ne les inscrivent sur la liste officielle des prostituées qu'après visite sanitaire. En fin 1923, il y avait 50.326 filles inscrites, réparties entre 548 quartiers dits « de plaisir »; à la même époque, il existait 162 hôpitaux, plus 75 institutions de moindre importance, réservés aux personnes souffrant de maladies vénériennes; ces établissements comportaient 5.000 lits; 494 dispensaires à l'usage des filles soumises ont procédé, en 1923, à 3.068.130 examens sanitaires, dont 71.576 ont montré la nécessité de soins médicaux. Enfin, signalons l'existence, relevée en mai 1922, de 1.501 « clubs de préservation de la santé » composés de personnes faisant leur « commerce » individuellement et dont les 52.173 membres ont subi une ou deux fois par mois un examen médical.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emilio R. Coni, ancien président de la Ligue latino-américaine contre la tuberculose, décédé à Buenos-Aires; Herman Piraux (de Monceau-sur-Sambre), Etienne Astier (de Montélimar).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Des séries de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie auront lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 17 à 19 h.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques. — Prix de chaque cours : 250 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements et dates des séances, s'adresser à Mlle Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 à 11 h.

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet et Lemoine commenceront, le 22 octobre 1928, une série de huit leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h., en outre les 22 et 23 octobre, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec.

Le lundi 12 novembre 1928, le docteur Henri Bourgeois, chef de service, commencera un cours en douze leçons sur les « Maladies non suppurées de l'oreille », avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Ill, Huet, assistants du service.

Prix du cours : 300 fr. — S'adresser au docteur Huet.

LES PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS

LEURS EFFETS
LEUR ROLE POSSIBLE EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Par le docteur vétérinaire H. VELU,
Chef du Laboratoire de recherches vétérinaires des troupes d'occupation du Maroc.

Au cours des secondes Journées médicales et vétérinaires du Maroc, le professeur Leriche (de Strasbourg) étudiant la réhabitation puis la résorption des greffons glandulaires, et la résorption suivie de reconstruction des greffons de tissu conjonctif en particulier de tissu osseux, soulignait *le rôle capital du tissu conjonctif dans l'organisme et l'importance de la vaso-dilatation consécutive au traumatisme dans la réparation des plaies.*

Le lendemain, dans une Conférence sur les *traitements récents des affections pyogènes du cheval* faite devant M. le vétérinaire inspecteur Fontaine, je montrais aux vétérinaires de complément du Maroc l'importance de ces phénomènes vaso-moteurs dans le traitement de nos blessés.

J'étais, en effet, bien familiarisé depuis longtemps avec ces idées (1). D'autre part, des raisons personnelles m'avaient obligé de lire les communications du professeur Leriche sur la *sympathectomie*, et l'ouvrage, qu'en collaboration avec le professeur Policard, il avait publié sur les *problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os.* J'avais été amené, par ces lectures, à faire bien des rapprochements entre certaines lésions décrites par le professeur Leriche et les *tares dures* de nos moteurs animés, à me demander s'il n'y avait pas là des enseignements du plus haut intérêts, pour reprendre sur de nouvelles bases l'étude de l'*ostéite de fatigue*, et la thérapeutique de certaines lésions de l'appareil locomoteur.

Placé dans un milieu où la vérification de ces hypothèses était absolument impossible faute de sujets d'étude, j'avais essayé d'intéresser à la question un camarade de l'armée métropolitaine. Bien qu'une année se soit écoulée depuis lors, je n'ai pas encore reçu de réponse.

Comme d'autre part, les articles du professeur Leriche sur les lésions osseuses, sur la *sympathectomie* en particulier n'ont pas été analysés dans nos Revues professionnelles, — celles qui me parviennent tout au moins, — pas plus d'ailleurs que l'ouvrage sur la *Physiologie normale et pathologique de l'os*, il est, je crois, nécessaire de montrer que certaines théories nouvelles, pleines d'idées fécondes, riches d'aperçus originaux, doivent retenir l'attention des vétérinaires. Adaptées à notre médecine, étudiées sur nos malades, elles sont susceptibles de modifier nos conceptions, de donner de certains phénomènes des explications nouvelles qui nous feront peut-être serrer de plus près la vérité.

Les blessures des tissus mous, les traumatismes de toute sorte et leurs complications les plus diverses sur les os, et les articulations constituent en effet en médecine vétérinaire et surtout en médecine vétérinaire militaire le chapitre le plus important de la pathologie chirurgicale, on pourrait presque dire le seul et constituent un merveilleux champ d'observation et d'expérience. Pour le prouver, nous ne prendrons que deux exemples généraux :

1° Les affections pyogènes;
2° Les lésions de l'appareil locomoteur.

1° **Affections pyogènes.** — Dans un article récent paru dans la *Presse médicale*, le professeur Leriche (1) dit *Tout traumatisme est avant tout un traumatisme de la vaso-motricité.* « Toujours, après un choc ou un heurt, même s'il n'y a pas de plaie, même s'il n'y a pas de fracture, les terminaisons nerveuses périphériques excitées produisent par réflexe un déséquilibre immédiat et plus ou moins durable de la vaso-motricité. Le déséquilibre s'inscrit généralement dans le sens d'une vaso-dilatation active. En fait, chacun sait qu'une égratignure ou un coup provoquent une hyperthermie locale et de la rougeur congestive ».

« Chez les animaux, avec des dispositifs expérimentaux convenables, on enregistre toujours après un traumatisme, même minime, portant sur une patte, des modifications de la circulation locale et de la circulation générale ».

« Généralement, ces modifications vaso-motrices sont passagères et en quelques jours tout rentre dans l'ordre ».

L'on pourrait se demander à quoi servent ces réactions. Le professeur Leriche nous l'explique un peu plus loin. « Nos réparations de plaies accidentelles ou chirurgicales, reposent uniquement sur ce fait que tout traumatisme provoque une vaso-dilatation active. S'il en était autrement, si le traumatisme opératoire provoquait un état vaso-moteur inverse, vaso-constrictif, ou même s'il n'était suivi d'aucune réaction vaso-motrice, *la chirurgie aseptique ne pourrait pas exister. La réparation des tissus n'aurait pas lieu. C'est parce que le traumatisme tissulaire que représente une opération est suivie d'hyperhémie active, que le tissu conjonctif mis dans des conditions circulatoires et nutritives nouvelles, se modifie dans ses possibilités évolutives et parcourt les étapes histologiques qui aboutissent à la réparation.* »

« Et, en fait, là où il y a vaso-constriction permanente, là où le régime circulatoire est pauvre, par exemple chez les schokés, la cicatrisation conjonctive n'a pas lieu et les plaies ne se réunissent pas ».

« L'hyperhémie post-traumatique est, en somme, un phénomène banal, que nous cotoyons chaque jour, que nous négligeons, mais auquel nous devrions accorder une grande attention et une grande reconnaissance ».

Si nous rapprochons ces conclusions des méthodes

(1) H. Velu. La pyothérapie, *Revue gén. de méd. vétérinaire*, 15 juin 1919, p. 305 et suiv.

(1) R. Leriche. Mécanisme de production des hydarthroses et des arthrites traumatiques. Conception générale de leur traitement, *Presse méd.*, 20 juin 1928, n° 49, p. 769.

employées pour obtenir la réparation et la cicatrisation des plaies, plus ou moins délabrantes ou infectées de nos malades, nous constatons que toutes ces méthodes cherchent, en dernière analyse, par des moyens variés *la production, l'augmentation ou le réveil de l'hyperhémie post-traumatique*, LOCALE, *et parfois même* GÉNÉRALE.

La friction vésicante, la cautérisation chimique ou ignée, des anciens hippiâtres n'avaient pas d'autre but. La méthode de Bier, l'héliothérapie produisent des effets identiques qu'il est plus facile de doser. L'INCISION CRUCIALE des cors, préconisée autrefois par le vétérinaire inspecteur Fontaine, ne se proposait pas autre chose que de substituer à un état d'atonie et peut-être de vaso-constriction des tissus, une vaso-dilatation active permettant au sillon disjoncteur de se former car, ainsi que nous avons eu l'occasion de le rappeler avec Barotte (1) au sujet de l'étude de la *pyothérapie* les modifications circulatoires qui accompagnent la réparation des plaies ne sont pas seulement *quantitatives*, elles sont aussi et peut-être tout autant *qualitatives*. Nos méthodes de traitement des affections pyogènes du cheval ne font toutes qu'essayer de provoquer, de renforcer, ou d'exalter les processus normaux de défense de l'organisme, et les phénomènes histologiques si bien étudiés par Policard (2) sur lesquels il est inutile de revenir ici.

Parmi elles, il en est qui manquent d'élégance et de précision. Elles sont aveugles; la médecine vétérinaire doit les délaisser. Il en est d'autres qui permettent d'obtenir des résultats plus précis, de les doser, de les répéter : parmi ces dernières, il convient de citer, la pyothérapie et la vaccinothérapie, parce qu'elles sont simples, économiques et qu'elles assurent bien *les étapes histologiques qui aboutissent à la réparation*, la polynucléose initiale avec hyperleucocytose qui assure le nettoyage de la plaie suivie de la mononucléose secondaire qui assure la réparation. La vaccinothérapie pré-opératoire de Bazy (3), en dehors d'une action spécifique qui ne saurait être mise en doute, agit peut-être surtout en provoquant par avance *la mononucléose constructive*, en supprimant la polynucléose initiale, sans indication nette dans les traumas aseptiques, en déterminant par conséquent la cicatrisation rapide des plaies opératoires. *Il s'agit là d'un facteur dont l'importance en médecine vétérinaire ne saurait être trop soulignée.* A ce seul titre la pyothérapie et la vaccinothérapie pré-opératoires ou post-opératoires devraient rapidement entrer dans la pratique courante.

2° **Les lésions de l'appareil locomoteur.** — Appliqués à l'étude des lésions articulaires, les phénomènes vaso-moteurs ont permis au professeur Leriche de ramener la genèse des arthrites traumatiques (aseptiques bien entendu) et des hydarthroses post-traumatiques à des troubles physiopathiques.

(1) H. VELU et J. BAROTTE. Etude de quelques réactions leucocytaires, *Bull. de la Soc. cent. de méd. vétér.*, 1921, p. 385.

(2) A. POLICARD. *Evolution de la plaie de guerre*, Masson, 1918.

(3) P. BAZY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 13 oct. 1925, p. 881.

« Pendant toute la première période de leur évolution, ils sont en effet réversibles. Fruits d'une vasomotricité troublée, ils peuvent rétrocéder sans laisser de traces si la vaso-motricité est ramenée dans le droit chemin. Sinon, ils engendrent, par le simple fait qu'ils existent, des lésions anatomiques définitives. Normalement, leur guérison se fait d'elle-même, à la longue, en deux, trois, quatre ans. Mais, à ce moment, des lésions osseuses, chondriques et synoviales irréparables se sont créées; le retour à la normale n'est plus possible. Sans doute finalement, se fait une certaine réparation osseuse. Mais elle n'a lieu qu'au bout d'un temps assez long, alors que l'os malléable s'est déformé par des pressions continues. Elle se fait avec des bavures périphériques. Lors de la régénération osseuse, de petites ossifications se font aux bords de la capsule et de la synoviale, et l'os définitif a un aspect d'arthrite déformante. Et comme, en fait, il est déformé, il peut se greffer secondairement, sur les séquelles de l'arthrite traumatique, une véritable arthrite mécanique, qui se substitue peu à peu à la maladie initiale. Bientôt le malade oublie son accident. *Le médecin, s'il en a eu la confidence, méprise un facteur étiologique dont il ne voit pas l'importance.* Il pense, devant la déformation articulaire, que, dès le début, il s'est agi d'une arthrite déformante que le traumatisme a révélée, mais dont le tempérament arthritique est seul responsable, explication facile qui satisfait tout le monde, bien qu'elle ne veuille rien dire. »

Il est difficile de s'empêcher de faire des rapprochements entre le tableau des arthrites déformantes par le professeur Leriche et celui des lésions classiques des hydarthroses et des arthrites de nos chevaux de trait, des *ostéo-arthrites et de « l'ostéite de fatigue » de nos chevaux de selle.*

Tous les vétérinaires connaissent cette *réaction hyperhémique initiale* appréciable à la main et qui *seule caractérise la lésion anatomique qui évoluera*... plus tard. Tous savent qu'elle peut durer plus d'une dizaine de jours et que dans ce cas, elle va s'accompagner d'une « synovite subaiguë aseptique avec exsudation considérable de synovite créant ainsi l'hydarthrose » d'une raréfaction active au niveau de l'os avec formation de lacunes d'ostéoporose (visibles à la radiographie), de « décollements de cartilage avec production de troubles nutritifs, capables d'aller jusqu'à l'ulcération ». C'est en un raccourci saisissant le tableau clinique des diverses formes de l'ostéite de fatigue par Jacoulet, Joly et Vivien (1).

Cependant combien ont pensé avec le professeur Leriche que ces lésions osseuses et cartilagineuses pouvaient être la conséquence *d'un simple trouble fonctionnel circulatoire, que la maladie pouvait exister sans lésion anatomique visible? que l'inflammation initiale* et les lésions inflammatoires consécutives pouvaient être des lésions *essentiellement hyperhémiques*, que cette hyperhémie pouvait être

(1) JOLY. *Les Maladies du cheval de troupes*, Baillière, 1904, p. 250 et suiv.

d'origine purement traumatique? Les traumatismes locomoteurs sont susceptibles de réaliser chez nos animaux de traits les mêmes apparences anatomiques que celles étudiées par le professeur Leriche. Suivons donc son conseil : *Perdons l'habitude de penser anatomiquement, songeons au vice fonctionnel primitif* et nous pourrons conclure avec lui « qu'il y a là les premières lignes d'un nouveau chapitre de pathologie générale qui est tout à écrire ».

Nous pouvons ajouter que la fréquence des lésions de l'appareil locomoteur chez nos animaux domestiques, en particulier chez les chevaux de pur sang doit en favoriser singulièrement la rédaction en médecine vétérinaire, d'autant plus qu'il a été magistralement amorcé et entrevu il y a longtemps déjà par Jacoulet, Joly et Vivien. Le mécanisme de production des tares osseuses, de l'éparvin comme des formes coronaires, de toutes les ostéo-arthrites de l'appareil locomoteur du cheval doit être identique à celui des hydarthroses et des arthrites traumatiques de l'homme tel que le conçoit le professeur Leriche.

Les passages suivants extraits de son récent travail souligneront encore les analogies dont nous parlons et feront penser immédiatement *à la conception saumurienne de l'ostéite d'encastelure et de la subfourbure.*

« Parfois, pour des causes difficiles à analyser, mais qui relèvent probablement d'une susceptibilité particulière du système sympathique propre à l'individu, et peut-être du type du traumatisme, le déséquilibre vaso-moteur persiste et un régime de vaso-dilatation active avec hyperthermie locale continue, avec des variations à différents moments de la journée, des phases vaso-dilatation passive et même parfois de vaso-constriction. Au bout d'un temps plus ou moins long, finalement la vaso-dilatation passive et la cyanose s'installe à poste fixe. Mais, dans l'ensemble, les vagues vaso-dilatatrices prédominent longtemps, et c'est alors qu'on voit apparaître à la périphérie des troubles du côté de la peau, *des troubles de croissance des ongles*, de l'hyperthricose, de l'atrophie musculaire et, du côté du squelette, de la raréfaction osseuse ».

En fait, quand on a constaté l'existence d'une décalcification marquée quinze jours ou trois semaines après un traumatisme sans fracture, chez des malades n'ayant jsmais été immobilisés, on est bien obligé de changer d'avis. Dans ces cas, il est facile parfois avec l'oscillomètre et la thermométrie locale, de mettre en évidence l'existence d'un déséquilibre vaso-moteur permanent, d'une vaso-dilatation active et souvent d'une hyperthermie qui est d'ailleurs sensible à la main.

« Je pense donc que l'on peut considérer comme démontré que la décalcification pure, sans transformation adipeuse de la moelle est un phénomène de résorption dû à l'hyperthémie active ».

Je ne veux pas insister davantage car il convient encore d'envisager ici, et c'est une des raisons de cette communication, ce qu'il y a lieu de faire pour éviter l'évolution décrite plus haut.

En ce qui concerne les hydarthroses et les arthrites traumatiques, toujours d'après le professeur Leriche:

« Tout au début, *il faut éviter le massage*, la mécanothérapie *tout ce qui est une cause d'hyperhémie.* De même, il ne faut pas d'eau chaude. Mais bien plutôt du repos, de l'eau froide, de la glace. *Pas de révulsion,* mais plutôt une saignée locale. Volontiers je dirais des sangues, comme les médecins d'autrefois. Je m'en suis parfois servi dans des entorses avec des résultats très remarquables. Je ne crois pas l'immobilisation plâtrée nécessaire. Un peu de mouvement n'est pas nuisible. Mais la reprise de l'activité normale n'est pas à conseiller.

Un peu plus tard, quand il y a des lésions synoviales et osseuses constituées, la situation est bien plus délicate.

Quelques essais d'injections de novocaïne et d'alcool dans les nerfs voisins de la zone traumatisée (collatéraux des doigts, tibial postérieur) ont paru susceptibles d'arrêter en quelques jours l'évolution des accidents.

Dans les cas sévères, une intervention est le meilleur moyen de dénouer rapidement la situation (sympathectomies, ramisections) dans le but d'amener un changement de la vaso-motricité troublée ».

Depuis longtemps les « hommes de cheval » ont reconnu les bons *effets du repos, des bains froids, de l'exercice quotidien modéré* sur l'évolution des lésions osseuses et articulaires de l'appareil locomoteur.

Les massages, les bains chauds, où les moyens plus violents semblent consacrés par une pratique séculaire.

Les effets thérapeutiques des injections diagnostiques de cocaïne sont bien connus et souvent escomptés.

Les opérations sympathiques basées sur les acquisitions récentes en physiologie osseuse semblent, d'après le professeur Leriche devoir apporter pour l'avenir de grandes possibilités.

Tout ce que nous savons de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique des lésions de l'appareil locomoteur des équidés porte à croire que ces interventions ne doivent pas rester étrangères à la médecine vétérinaire.

Les études de Vivien doivent être reprises et complétées à la lumière des théories du professeur Leriche.

L'étude expérimentale des troubles vaso-moteurs post-traumatiques des membres doit en être le préambule; et l'on doit entendre le qualificatif de post-traumatique dans un sens large puisque chez nos malades, les traumatismes les plus fréquents sont ceux qui résultent des efforts mêmes de la locomotion soit en mode de force, soit en mode de vitesse. L'oscillomètre et la thermométrie locale doivent se substituer pour un temps à la main du praticien pour lui permettre d'enregistrer avec le secours de la radiographie des données précises qui justifieront peut-être certaines transformations de notre thérapeutique, *la suppression de la névrotomie* par exemple, aux effets vaso-moteurs brutaux et parfois trop prolongés, et son remplacement par *la sympathectomie* dans le traitement des ostéoarthrites et ostéo-périostites de nos moteurs animés.

REVUE DES THÈSES

Sur un procédé de périnéorraphie par autoplastie cutanée (1), par R. IMBERT.

Un des facteurs essentiels de gravité des déchirures obstétricales du périnée est la lésion du sphincter externe de l'anus, qui, coexistant avec une déchirure complète des téguments, entraîne une communication recto-vaginale, — mais qui peut aussi exister sans lésions des téguments (déchirure interstitielle bien connue des accoucheurs), déterminant des troubles fonctionnels importants.

L'importance comparée des différentes lésions paraît à Imbert mal mise en évidence dans la classification habituellement adaptée pour les déchirures périnéales; il propose donc de modifier ainsi cette classification :

1° Déchirures interstitielles (lésion du sphincter sans solution de continuité des téguments) que l'on pourrait appeler « ruptures » du périnée;

2° Déchirures incomplètes (la plaie va de la vulve vers l'anus, sans atteindre l'anus) avec ou sans lésions musculaires;

3° Déchirures complètes (la plaie va de la vulve à l'anus) qui peuvent respecter, ou atteindre, ou dépasser le sphincter (extrasphinctériennes, transsphinctériennes, intrasphinctériennes) ;

4° Déchirures compliquées (atteinte de la cloison recto-vaginale).

C'est aux lésions recto-vaginales aboutissant à la formation d'un cloaque, forme grave de cette quatrième variété, qu'est destiné le procédé que décrit Imbert, procédé imaginé et mis au point par le professeur Léon Imbert (de Marseille). La technique habituellement employée dans les cas semblables est celle de Pozzi (mobilisation du rectum).

Voici le procédé lumineusement décrit par Imbert, avec de bonnes figures schématiques :

Une première incision transversale longue de 6 à 8 centimètres traverse le périnée à hauteur de l'éperon muqueux, vestige de la cloison recto-vaginale; elle traverse de part et d'autre les téguments, et, au milieu, dédouble cette cloison.

Dans un deuxième temps (reconstitution du cylindre vaginal et du cylindre rectal), chacun de ces deux lambeaux dédoublés est suturé isolément, l'antérieur jusqu'à la vulve, le postérieur jusqu'à l'anus. Ces deux minces et fragiles cloisons doivent être renforcées : derrière la cloison antérieure (paroi postérieure du vagin) les deux releveurs sont attirés et suturés); devant la cloison postérieure (paroi antérieure du rectum), on dégage et on suture les deux bords du sphincter externe déchiré. Mais cette paroi antérieure du rectum n'est ainsi renforcée qu'en bas et reste faible en haut.

Dans un troisième temps, une deuxième incision détache un lambeau (peau et toute sa doublure adipeuse) fessier gauche, verticalement descendant (6 à 8 centimètres de long sur 2 centimètres de large) dont la base confine à l'extrémité gauche de la première incision, dont le sommet se termine en pointe. Cette pointe va à l'angle droit de la première incision; la base tourne et s'encastre entre les branches écartées de son angle gauche. La doublure adipeuse du lambeau s'enfonce entre les deux cloisons rectale et vaginale; une suture soigneuse solidarise le lambeau avec les téguments périnéaux qui l'encadrent. Il ne reste qu'à rapprocher les bords de la plaie laissée par le lambeau mobilisé.

Imbert rapporte douze observations de malades traitées suivant cette technique. Etant donné les conditions que doit remplir une bonne périnéorraphie (suppression des troubles fonctionnels, isolement des voies génitale et digestive, solidité à l'égard d'un accouchement ultérieur, absence d'obstacle à cet accouchement) telles que les a posées Imbert au début de son travail, on peut dire que l'opération qu'il décrit est une bonne opération : chez ses douze malades, succès opératoire, reconstitution anatomique définitivement acquise, disparition des troubles; et de plus, quatre d'entre elles eurent ultérieurement une ou plusieurs grossesses, avec accouchements normaux, sans déchirures. Deux malades avaient déjà été opérées, par un procédé différent, sans succès.

ANDRÉ GUIBAL.

(1) *Th. de Montpellier*, 1927, n° 50, 53 pages. — Montpellier, E. Montane, éditeur.

Contribution à l'étude de la luxation pathologique vraie dans la coxalgie (1), par Mlle R. MIYOWITCH.

On commet trop souvent l'erreur de langage qui consiste à parler de *luxation* dans les déplacements articulaires de la coxalgie consécutifs à la destruction osseuse. « La luxation, disent les classiques, est la perte brusque et permanente du contact normal des surfaces articulaires. » Cela suppose que les surfaces articulaires existent, n'ont pas disparu. Le déplacement lent d'une extrémité fémorale supérieure usée par rapport à une région cotyloïdienne aplatie, ne mérite donc pas le nom de luxation, mais de pseudo-luxation, de glissement, d'ascension.

Il existe pourtant des luxations pathologiques mais dans la coxalgie, où il y a bien, *brusquement, perte permanente des rapports normaux entre des surfaces articulaires encore sains, préparée ou facilitée par l'action de la tuberculose sur l'articulation.*

Mlle Miyowitch en a recueilli deux intéressantes observations dans le service du professeur Massabuau, et en donne une étude détaillée, comparant ses constatations avec les 27 cas trouvés dans la littérature, et rappelant les travaux de Kirmisson et de Joüon.

Dans la presque totalité des cas (et dans les deux de Mlle Miyowitch), il s'agissait de luxation en arrière et en haut; seules, une observation de Gérard Marchant relate une luxation en haut et en avant, une observation de Le Guinchaona une luxation en bas et en avant.

Le mécanisme est complexe; il faut envisager l'action combinée de plusieurs facteurs : l'épanchement intra-articulaire (J.-L. Petit) qui écarte les surfaces articulaires, et détermine une attitude vicieuse (attitude de Bonnet) favorable à la luxation; — l'affaiblissement de la gaine capsulo-ligamentaire, cause de laxité articulaire; — la contraction musculaire antalgique (Vautier) avec action prédominante de certains muscles (mécanisme exposé par Verneuil pour les luxations paralytiques). Dans une des deux observations de Mlle Miyowitch, c'est l'action musculaire qui paraît avoir été le facteur le plus actif; dans l'autre (coxalgie de quelques semaines; poussée d'arthrite aiguë surajoutée, consécutive à une rougeole; luxation) l'épanchement.

Il semble bien qu'il faille de plus invoquer une cause déterminante : un léger traumatisme, toujours présent, pense l'auteur, quoique souvent ignoré et inaperçu.

L'aspect clinique est simple : signes évidents d'un déplacement qui, de toute certitude, n'existait pas la veille. Souvent, ce déplacement s'est produit sous le plâtre, sous extension continue. Et il apparaît dans les premiers mois d'évolution de la coxalgie.

Le pronostic est-il particulièrement favorable? Telle était l'opinion des classiques. Mais l'étude des observations engage Mlle Miyowitch à faire les plus expresses réserves.

Le diagnostic devra se préoccuper de ne pas méconnaître la coxalgie (en écartant l'idée de luxation traumatique, de luxation pathologique paralytique), — et aussi de ne pas méconnaître la luxation (en écartant l'idée d'une simple attitude vicieuse, ou d'une pseudo-luxation par glissement).

(1) *Th. de Montpellier.* (Université) 1927, n° 11, 43 p. — Montpellier, E. Montane, éditeur.

Et cela n'a pas qu'un simple intérêt théorique : ces luxations vraies peuvent et doivent être réduites, réduction qui restaure l'articulation, sans aggraver la coxalgie. Les deux observations de Mlle Miyowitch sont fort intéressantes en ce qui concerne les résultats de cette thérapeutique. ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude de la coxa valga (1), par F. A. Miniconi.

Dans ce travail, inspiré par le professeur Massabuau qui lui a confié plusieurs observations et leurs documents radiographiques, Miniconi tente une étude d'ensemble de la coxa valga, lésion isolée depuis peu d'années (Mauclaire, 1898) et qui a retenu plus particulièrement l'attention depuis que les perfectionnements radiologiques ont donné à la pathologie de la hanche un regain d'actualité.

Miniconi donne d'abord une *définition* de la lésion, reposant sur la seule base solide, celle des caractères anatomiques : « La coxa valga est une difformité de l'extrémité supérieure du fémur caractérisée par le redressement du col compliqué ou non de torsion sur son axe et d'incurvation dans le sens antéro-postérieur. » Cela laisse assez entendre que le terme de coxa valga est étymologiquement mauvais; mais, critiqué par tous, il s'impose par la force de l'habitude.

Sous ce nom viennent se grouper des lésions d'étiologie très diverses. La *classification* comprend en effet deux grands types : 1° la coxa valga congénitale; et 2° la coxa valga acquise (due à un traumatisme, à un ramollissement osseux, à une déformation statique, ou se présentant sous la forme de coxa valga des adolescents, dite idiopathique). C'est la coxa valga congénitale et la coxa valga des adolescents qui intéressent plus particulièrement Miniconi.

Quels caractères permettent le *diagnostic positif?* D'abord des signes fonctionnels (gêne, douleur); ensuite des signes physiques (attitude vicieuse : inclinaison du bassin, rotation externe et abduction de la cuisse; allongement réel du membre; abaissement du grand trochanter, mesurable par le tracé des lignes de Nélaton et de Schumacher); surtout des signes radiologiques (redressement appréciable par les procédés de mensuration de Lange et de Alsberg). Le *diagnostic différentiel* offre surtout à discuter la valeur de signes pouvant faire croire à une coxalgie.

La *pathogénie* de la coxa valga est complexe et encore obscure. Miniconi expose les plus intéressantes théories.

Pour la coxa valga congénitale, il insiste surtout sur les intéressants rapports de la coxa valga avec la luxation congénitale : en serait-elle le premier degré?

Pour la coxa valga des adolescents, il adopterait volontiers l'explication suivante : le fait primitif est une diminution de la résistance osseuse, pour laquelle on peut invoquer l'action d'une infection atténuée; cet os se prêterait ainsi à des déformations sous l'action d'influences diverses dont la plus vraisemblable est celle d'un groupe musculaire énergique, prépondérant.

La lésion est généralement bénigne; un *traitement* simple en atténue habituellement les conséquences; quelquefois pourtant il faudra corriger des déformations gênantes par des ostéotomies. ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude de la myosite ossifiante progressive (2), par A. Rouis.

Rouis rapporte une intéressante observation originale de cette affection, avec de beaux documents; et après avoir réuni et étudié dans la littérature 135 observations semblables met au point une consciencieuse revue générale.

(1) *Th. de Montpellier*, 1927, 80 pages avec 2 clichés radiographiques. — Montpellier, Imprimerie de l'Abeille.

(2) *Th. de Montpellier*, 1927, n° 53, 474, 5 photog. et radiol., Montpellier, E. Montane, éditeur.

Les premières manifestations de la maladie apparaissent dans l'enfance; elle atteint surtout les garçons et les races Anglo-Saxones. Le début consiste essentiellement en signes locaux d'inflammation douloureuse; l'évolution se fait par poussées avec atteinte élective de certains groupes musculaires. Les difficultés du diagnostic varient avec les localisations et leur plus ou moins grande extension; en pratique, l'hésitation ne sera pas longue en présence des signes suivants : tumeurs *musculaires, dures, à lente évolution.* Le pronostic est grave, du fait de l'extension fatalement progressive de la maladie, et de l'impuissance à peu près certaine de toute thérapeutique.

Quelle est donc la nature histologique des lésions? Autour de foyers hémorragiques, on voit le tissu conjonctif tassé envahi de fibroblastes; la structure de cette coque devient lamellaire, ébauche d'une ossification avec ou sans stade cartilagineux; la cavité centrale se comble peu à peu.

Et quelle est l'interprétation pathogénique de ces phénomènes? Rouis, après avoir passé en revue les nombreuses théories proposées, se rallie aux idées de Rosenstirn, qui, le premier, mit en évidence le rôle de l'hémorragie, primum movens de l'ossification : cette hémorragie résulterait de malformations vasculaires caractérisées par la fragilité des parois vis-à-vis du plus léger traumatisme; autour du foyer hémorragique, les éléments conjonctifs se transformeraient en fibroblastes et en ostéoblastes (même origine embryonnaire), à moins que ces éléments ne soient que des globules rouges transformés.

Cette explication serait valable pour les autres variétés d'ossification musculaire, et on pourrait envisager trois éventualités (Painter, Villaret, Hein) : Sujets nettement prédisposés à faire de l'os; c'est chez eux que se développe la majorité des cas de myosite ossifiante progressive. Sujets prédisposés à un moindre degré; c'est chez eux que l'on observe les ostéomes musculaires professionnels (petits traumatismes répétés). Sujets prédisposés, mais à un très léger degré; c'est chez eux qu'apparaît l'ostéome musculaire traumatique vrai (traumatisme important unique). ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope (1), par J. Estève.

Le cancer primitif de la trompe n'est pas d'une extrême rareté. On trouve dans la littérature un certain nombre de travaux concernant ce sujet; et le plus récent (thèse de Biar, 1924) rassemble 213 cas. Ce chiffre n'est pourtant pas tel que la publication d'un nouveau cas soit dénuée d'intérêt, surtout lorsque soigneusement détaillé, il sert de base à une étude d'ensemble. Ainsi se présente le travail d'Estève, basé sur une observation du professeur Massabuau.

Le cancer de la trompe serait observé le plus souvent aux environs de la ménopause; les antécédents gynécologiques ou obstétricaux de la malade n'ont pas de rôle démontré.

L'aspect clinique est assez peu caractéristique; les signes essentiels sont la douleur au début, et les pertes hémopurulentes. La confusion sera donc fréquente soit avec une salpingo-ovarite, soit avec un cancer du corps de l'utérus. L'âge des malades, l'examen histologique des pertes pourront aider et parfois imposer le diagnostic.

Les récidives sont fréquentes après intervention. L'opération devra donc être large et consister en une hystérectomie totale.

Dans l'observation originale d'Estève, l'examen histologique montre, au niveau de la trompe cancéreuse, tous les stades de transition entre l'épithélioma Wollfien, l'épithélioma cylindrique atypique et l'épithélioma alvéolaire; cette diversité serait fréquente. Le point de départ de la tumeur serait

(1) *Th. de Montpellier*, 1927, n° 23, 40 p. — Montpellier, éditions de « L'Abeille ».

donc dans un vestige wollfien : probablement l'organe de Rosenmüller. Au niveau du corps de l'utérus existait une métastase, dont le peu d'importance macroscopique contractait une grosse tumeur annexielle; la structure était celle d'un épithélioma cylindrique, avec figures caractéristiques d'envahissement par voie lymphatique. ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude thérapeutique du rhumatisme chronique (1), par le docteur Lucien JARRIN, ancien interne de l'hôpital de Saint-Denis.

CONCLUSIONS. — « Le rhumatisme chronique est une affection dont l'étiologie n'est pas encore exactement connue : de là provient l'empirisme de la thérapeutique employée vis-à-vis d'elle et la diversité des traitements préconisés.

Cependant, d'après les dernières recherches, la classification étiologique des rhumatismes chroniques tendrait à se simplifier, jusqu'à se réduire aux deux grandes classes de rhumatisme chronique infectieux et rhumatisme chronique toxique. Ces deux sortes de rhumatisme évolueraient nécessairement sur un terrain spécial, le terrain rhumatismal ou arthritique.

Le traitement rationnel doit donc être à la fois symptomatique, anti-infectieux et modificateur de la diathèse arthritique.

L'iode est actuellement le meilleur médicament remplissant ces trois fonctions : c'est le sédatif certain de la douleur rhumatismale chronique; c'est un antiseptique puissant, microbicide et antitoxinique; enfin, c'est le modificateur de choix de la diathèse arthritique et un stimulant énergique des fonctions endocriniennes.

En conséquence, à côté des différentes médications employées pour combattre l'agent infectieux, spécial pour chaque forme de rhumatisme chronique, à côté de la diététique, de l'hygiène et de l'opothérapie mises en œuvre pour rétablir les fonctions troublées par l't at arthritique, un traitement de base, commun à toutes les formes de rhumatisme chronique, quelle qu'en soit l'origine, doit être institué : le traitement iodé qui doit occuper une place prédominante dans la thérapeutique du rhumatisme chronique.

Mais il faut que l'iode soit bien toléré, ce qui n'est pas toujours le cas, et nous connaissons les accidents qui peuvent survenir au cours d'un tel traitement et que l'on résume sous le nom d'iodisme.

Quoique rares et souvent bénins, il faut les éviter en n'employant qu'une préparation iodée définie, constante, facilement supportée, ne donnant aucun signe d'intolérance, même à doses élevées, présentant tous les avantages de l'iode sans en avoir les inconvénients.

L'iodaseptine nous a donné toute satisfaction à ce sujet.

C'est un corps individualisé, résultant de la réaction de l'iode sur l'exhaméthylène-tétramine en présence d'un éther benzométhylique. Il a le grand avantage d'être injectable, soit dans les veines, soit dans les muscles et de pouvoir être utilisé à doses élevées. L'iode y entre dans la proportion de 42 p. 100, y conserve ses propriétés fondamentales et y perd ses effets toxiques par l'association avec l'urotropine. La solution étant au 1/10, chaque ampoule de 5 centimètres cubes renferme 0,21 d'iode. L'urotropine apporte son pouvoir antiseptique puissant de l'appareil urinaire et ses propriétés hépatiques.

La voie intraveineuse est la meilleure, parce que absolument indolore et d'action plus rapide, mais il faut pousser le liquide très lentement, afin d'éviter un malaise possible et la saveur métallique ressentie parfois. Les injections intramusculaires provoquent souvent une sensation de cuisson ou d'engourdissement, vite dissipée d'ailleurs.

Les doses sont variables selon le degré de rhumatisme, mais la progression devra toujours être utilisée si les hautes doses doivent être employées; de même, dans ces cas, il est préférable de recourir aux injections bi-quotidiennes.

Les cas bénins se verront heureusement influencés par une ampoule de 5 centimètres cubes par vingt-quatre heures, en une ou deux séries de douze injections, séparées par quelques jours de repos. Les cas rebelles, au contraire, nécessiteront jusqu'à cinq et six ampoules quotidiennes, et plusieurs séries.

Ce traitement sera prolongé aussi longtemps qu'il sera nécessaire, pendant plusieurs mois.

L'expérimentation confirme l'innocuité absolue de la méthode; quelles que soient les doses employées et la longueur du traitement, on ne constate jamais de phénomènes de choc ou d'iodisme, ni aucun signe d'intolérance. Elle ne provoque aucune réaction thermique.

La douleur rhumatismale disparaît la première; en quelques jours, à la quatrième ou sixième injection, elle est fortement diminuée, si ce n'est complètement éteinte. En même temps, une sensation de bien-être envahit le malade, le sommeil reparaît, il mange mieux et se reprend à espérer.

En second lieu, les mouvements reparaissent, d'abord par la sédation de la douleur qui supprime la contracture réflexe, ensuite par résolution des tissus de nouvelle formation, par guérison des lésions d'ostéo-arthrite, d'hyperostose, qui conditionnent l'ankylose et les déformations. Le malade augmente de poids.

Les déformations acquises, seules, ne sont et ne peuvent être influencées par le médicament.

La prolongation du traitement consolide la guérison. »

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, imprimerie Pierre Gourjon.

PRATIQUE MÉDICALE

L'HABITUDE DE LA DOULEUR

Par le docteur SAVIGNY.

Il existe une habitude de la douleur. La douleur s'installe parfois suivant un rythme établi, par une affection, un traumatisme, qui laissent après eux cette fâcheuse séquelle de la douleur persistante. Ch. Fiessinger, dans une étude pénétrante de ce phénomène, a dit très justement : « Toute douleur qui se prolonge offre tendance à persévérer, le pli est pris. »

Malheureusement, si la douleur prend ses habitudes et reste fixée dans l'organisme qu'elle a touché comme l'image sur la plaque photographique, le malade ne s'habitue pas à sa présence qui ne cesse de lui être inopportune ou odieuse suivant son intensité.

Chasser cette douleur d'habitude, effacer comme d'un coup de fer son pli détestable, enlever son enregistrement durable sur les neurones sensibles, est l'œuvre de l'analgésique. Car il importe de mettre le système nerveux périphérique à l'abri de ces impressions durables qui ne sont plus justifiées, autrement dit il faut soigner les douleurs persistantes, et c'est là qu'intervient opportunément la médication analgésiante.

La morphine est à rejeter absolument en raison de ses inconvénients et de ses dangers. Il faut un analgésique qui puisse être administré suffisamment longtemps, sans intoxiquer, sans nuire au foie, au rein, sans déterminer à son tour l'habitude de son usage par une funeste euphorie.

La Cibalgine, qui ne contient pas d'alcaloïdes, aucune substance du tableau B, qui calme la souffrance sans faire le lit d'une toxicomanie qui, à dose modérée, peut être administrée plusieurs jours de suite sans dommage pour l'organisme, est le meilleur agent à opposer aux douleurs persistantes, aux

névralgies diverses dont se plaignent tant de femmes, tant de « nerveux », tant « d'intellectuels » dont la sensibilité trop affinée amplifie l'écho lointain d'une cause dolorifique minime ou même disparue. En leur prescrivant la Cibalgine (2 à 4 comprimés par jour, ou 2 à 4 ampoules) on mettra bien souvent un point final à ces fâcheuses résonnances.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PRATICIENS ET SPÉCIALISTES

Par le docteur Foveau de Courmelles.

On a souvent, dans le grand public, reproché aux spécialistes de n'avoir pas voulu soigner un accidenté. Que de fois le client mécontent put dire au spécialiste honnête qui le renvoyait à son médecin : « Mais êtes-vous médecin? N'êtes-vous pas médecin comme mon médecin, mon « petit médecin », — disent certains, établissant déjà si à tort des catégories — et êtes-vous plus incapable que lui? » Evitons ces comparaisons fausses et désobligeantes.

En certains pays, non de liberté sans doute, le spécialiste est strictement limité, comme si notre organisme était vraiment un ensemble de parties non solidaires. On oublie la fable de Ménénius Agrippa et de La Fontaine : « Des membres et de l'estomac ». Le radiologue n'est-il pas gynécologue? Le XVII° Congrès international des sciences médicales de Londres de 1913 ne me chargea-t-il pas du rapport sur « les rayons X et le radium en thérapeutique gynécologique ».

Les premiers radiologues dont la plupart sont morts, n'étaient pas tous médecins. On l'a rappelé au Congrès de radiologie de Stockholm, si bien organisé, a dit le maître A. Béclère, et que présidait mon ami, le professeur Gösta Forsell. Mais ces radiologues, ces radiumthérapeutes, essayant les nouvelles radiations sur tant de maladies, empiétèrent sans doute sur les spécialistes catalogués et les praticiens. S'il se créait un ordre de médecins, comment seraient jugés les novateurs?

Comment diviser le spécialiste, par maladies ou par modes de traitement? Comment distinguer la spécialité? Etant donné que la syphilis est générale ou presque, n'y aurait-il que des vénéréologistes?

En 1904, les premiers diplômes de médecin-légiste, d'hygiéniste (même non médecin) apparaissaient, et je protestai contre cet *émiettement* de notre diplôme, d'abord à la Société médicale des praticiens, puis en 1906 à la Commission de réforme des études médicales au ministère de l'Instruction publique. Depuis, les facultés de médecine ont multiplié ces « certificats », ces titres! qui, écrivait à un moment donné l'Association corporative des étudiants en médecine, ne répondent qu'à un savoir momentané, vite disparu, puisque l'étudiant doit courir d'un examen à un autre, sans souffler. Je ne condamne pas les diplômes, et pour cause! Mais, qu'à part celui de docteur en médecine, le reste soit facultatif.

Si cela continue, bientôt chaque maladie aura son spécialiste. Dès 1900, Coquelin Cadet ne disait-il pas, dans un amusant monologue, que le patient aurait à faire son diagnostic, et à choisir son spécialiste!

Comment feront les médecins sanitaires ou de colonisation? Verra-t-on reprocher à un oculiste d'avoir soigné un accidenté de la route, comme cela est déjà arrivé? Au patient éploré et loin de tout secours, arguera-t-on de sa qualité de spécialiste pour se dérober? Certaines infirmières diplômées auront-elles plus de droits que certains médecins?

Oublie-t-on la loi qui peut faire de nous, sans préparation, un médecin légiste pour constater à l'improviste un crime, un accident, parce que nous sommes sur place? En 1906-1907, à la Commission de réforme des études médicales, je donnai cet argument contre les spécialités, et le doyen Debove me donnait raison contre le doyen Landouzy.

En beaucoup de pays, il suffit d'avoir montré, affirmé ses préférences, voire fait des travaux, pour que l'on reconnaisse le titre de spécialiste.

En Suède, on peut exercer deux spécialités. En Pologne, en Bulgarie, on peut être omnipraticien et spécialiste sur un point. En Hongrie, on doit être autorisé à s'intituler spécialiste, mais pour soigner toutes les maladies. En Hollande, toute liberté, mais le spécialiste reste tel. En Allemagne, l'omnipraticien ne peut être spécialiste... Quant au Danemark il a le record des gradués spécialistes.

J'avoue être bien à l'aise pour traiter de cette question, par mon âge et mes travaux dans un champ qui s'étend et où se crée même des sous-spécialisations... Qu'il y ait de grands dangers à s'intituler spécialiste sans connaissances spéciales, ce n'est pas douteux. Combien de procès conseillent la prudence aux médecins. De fortes amendes ont appris, même aux compétences les plus autorisées, combien se payaient des tissus radio-sensibles, radio-anaphylactiques, des patients en état d'intoxications alimentaires ou médicamenteuses, photo-sensibilisés...

Le vrai spécialiste même, après quarante ans et plus de pratique, n'est nullement sûr de sa tranquillité, même s'il agit avec prudence, savoir et sagacité. Le pseudo- ou le néo-spécialiste est plus exposé. C'est ce qui limitera forcément, légalement, pratiquement, la spécialité.

Va-t-on encore créer des « classes » — ah! « la lutte des classes » ! — entre médecins. Pourquoi les syndicats de spécialistes, au lieu d'avoir simplement des branches (branches spécialisées (?) dira-t-on, par l'adhésion des syndicats spéciaux à l'Union, à la Fédération). Un syndicat général comprenant *tous* les praticiens serait mieux : le spécialiste est-il autre chose du reste qu'un praticien cantonné sur un point? Faire de ces divisions arbitraires, tayloriques, soit, mais ne créant pas de prétendues supériorités. Tant d'élèves oublient d'ailleurs leurs maîtres, ceux dont les cours libres, les travaux inspirèrent leurs thèses et leur fournirent des textes copieux, et dans la suite utilisant leurs innovations. Ces mêmes élèves oublieront, combattront insidieusement leurs inspirateurs, presque leurs bienfaiteurs que cela amuse!...

C'est là de la vie courante..... Et si on multiplie encore les causes de division dans le monde médical, par une création arbitraire, immobilisant chacun en un cadre, praticien ou spécialiste, ce sera pis encore! Les patients de mauvaise foi — il en est — sauront profiter de ces divisions, de ces classifications arbitraires et mal définissables!... Les patients suivant nos divisions, essaient de nous faire nous dénigrer les uns les autres, et y réussissent... rarement! Encore est-ce trop?...

Les questions de loyers, d'impôts, de patentes, d'assurances sociales, de secret médical (v. *Vie médicale*, 25 juin 1925) compliquent assez notre existence, pour n'y pas ajouter des divisions spécieuses et subtiles!...

NOTES DE PRATIQUE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* : *a.* Lavages de l'estomac; *b.* lavages de l'intestin; *c.* lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 g. de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de bactériologie médicale (1), par André PHILIBERT, professeur agrégé de bactériologie, chef des travaux pratiques de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris.

Ce livre, essentiellement didactique, est destiné à remettre de l'ordre dans les faits acquis : son originalité est de partir d'un point de vue médical dans l'exposé d'une science où les conceptions « botaniques » ont trop longtemps servi de guide à l'enseignement?

Le microbe en effet que nous devrons connaître n'est pas celui dont la biologie a pour condition un tube à essai, qui trouve son habitat dans des milieux de culture artificiels, — être transformé par le laboratoire et devenu un « monstre ». Ce qui nous intéresse, c'est le microbe vivant dans l'organisme humain et c'est la maladie infectieuse qui représente la véritable physiologie du microbe pathogène. Les lésions d'une maladie, ses symptômes, traduisent mieux la physiologie d'un microbe que les réactions observées dans un tube de culture.

Cette conception permet d'aller plus loin. Les analogies de la figure anatomo-clinique des maladies infectieuses, en même temps qu'elles rapprochent celles-ci, rapprochent entre eux les microbes qui en sont la cause; les différences les séparent; les groupements microbiens ainsi établis sont plus solides que ceux fondés sur la morphologie et la culture artificielle.

Telles sont les idées directrices qui ont guidé le docteur Philibert, et son livre a été écrit pour s'ajuster strictement aux connaissances utiles à l'étudiant et au médecin :

I. Le médecin a besoin de connaître les ressources que lui offre la bactériologie pour aider son diagnostic clinique. C'est donc à l'étude des méthodes de diagnostic qu'est consacrée la première partie de l'ouvrage, forcément technique et utilitaire.

II. La deuxième partie est consacrée à la description de chaque microbe pathogène de l'homme. Dans cette description, l'auteur s'est placé au point de vue de la biologie pathogène, en mettant au premier plan les caractères essentiels de la maladie provoquée, au point de vue anatomique et physiologique, ne gardant de la « botanique » pure que ce qui est indispensable pour déterminer l'espèce.

III. La troisième partie traite des questions générales. Les grands processus, tels que la défense, l'immunité, l'anaphylaxie, etc... y sont exposés brièvement, avec le souci de montrer que ces processus sont variés, particuliers à chaque groupe de microbes, corollaires de leur biologie.

Ce livre contient en outre une illustration en couleurs abondante et entièrement originale et qui fait de lui un manuel de bactériologie complet et indépendant. L. G.

Images hippocratiques du docteur Broutelle (2), présentées par le docteur Paul RABIER.

Avec les images hippocratiques de Broutelle, notre ami, le docteur Lautier, directeur-fondateur de l'*Art médical*, nous fait rentrer de plain-pied dans la grande tradition d'avant-guerre, époque singulièrement lointaine où nous recevions de somptueux albums édités avec « luxe » et j'ajoute avec « soin » ce qui n'est inutile. Autour d'une table amie, Mme Lautier eut, un soir, l'amabilité de nous réunir Broutelle, Rabier et nous-même aux côtés du docteur Lautier. Et nous devisâmes et Paul Rabier, à l'accoutumée, fut étincelant tandis que Broutelle nous remémorait le temps passé, nous initiant aux difficultés et aux joies de son art de xylographe admirable.

Laissons parler Rabier : Cette gravure, cette manière de sculpture sur bois comment la pratiquait-on. On prenait une planchette de bois de poirier débitée dans le sens de la longueur des fibres parallèlement à elles (bois de fil) et on la creusait par endroits, les reliefs ménagés devant traduire les traits, les lignes de l'objet que l'on se proposait de reproduire (taille d'épargne). De cette façon, on commença par obtenir de simples traits noirs, accusant le contour des figures, des objets, puis le besoin du relief, des ombres, se faisant sentir, on risqua, pour les obtenir, des hachures, ainsi naquirent aux XVe et XVIe siècles ces belles œuvres, si curieuses, que sont le fameux Saint-Christophe, l'œuvre de Durer en Allemagne, la Passion de Lucien Granach, les Simulacres d'Holbein en Italie le Triomphe de haute folie, la Danse de Troyes en France.

Rabier nous décrit en un habile raccourci, l'histoire de cette « ymaigerie » et il en arrive à Honoré Broutelle, médecin praticien de longues années durant, nul n'était plus qualifié que cet artiste pour buriner les mille scènes de notre vie médicale : réduction de fracture, revaccination, les pointes de feu, la cure d'altitude. « Seule au milieu des sapins noirs, en face des monts couverts de neige, à l'abri sur le balcon du sanatorium, bien emmitouflée dans des couvertures, étendue sur sa chaise longue, un bouquet d'édelweiss auprès d'elle, un livre sur ses genoux, elle lit ou plutôt elle rêve, la jeune captive du grand mal des civilisés. Elle rêve à tous ceux qu'elle aime, à son mari, à ses enfants, peut-être à ses amis... Elle rêve qu'elle les reverra bientôt au milieu de la joie. Cependant, ce matin, le docteur paraissait moins optimiste. Elle jette un regard angoissé aux noirs sapins, à cette triste et froide nature. Elle frissonne, elle rêve. Elle rêve... qu'elle a fait un mauvais rêve...

Et voici le forceps et plus loin les dégoûts du régime lacté, l'angoisse du tubage, la cure de l'obèse... 100 grammes perdus et 1 kilo gagné.

Confrère Broutelle, pour la joie de nos yeux, vous avez voulu amoureusement graver les traits de notre vie quotidienne. Chacun de nous, je parle des praticiens, se retrouve ou retrouve ses malades dans les bois que nous offre Lautier en une édition somptueuse. A chacun des trois qui avez collaboré à l'œuvre, merci. Merci, pour une heure d'oubli...

RAYMOND MOLINERY.

Quelques aperçus historiques et cliniques sur l'action des cures thermales dans le traitement de la stérilité chez la femme (1), par le docteur PIATOT (de Bourbon-Lancy).

Les cures crénothérapiques s'appliquent uniquement aux femmes qu'avec Dalché on peut qualifier d'inféconds plutôt que de stériles, car l'infécondité des premières peut n'être que temporaire, alors que nous sommes sans pouvoir vis-à-vis de la stérilité vraie d'une femme anatomiquement ou physiologiquement impropre à la procréation. La conception de l'auteur de cet ouvrage, pour le traitement hydrominéral de la stérilité, ne vise donc que les causes morbides endocriniennes (hypo-ovarie ou dyso-ovarie infectieuses, métrites, salpingites et exsudats péri-utéro-ovariens et diathésique surtout, chlorose, syphilis, goutte, neuro-arthritisme).

Après un historique des faits légendaires ou authentiques des cures hydro-minérales dans le traitement de la stérilité, l'auteur a étudié les causes de la stérilité et les cas cliniques les plus habituellement observés; puis il a passé en revue les cures thermales qui se proposent d'agir sur les causes de la stérilité avec la technique de ces cures : eaux chlorurées fortes, eaux sulfureuses, eaux indéterminées radio-actives.

Il a posé enfin les indications, les contre-indications et a apporté les résultats thérapeutiques publiés dans la littérature médicale et quelques faits personnels.

Il montre en terminant que les cures thermales sont avant

(1) Un volume in-8 écu de 552 p. avec 21 planches hors texte en couleurs (120 fig.). — Prix : broché, 45 fr.; cartonné, 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Editions de l'*Art médical*.

(1) In-8 carré de 156 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

tout un des éléments de l'hygiène thérapeutique, qu'il faut utiliser très tôt sans jamais attendre leur suprême juridiction. C'est de la puberté au mariage qu'elles redresseront les conséquences des insuffisances endocriniennes, qu'elles aideront à nourrir l'utérus pubescent ou infantile, qu'elles redresseront les tares diathésiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE [1]

LE DIAGNOSTIC de la gangrène pulmonaire se pose de facon différente suivant les cas.

I. Dans la forme pneumonique : a. *Avant l'expectoration*, à la phase de gangrène fermée, le diagnostic est pratiquement impossible :

pneumonie,
congestion pulmonaire,
pleurésie interlobaire,
pneumonie caséeuse.

b. *A la phase de gangrène ouverte*, dans les formes pneumoniques massives typiques, le diagnostic s'impose.

II. Dans les formes à évolution subaiguë :

L'origine pulmonaire de la suppuration gangréneuse est en général facile à reconnaître. On éliminera :

L'ozène.

Les autres affections fétides du rhino-pharynx et de la cavité buccale (rhinites, stomatites ulcéro-membraneuses, noma, angine de Vincent, angines nécrotiques, etc.).

Il reste à éliminer : la *dilatation des bronches* : s'observant chez un vieux tousseur, l'expectoration est abondante, mais d'odeur plâtre frais, l'état général est longtemps conservé.

La *tuberculose pulmonaire*, mais il existe une longue histoire antérieure, les signes prédominent au sommet, les crachats contiennent des bacilles de Koch.

La *pleurésie interlobaire*, évacuée par vomique, dans ses formes à évolution subaiguë, à vomique fractionnée ou nummulaire.

Mais le diagnostic se complique :

a. Du fait de la possibilité de formes secondaires de la gangrène pulmonaire;

b. Et surtout du fait que toute lésion cavitaire septique, ouverte à l'air, peut entretenir une expectoration fétide; bronchectasie : qu'il s'agisse de gangrène des extrémités bronchiques, ou de putréfaction du contenu des bronches sans gangrène pariétale;

Cavités de pleurésie interlobaire :

d'abcès de poumon,
de kyste hydatique suppuré.

III. *Dans les gangrènes à forme pleurétique,* le diagnostic se pose :

Avant la ponction : avec toutes les pleurésies purulentes.

Après la ponction : la présence dans le liquide retiré de fragments de tissus sphacéliques permet d'éliminer les pleurésies putrides.

LE DIAGNOSTIC DE LOCALISATION enfin présente, surtout lorsqu'on peut envisager une intervention chirurgicale, un intérêt considérable : la radiographie a une grosse valeur localisatrice, mais peut prêter à erreur en ce qui concerne la profondeur de l'excavation gangréneuse. En pratique, il faut considérer comme la plus proche d'elle la zone de la paroi thoracique où l'ombre du foyer est la plus petite et la plus foncée.

La ponction exploratrice sous le contrôle radiologique doit être considérée comme premier temps de l'intervention.

TRAITEMENT. — I. Dans les formes pneumoniques on a cherché à faire parvenir jusqu'au contact du foyer **des médicaments antiseptiques** : injections massives intratrachéales ou intrabronchiques d'huile gomménolée par exemple. On a fait absorber au malade des médicaments s'éliminant par les voies respiratoires (teinture d'ail surtout).

II. **La sérothérapie antigangréneuse,** bien que discutée et jugée inefficace par certains auteurs, paraît donner entre les mains de certains autres d'indéniables succès; elle doit être faite à doses massives et prolongées, par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

III. **La vaccinothérapie** pourra lui être associée : elle s'adresse aux microbes aérobies.

IV. **Les arsenicaux** sont formellement indiqués au cas d'association fuso-spirillaire ou de spirochètes.

En dehors de cette thérapeutique médicale certaines indications d'ordre mécanique ou chirurgicale doivent être posées :

I. **La pneumotomie** peut être discutée au cas de lésions superficielles ne communiquant pas avec les bronches. Mais il faut toujours craindre les complications secondaires hémorragiques ou septiques (fusées de pus sphacèle pariétal, localisation métastatique).

II. Au cas de lésions gangréneuses ouvertes dans les bronches :

a. **Le décollement pleuro-pariétal vaste avec tamponnement compresseur** a donné quelques excellents résultats;

b. Mais le **pneumothorax artificiel** surtout peut réaliser une guérison rapide : les formes unilatérales, à grosses cavités nécrotiques, sans complications pleurales, ni à distance, réalisent l'indication type.

Mais trop souvent des adhérences pleurales s'opposent au collapsus complet.

III. Dans les formes à évolution subaiguë, localisées à la base, ouvertes dans les bronches, la **phrénicectomie**, permettant l'ascension du diaphragme et la compression des cavités gangréneuses, compte à son actif un certain nombre de guérisons.

IV. Dans les formes pleurales, l'indication opératoire d'urgence est formelle **thoracotomie** avec **pleurotomie large.** Mais dans tous les cas, il faut s'efforcer par tous les moyens de soutenir l'état général du sujet.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 78, p. 1362, et n° 80, p. 1394.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — ROUTE D'HIVER DES ALPES. — Les Services automobiles de la Route d'hiver des Alpes qui, les années précédentes, ne commençaient à fonctionner qu'à la fin de décembre, sont rétablis, cette année, à partir du 23 septembre au départ de Nice, du 26 septembre au départ d'Aix-les-Bains-Mont-Revard, avec deux départs par semaine dans chaque sens : jeudi et dimanche de Nice, mercredi et dimanche d'Aix-les-Bains.

Le parcours s'effectue en trois jours par Saint-Pierre-de-Chartreuse, le Col de Porte (1.354 m.), Grenoble, le Col de la Croix Haute (1.176 m.), Sisteron, Digne, Annot et Entrevaux ou vice versa.

Dès la fin de décembre, les Services sont prolongés sur Chamonix et ont lieu trois fois par semaine dans chaque sens pour devenir quotidiens au 1er février. Ils relient, d'une manière pratique, les grandes stations de sports de neige et de glace.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Louis Ramond, Souques, Brocq, Lévy-Solal, Weil (M.-P.), Grenet, Comte, Bergeret, Gatellier, Fey.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est composé de MM. Carrié, Jacquelin, Janet, Mouquin, Soupault, Michon, Sénèque, Charrier, Portes.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Grivot, Le Mée, Lemaître, Hautant, Ramadier, Bloch, Bourgeois, Chatelier.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Un concours est organisé pour la nomination d'un médecin chargé à la fois du dispensaire antituberculeux, de la consultation antivénérienne et prénatale dans la Ville de Bergerac (Dordogne).

Le traitement et les conditions de nomination sont conformes au règlement intérieur des dispensaires (statut type).

Les dossiers devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe), le concours devant avoir lieu le 12 novembre.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 3 décembre au samedi 8 décembre 1928 inclus, par MM. Sergent, Pruvost, Francis Bordet, Cottenot, Mignot, Henri Durand, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Couvreux et Benda.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les examens pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les leçons théoriques seront au nombre de trois par jour : à 11 h. (sauf le lundi), à 15 h. et à 17 h. 30.

Les exercices pratiques auront lieu tous les matins, à 10 h. (examen de malades), sous la conduite des conférenciers, et tous les après-midi, à 16 h. (démonstration des principales techniques radiologiques), par le docteur Couvreux.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé; N. Péron, A. Thévenard, J. Darquier, J. Decourt, chefs de clinique; P. Léchelle, médecin des hôpitaux; L. Girot, P. Mathieu, J. Périsson, anciens chefs de clinique; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste, et Lanos, oto-rhino-laryngologiste de la Clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de seize leçons : la première série commencera le lundi 22 octobre 1928, à 15 h., à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi; la deuxième série commencera le lundi 5 novembre, à 15 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. (*Voir la suite, p. 1446.*)

CHRONIQUE

SÉANCE D'OUVERTURE DU XXXVIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Le Congrès de chirurgie s'est ouvert lundi dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. La séance d'ouverture était présidée par M. Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur ayant à ses côtés M. le professeur Gosset, président du XXXVIIe Congrès, M. Walther, président de l'Association française de chirurgie, le général Gouraud, gouverneur de Paris, M. le recteur Charléty, M. Béclère, président de l'Académie de médecine, M. le médecin général inspecteur Dopter, directeur du service de santé du G. M. P., M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, M. Auvray, secrétaire général, M. Grégoire, secrétaire général adjoint. Sur l'estrade on remarquait MM. les médecins généraux inspecteurs Delorme, Sieur, Toubert, Lasne, les médecins généraux Rouvillois et Lévy; MM. Forgue (de Montpellier), Giordano (de Venise), Daniel (de Bucarest), Mayer (de Bruxelles), de Quervain (de Berne), Legueu, Hartmann, Tuffier, Gley, Proust, Pierre Duval, J.-L. Faure, Ombrédanne; Bérard et Patel (de Lyon), Lambret (de Lille), Leriche (de Strasbourg), Jeanbrau (de Montpellier), Léon Imbert, Delagénière, Témoin, Phocas (d'Athènes), Chutro (de Buenos-Aires), de Martigny (de Montréal), Krynski (de Varsovie), Tanasesco (de Jassy), R. de Paulo (de Lisbonne), Danis (de Bruxelles), Lozano (de Saragosse), Theodoresco (de Bucarest), Roux (de Lausanne), Throsky (de Londres), Moure (de Bordeaux), Brun (de Tunis), Dambrin, Brin, Tillaye, Latouche, André Chalier et la plupart des chirurgiens de Paris.

Nous nous excusons de citer d'une façon aussi incomplète les personnalités qui remplissaient l'amphithéâtre. Jamais on ne vit tant de monde et jamais président ne fut accueilli par une aussi sympathique ovation que le président Gosset quand il se leva pour prononcer le discours traditionnel.

Après avoir réuni en un même souvenir son maître Terrier et la grande mémoire de Pasteur, l'orateur fait acclamer M. Emile Roux dont il fut le disciple et le général Gouraud qui fut son chef pendant la grande guerre.

M. Gosset souhaite ensuite la bienvenue aux nombreux collègues étrangers, il rappelle en termes émouvants le souvenir des membres décédés pendant le courant de l'année : Chavasse, Gross, Huguier, Péraire... Il remercie enfin les rapporteurs dont l'effort fut énorme cette année. A juste titre, il salue tout particulièrement M. Emile Forgue. Vit-on souvent un ancien président — M. Forgue présida le Congrès il y a vingt ans — accepter de faire le travail des jeunes et redevenir rapporteur... avec quel éclat !

M. Gosset aborde son sujet : l'*organisation nécessaire des services de chirurgie.*

La grande école de la guerre a montré l'utilité du groupement des compétences les plus diverses. Certes, M. Gosset ne méconnaît pas les services rendus à la chirurgie par les efforts individuels. Dans l'un des Congrès précédents, le président M. Témoin n'a-t-il pas fait un éloge inoubliable du *chirurgien solitaire?*

Mais M. Gosset conserve « le souvenir de certains de ces centres chirurgicaux, supérieurement outillés à la fois pour la pratique et pour la recherche, où travaillaient nuit et jour en intime symbiose des chirurgiens, des médecins, des savants, unis par le même idéal dans la plus belle tâche qui soit au monde : la recherche désintéressée des moyens susceptibles d'atténuer la souffrance et d'obtenir dans le minimum de temps la réparation de cette admirable machine que constitue l'organisme humain? Ces *groupements sanitaires,* où les chirurgiens opéraient, les médecins soignaient, les savants expérimentaient dans l'étroite collaboration de tous les instants imposée par les circonstances de guerre n'auraient pas dû disparaître complètement. Du moins aurait-on dû recueillir leur principe et l'appliquer au temps de paix. »

M. Gosset voudrait voir revivre ces centres chirurgicaux avec attachés médicaux, anesthésistes, spécialistes divers. Il voudrait, en province, voir se multiplier les associations de médecins, comme celle, si féconde, de Guillot et Dehelly, au Havre, comme d'autres qui donnent ailleurs de si beaux résultats.

« Ces considérations, dit-il en terminant, ne s'adressent pas aux chirurgiens éprouvés qui sont parmi nous. Ils font tous une trop belle besogne pour avoir besoin de transformer leurs méthodes. Nous continuerons sans doute de travailler à la manière des artisans d'autrefois, pour accomplir la bienfaisante tâche du chirurgien solitaire. Mais vous, les jeunes, faut-il vous borner à nous imiter et à nous suivre dans les sentiers battus? C'est vous qui avez maintenant la parole, puisque l'avenir vous appartient. Peut-être aurai-je été assez persuasif pour que certains des jeunes collègues qui m'écoutent veuillent expérimenter la force invincible de l'association, la puissance prodigieusement féconde du travail en commun? Peut-être, en sortant de cette séance, se diront-ils : « Essayons. Créons un centre chirurgical. Adjoignons-nous des équipes médicales, adjoignons-nous surtout des équipes scientifiques. Ainsi organisés et associés, peut-être pourrons-nous, avec moins de peine que nos pères, porter encore plus haut le flambeau qu'ils nous ont transmis. »

M. le secrétaire général Auvray prend ensuite la parole pour la dernière fois. Il va céder l'an prochain sa place à M. Grégoire et son rapport montre combien l'associatiou a progressé sous son impulsion. L'association a admis cette année 60 nouveaux adhérents, elle compte actuellement plus de mille membres. Le flambeau que lui a transmis J.-L. Faure a été dans de bonnes mains. Aussi l'assemblée ne lui ménage-t-elle pas les applaudissements lorsqu'il termine après avoir salué la mémoire des membres étrangers disparus et en particulier celle de ce charmant Zawadski (de Varsovie), chirurgien éminent et l'ami le plus dévoué de notre pays.

En levant la séance, M. Emile Roux tint à dire son admiration pour les chirurgiens français. Ceux-ci lui répondirent par la plus chaleureuse et la plus respectueuse des ovations.

Avant de commencer les travaux dont nous rendrons compte dans un prochain numéro, les congressistes visitèrent l'exposition toujours si intéressante et qui a pris cette année une ampleur très remarquée sous la direction du plus actif et du plus aimable des commissaires généraux. J'ai nommé notre ami Mouly.

F. L. S.

— Dans la soirée, après un dîner particulièrement brillant au Claridge, le professeur et Mme Gosset ont offert aux congressistes une incomparable soirée artistique au théâtre Mogador.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE

PAR LE NICKEL ET LE COBALT

Par M. Georges ZUCCOLI,
Interne des hôpitaux de Marseille.

MM. G. Bertrand et Machebœuf ont récemment étudié la présence dans les différents tissus de l'homme du nickel et du cobalt, et trouvant une teneur relativement élevée du pancréas en nickel et en cobalt ils se sont demandé si la teneur minérale de cet organe ne tenait pas sous sa dépendance sa fonction physiologique. C'est ainsi qu'ils furent amenés à ajouter à des préparations d'insuline — dans les différentes préparations commerciales de laquelle ils ont trouvé la présence des deux métaux — de petites doses de nickel et de cobalt et qu'ils augmentèrent ainsi son action hypoglycémiante. De là à appliquer cette action des sels de Ni et Co au traitement du diabète il n'y avait qu'un pas; il fut rapidement franchi et plusieurs spécialistes au courant des expériences du professeur Bertrand ont déjà publié les résultats de leurs observations personnelles. Nous-même, grâce à l'amabilité de M. le docteur René Zivy qui a bien voulu nous confier des ampoules de nickobalt, produit préparé dans ses laboratoires d'après les travaux du professeur Bertrand, nous avons pu traiter cette année trois diabétiques dont nous publions ci-après les résultats.

Mais avant de relater nos observations il nous faut parler des différents travaux du professeur Bertrand qui l'ont amené à cette application thérapeutique.

C'est le 11 mai 1925, dans une communication à l'Académie des sciences de Paris, que MM. Bertrand et Machebœuf établirent que le nickel et le cobalt qui existent partout dans la terre arable et dont une certaine proportion est absorbée par les plantes et se répand dans tous leurs organes ne peuvent manquer de s'introduire par l'alimentation dans le tube digestif de l'homme et des animaux; mais reste à savoir si ces métaux se fixent d'une manière plus ou moins élective dans les organes, ainsi que le font d'autres éléments? Les recherches faites permirent de constater qu'il n'y avait dans les tissus animaux que des quantités extrêmement petites de Ni et de Co. Grâce à une méthode extrêmement sensible les auteurs sont arrivés à trouver, en dehors des tissus musculaire et adipeux, du nickel et du cobalt dans toutes les autres parties de l'organisme examinées. Sans rentrer dans le détail des dosages opérés, signalons seulement que pour le nickel, chez l'homme et les animaux supérieurs, le foie et le pancréas se sont présentés comme des organes relativement riches; les quantités trouvées chez l'homme sont les suivantes :

	POIDS frais.	Ni en millièmes de milligr. par kilogr.		
		d'org. frais.	d'org. frais.	de cendres.
Foie......	200g	90	330	4.330
Pancréas..	83	41	230	3.180
Rate......	107	40	220	3.510

Les tissus kératiniques renferment aussi beaucoup de ce métal; chez l'oiseau le nickel se trouve presque exclusivement dans le jaune de l'œuf; toutes constatations analogues à celles faites déjà au sujet des autres métaux lourds, fer, manganèse, zinc, cuivre, trouvés en petites proportions dans la matière vivante; de même la richesse relative des mollusques marins en Ni va de pair avec celle déjà observée pour les autres métaux lourds.

Dans une seconde communication, le 25 juin 1925, les mêmes auteurs, relatant leurs nouvelles recherches pour un dosage aussi précis du Co que du Ni, arrivent, après avoir opéré sur les mêmes échantillons d'organe que pour le nickel, aux conclusions suivantes : le cobalt accompagne le nickel dans les organes de l'homme et des animaux, sauf dans quelques muscles, le tissu adipeux et le blanc d'œuf; il fut rencontré dans tous les organes examinés, et, contrairement même à ce qui était apparu avant les évaluations quantitatives publiées dans cette dernière communication, les auteurs ont trouvé plus de Co que de Ni, à l'inverse de ce qui avait été constaté chez les végétaux. D'une manière générale, le mode de répartition du Co, à travers les organes, est approximativement parallèle à celui du Ni, sauf toutefois chez le veau dont le thymus s'est montré particulièrement riche en cobalt. Quelques chiffres chez l'homme pour préciser :

	POIDS frais.	Co en millièmes de milligr. par kilogr.		
		d'org. frais.	d'org. secs.	de cendres.
Foie......	200g	250	910	12.000
Pancréas..	83	350	2.000	27.800
Rate......	107	470	2.640	43.700
Rein......	200	250	1.300	20.000

Au cours de leurs expériences, l'attention des auteurs avait été attirée par la teneur en Ni et Co relativement élevée du pancréas surtout chez le taureau où elle était voisine de celle du foie; expérimentant alors sur de nouveaux pancréas appartenant à diverses espèces animales afin de savoir si la teneur trouvée dans celui du taureau n'était pas accidentelle et correspondait à un phénomène d'une certaine généralité, ils arrivèrent aux chiffres suivants en opérant chaque fois sur 200 grammes de pancréas très frais dont ils avaient éliminé autant que possible les tissus étrangers au tissu glandulaire :

ORIGINE	Ni en millièmes de milligr. par kilogr.		Co en millièmes de milligr. par kilogr.	
	d'org. frais.	d'org. secs.	d'org. frais.	d'org. secs.
Bœuf.....	150	715	75	357
Veau.....	160	800	70	350
Cheval...	100	500	100	500
Mouton...	150	682	75	341
Porc.....	80	213	62	178

Il n'est pas douteux, d'après ces chiffres, que le pancréas est un des organes les plus riches en nickel et en cobalt.

Mieux encore : en opérant sur différentes insulines les auteurs ont trouvé que ces préparations hypoglycémiantes retenaient une proportion importante de Ni et de Co, et ils ont pu doser en opérant

sur des prises d'essai correspondant au maximum à 400 unités cliniques, c'est-à-dire sur des poids très faibles de matière contenant la ou les substances actives, les proportions suivantes de nickel et de cobalt :

PRÉPARATIONS	Prises d'essai en		Proportion en millièmes de milligr. p. 100 unités.	
	unités cliniques.	matières organiques.	Ni.	Co.
Commerciale en solution.	400	382	33	15
Commerciale en poudre..	400	313	31	17
Faite au laboratoire.....	100	250	10	32
Du département national d'hyg. de Buenos-Aires.	200	33,5	3	42

En rapportant au kilog de matières organiques les chiffres des deux dernières colonnes on trouve que les préparations d'insuline peuvent contenir des centaines de fois plus de nickel et de cobalt que les glandes d'où elles sont extraites. Mais Ni et Co interviennent-ils dans l'action de l'insuline?

MM. Bertrand et Machebœuf préparent alors avec de l'eau de mer rendue isotonique des solutions renfermant 0mmg10 par centimètre cube, soit de nickel, soit de cobalt (à l'état de sulfate ou de chlorure), et comparent l'action hypoglycémiante de l'insuline en l'absence et en présence d'une proportion déterminée de chacune de ces solutions métalliques ou de leur mélange. En outre, afin de pouvoir tenir compte, s'il y a lieu, de l'action des métaux sur la glycémie, les auteurs essayèrent les solutions minérales sans insuline; mais aux doses expérimentées (de 0mmg05 à 0mm01 par kilog d'animal) les deux métaux furent sans effet appréciable.

Les lapins utilisés étaient à jeun depuis la veille (dernier repas à 15 heures); on leur injectait des solutions sous la peau de l'abdomen immédiatement après une première prise de sang. Celle-ci était faite directement dans le cœur; il en était de même des suivantes répétées généralement d'heure en heure. A des lapins dont le poids était compris entre 1.500 et 2.000 grammes on a injecté 2/5 d'unité clinique d'insuline par 1.500 grammes d'animal et 1 centimètre cube des solutions métalliques par 1.500 grammes d'animal également. Pour les expériences avec Ni et Co réunis on a injecté 1 centimètre cube du mélange à parties égales des deux solutions au lieu de 1 centimètre cube de chacune d'elles.

L'influence du Ni et du Co a été différente suivant les préparations d'insuline, ce qui n'a rien d'étonnant puisque ces préparations offrent elles-mêmes des teneurs variables en métaux; d'une façon générale on peut dire cependant, sans entrer dans le détail des différentes expériences qui nous entraînerait trop loin, que le nickel et le cobalt ont augmenté dans une proportion importante la quantité de sucre détruit. Une différence est à noter suivant que les métaux sont ajoutés seuls ou associés : ajoutés seuls ils ne modifient pas d'une manière sensible la vitesse de l'action hypoglycémiante, ils l'intensifient et la prolongent, les deux métaux se comportent alors à peu près l'un comme l'autre (le cobalt paraîtrait peut-être un peu plus actif); si l'on ajoute à la fois les deux métaux à l'insuline, la courbe d'hypoglycémie présente le plus souvent alors une autre allure, la vitesse de la destruction du sucre est ralentie tandis que sa durée est prolongée plus longuement que par les métaux ajoutés séparément; c'est comme si le mélange de nickel et de cobalt amortissait l'action de l'insuline, la régularisait et la rendait plus durable.

Ces expériences faites sur le lapin furent renouvelées pour le chien : on injecta une préparation d'insuline à la dose de 3 unités cliniques pour un chien de 9kg200 et à la dose de 5 unités cliniques à un chien de 15kg300. Les doses de nickel et de cobalt furent pour le premier animal de 7 ou 8 centimètres cubes de Ni ou de Co seuls et de 3cc5 de l'un plus 3cc5 de l'autre pour les deux métaux associés. Sans entrer dans le détail des graphiques des expériences que le lecteur soucieux de précisions pourra consulter dans les comptes rendus des différentes communications du professeur Bertrand, disons simplement pour résumer que nickel et cobalt se comportent vis-à-vis de l'insuline de même manière chez le chien que chez le lapin : il y a augmentation d'activité de la substance hypoglycémiante, et chez le chien comme chez le lapin il semble que le Co ait une influence plus grande que le Ni, et aussi que les deux métaux réunis ralentissent tout en la prolongeant l'action de l'insuline.

Comme le diabète ou plus exactement certaines formes de diabète dépendent d'une altération, soit anatomique, soit peut-être simplement fonctionnelle du pancréas, il n'était pas illogique de rechercher si, à l'aide de petites quantités de Ni et de Co introduites dans la circulation générale, on ne pourrait pas obtenir la guérison ou tout au moins l'amélioration de certains cas de la maladie.

C'est ainsi que MM. Bertrand et Machebeuf ont utilisé les solutions salines de Ni et de Co dont ils avaient déjà donné les formules. Ces solutions sont très bien supportées, même localement en injections sous-cutanées; elles ne provoquent aucune douleur et se résorbent avec facilité. Au début du traitement tel qu'il est encore expérimenté aujourd'hui, on injecte 5 centimètres cubes de solution tous les deux jours, au bout de trois à quatre injections, on continue à raison de 10 centimètres cubes tous les deux jours. Même avec ces très petites doses — il y a 0mg1 seulement des métaux considérés par centimètre cube — les auteurs ont observé sous l'influence des premières injections, une augmentation plus ou moins nette de la quantité de sucre éliminée en vingt-quatre heures, cette augmentation de la glycosurie pouvant s'accompagner d'une plus grande glycémie et d'une plus grande polyurie. Puis apparaissent suivant les cas des différences frappantes : chez les uns (5 enfants sur 5 traités, adultes et vieillards atteints de diabète du type consomptif) aucune amélioration; chez d'autres, au contraire, on a constaté un retour partiel ou complet de la diurèse au volume normal avec disparition concomitante de la soif, une diminution progressive allant parfois jusqu'à la suppression plus ou moins durable du sucre urinaire une tolérance augmentée vis-à-vis des glucides,

quelquefois mais pas toujours une baisse de la glycémie.

Enfin les auteurs envisagèrent la possibilité d'administrer le nickel et le cobalt par la bouche, estimant, étant donné la diffusibilité des deux métaux tels qu'ils se trouvent en solution, que la pénétration dans l'organisme doit être aussi assurée par cette voie; c'est ainsi que chez un diabétique ancien soumis depuis deux ans à un traitement par l'insuline (20 unités cliniques deux fois par jour) ils obtinrent une plus grande tolérance aux glucides et une réduction de 25 p. 100 de la quantité d'insuline injectée par simple absorption buccale de 10 gr. de solution mixte de nickel et de cobalt chaque jour une heure avant le principal repas.

Ces différentes observations ainsi publiées permettaient aux médecins, mis au courant des premiers résultats, de multiplier les recherches et c'est ainsi que le 26 juillet 1926, dans une communication à l'Académie des sciences, M. le professeur Rathery et Mlle Lévina publiaient les observations de 11 diabétiques traités par les sels de Ni et Co.

Ces auteurs ont pratiqué chez leurs malades des injections sous-cutanées de la solution mixte de nickel et de cobalt employée par MM. Bertrand et Machebœuf dans leurs expériences. Ces injections étaient faites tous les deux jours; elles furent toujours bien supportées sans aucune douleur, aucune réaction locale ni même aucun trouble général. Après examen soigneux, ces malades avaient été soumis à un régime fixe ou protéides, lipides et glucides étaient dosés, régime resté fixe pendant toute la durée du traitement. La recherche du sucre urinaire était faite régulièrement tous les jours ou tous les deux jours, la recherche de la glycémie par la méthode de G. Bertrand après défécation par le réactif de Patein et celles des corps acétoniques urinaires de temps en temps.

Les résultats obtenus se peuvent classer en deux groupes.

Dans le premier groupe comprenant 5 malades, les résultats furent nettement positifs. On constatait:

1° La disparition de la glycosurie au bout d'un temps variable, disparition précédée en général d'une augmentation temporaire de la glycosurie lors des premières injections; c'est vers la neuvième ou la douzième que le sucre disparaît, temporairement du reste puisqu'il réapparaît au bout de quelques jours, et trente à quarante injections sont parfeis nécessaires pour que la disparition du sucre soit durable.

2° L'augmentation de la tolérance. Des diabétiques qui ne supportaient pas 40 grammes de glucides, sans avoir de glycosurie arrivent à en tolérer 120 grammes.

3° La diminution de la glycémie pas constante cependant.

4° La diminution simple de la glycosurie qui n'a de valeur que parce que les malades étaient à un régime fixe.

En résumé, dans 5 cas, la solution injectée a paru bien douée d'une influence nette sur la tolérance des glucides; elle l'a améliorée temporairement et au bout d'une série d'injections a amené la disparition temporaire de la glycosurie, action temporaire qui semble après une série plus longue être devenue durable puisque les auteurs ont vu persister l'amélioration chez une malade deux mois après cessation complète de traitemeat, enfin chez certains baisse de la glycosurie et augmentation de la tolérance.

Par contre, dans le deuxième groupe comprenant 6 malades, l'effet thérapeutique a été complètement nul; il y eut même après cinq, six, neuf injections aggravation de la glycosurie, élévation de la glycémie et augmentation de l'excrétion des corps acétoniques; ces malades étaient atteints de diabète consomptif net et on fut contraint de leur administrer de l'insuline pour se mettre à l'abri des accidents possibles. Rappelant que chez les sujets du premier groupe, il y avait eu au début de l'injection du médicament une accentuation de la glycosurie et de la glycémie, le professeur Rathery et Mlle Lévina estiment qu'on est en droit de penser que chez les sujets atteints de forme particulièrement sévère, cette première phase est peut-être plus longue et qu'un traitement plus prolongé donnerait peut-être un résultat thérapeutique.

Quelques mois après ces premiers résultats, M. J.-M. Le Goff publiait, le 17 novembre 1926, dans la *Gazette des hôpitaux* 7 observations de diabète traité par des solutions mixtes de nickel et de cobalt. L'auteur s'est adressé à des malades atteints de diabète léger, ne présentant aucune des manifestations du diabète grave à l'exception de la glycosurie; ils n'avaient ni acétonurie, ni acidose, ils suivaient tous un régime assez pauvre en hydrates de carbone avant et pendant le traitement avec suppression totale du sucre et comme boisson du vin rouge étendu d'eau.

Ces observations concernaient 6 cas de diabète sucré et 1 cas de diabète insipide; il y eut sur les 6 cas un seul malade nullement influencé ni dans un sens ni dans l'autre, chez deux autres la disparition de la glycosurie et enfin les trois derniers ont paru améliorés. Quant au cas de diabète insipide, il y eut diminution notable de la polyurie, la quantité était passé de 5 litres à 3 litres par vingt-quatre heures. Ces résultats sont intéressants et doivent attirer l'attention.

Signalons que Le Goff mentionne dans son article que d'après les recherches de R. H. Chittenden et de Norris, il paraît établi que le nickel et le cobalt présentent au point de vue pharmaco-dynamique de grandes analogies avec l'arsenic et comme lui se fixent sur le système nerveux central, les muscles, les poumons et le cœur; introduits avec les aliments ils sont absorbés en partie et éliminés dans les urines. Le Goff a également expérimenté deux sels de cobalt à doses supérieures à celles préconisées par MM. Bertrand et Machebœuf et dit avoir obtenu dans certains cas des résultats comparables à ceux qu'avait donnés la solution de ces auteurs.

Plus récemment, MM. Marcel Labbé, H. Roubeau et F. Nepveux ont publié à leur tour le résultat de leurs recherches sur l'influence sur la glycémie du nickel et du cobalt isolés ou associés à l'insuline.

Ces auteurs ont repris les expériences de Bertrand et Machebœuf sur des lapins d'un poids moyen de

2kg400 laissés à jeun depuis vingt-quatre heures et se sont placés dans des conditions telles que la dose d'insuline injectée corresponde à la dose convulsivante. Le sucre du sang était dosé par la microméthode de Bang.

Dans une première série d'expériences, les résultats ont été les suivants :

a. La courbe d'hypoglycémie obtenue avec l'insuline seule — à la dose de trois unités cliniques — montre un abaissement glycémique maximum de 51,3 p. 100 au bout de deux heures.

b. Avec insuline (trois unités cliniques) plus 0mgr3 de sulfate de cobalt, il y a hypoglycémie maxima à la troisième heure et abaissement de 67 p. 100.

c. Avec insuline (trois unités cliniques) plus 0mgr3 de chlorure de nickel, il y a hypoglycémie maxima à la troisième heure et abaissement de 66 p. 100.

Pour conclure, les sels de Ni et de Co ont manifestement favorisé et prolongé l'hypoglycémie insulinienne.

Quant au lapin de 2kg200, les auteurs sont arrivés à des résultats analogues.

a. La courbe d'hypoglycémie à l'insuline seule (deux unités cliniques) atteint son maximum au bout de trois heures et montre un abaissement de 62,8 p. 100.

b. Avec deux unités cliniques d'insuline plus 0mgr2 de sulfate de cobalt hypoglycémie maxima au bout de deux heures et abaissement de 52,8 p. 100.

c. Avec deux unités cliniques d'insuline plus 0mgr2 de chlorure de Ni hypoglycémie maxima au bout de quatre heures et abaissement de 67 p. 100.

Il semble donc que dans les conditions d'expérience où se sont placés les auteurs, l'adjonction à l'insuline de traces d'un sel de Co ou de Ni renforce son action, ce qui confirme les expériences de Bertrand et Machebœuf.

MM. Marcel Labbé, H. Roubeau et F. Nepveux ont étudié ensuite l'influence de l'injection isolée de chlorure de nickel et de cobalt sur la glycémie des diabétiques avec dénutrition et acidose.

Dans une première série d'expériences, ils ont constaté après injection des sels métalliques chez des diabétiques acidosiques, par dosages en série de la glycémie dans les heures qui suivaient l'injection que le taux du sucre sanguin n'était pas influencé par le chlorure du nickel ou de cobalt.

Dans une deuxième série d'expériences, les mêmes injections faites à des sujets normaux n'apportent également aucune modification à leur glycémie.

Il semblerait donc qu'il y ait un désaccord entre l'action immédiate des sels de Ni et de Co, chez l'homme diabétique mesurée comme l'ont fait M. Marcel Labbé et ses collaborateurs par les glycémies en série et leur action à échéance plus lointaine, dans un traitement systématique poursuivi plusieurs semaines comme l'ont observé Rathery et Lévina qui s'adressaient du reste à des diabétiques sans dénutrition.

Enfin, associant les sels métalliques à l'insuline chez 8 diabétiques avec dénutrition, les auteurs ne constatèrent aucun renforcement de l'action de l'insuline, soit dans l'intensité de la réaction, soit dans la durée.

Pour M. Marcel Labbé, Ni et Co ne paraissent pas stimuler les hormones pancréatiques dans l'organisme humain; l'influence directe isolée de ces sels sur la glycémie de l'homme serait nulle et quant au renforcement de l'action de l'insuline si on l'a constaté chez l'animal, il serait également nul chez l'homme ainsi que semblent le montrer les faits rapportés.

« Faut-il attribuer ces divergences aux différences profondes qui séparent le métabolisme de l'animal sain et celui si profondément troublé de l'homme diabétique? Ou bien le système humoral de l'homme se refuse-t-il à utiliser le nickel et le cobalt sous la forme employée? »

Nous avons nous-même, cette année, traité 3 diabétiques par la méthode du professeur Bertrand dans le service de notre maître le docteur François.

Le docteur René Zivy, à qui nous adressons tous nos remerciements, a bien voulu nous confier des ampoules de nickobalt, solution de nickel et de cobalt préparée dans ses laboratoires et qui a servi au professeur Bertrand pour ses expériences.

Le nickobalt se présente sous l'aspect d'une solution limpide, incolore, inodore dans laquelle le nickel et le cobalt sont contenus à l'état chimiquement pur totalement solubilisés. Il se présente sous deux formes : en ampoules pour injection sous-cutanée de 5 ou de 10 centimètres cubes, les premières renfermant 1/4 de milligramme de Ni et 1/4 de milligramme de Co en solution dans 5 centimètres d'eau physiologique, les secondes 1/2 milligramme de chaque métal dans 10 centimètres cubes d'eau physiologique; et en solution pour ingestion buccale en flacons de 400 grammes renfermant 20 milligrammes de Ni et 20 milligrammes de Co. Nous avons seulement employé le nickobalt en injection sous-cutanée.

Les directives du traitement sont les suivantes. On injecte chez l'adulte au début du premier traitement 5 centimètres cubes tous les deux jours; sans s'inquiéter de l'augmentation légère de la glycosurie qui peut se produire à ce moment on continue le traitement passant à la dose de 10 centimètres cubes tous les deux jours. Dans les cas favorables l'amélioration se manifeste par une baisse importante de la diurèse, de la glycosurie et de la glycémie ainsi que par une augmentation progressive de la tolérance aux glucides et aux hydrates de carbone et vers la douzième injection la glycosurie peut totalement disparaître. Disparition seulement temporaire du reste; après plusieurs traitements successifs de vingt jours la glycosurie disparaît chaque fois pour un temps de plus en plus prolongé. Il faut reprendre le traitement dès que la glycosurie réapparaît; celle-ci doit totalement disparaître après un nombre suffisant de traitements successifs. Dans les diabètes acidosiques il faut un traitement plus actif, on emploie l'insuline aux doses habituelles mais on en renforce l'action en injectant chaque fois autant de centimètres cubes de nickobalt qu'il est nécessaire d'injecter de fois 3 unités cliniques d'insuline (5 centimètres cubes de nickobalt pour 15 unités cliniques d'insuline). Les deux produits peuvent être injectés

séparément ou simplement mélangés dans la même seringue et l'injection peut être hypodermique ou intramusculaire. Dans le cas de traitement par ingestion buccale, on prescrira des traitements successifs à dose constante (une cuillerée à dessert une demi-heure avant chacun des deux principaux repas) en tenant également compte des analyses pour la suspension et la reprise des traitements successifs. Dans tous les cas le malade sera maintenu à son régime strict habituel et on ne diminuera les restrictions qu'après disparition complète de la glycosurie ou en tout cas progressivement.

Des trois malades que nous avons traités, un présentait un diabète grave avec dénutrition, chez les deux autres bien que chez l'un il y ait eu des signes à un moment alarmants, il s'agissait plutôt de diabète floride.

Observation I. — Fl. Fr., soixante-trois ans, cultivateur, atteint de diabète depuis deux ans; se plaint de faiblesse des jambes, vertiges, amaigrissement. Aucun fait saillant dans ses antécédents. Polyurie diurne et nocturne atteignant et dépassant même 5 litres dans les vingt-quatre heures. Appétit très développé et polydipsie intense. Aucun signe de maladie organique; les réflexes sont faibles mais conservés.

Le 31 mars 1928, à son entrée dans le service la glycémie est à 2g90 avec 4l200 d'urines par vingt-quatre heures, 102g50 de glycose par litre et 0,066 d'acétone au litre également. Le poids du malade est 49kg500. Régime strict aussitôt.

Le 3 avril, les urines atteignent 5 litres avec 117g14 de glycose au litre, même quantité d'acétone que la fois précédente, le malade a perdu 500 grammes.

Le 9 avril nous commençons un traitement par le nickobalt, 5 centimètres cubes tous les deux jours et le 15 nous constatons 4l400 d'urines avec 56g57 de glycose par litre seulement, pas d'acétone; nous passons immédiatement le même jour à 10 centimètres cubes par jour.

Le 20, toujours 5 litres d'urine avec 46g2 de sucre par litre, pas d'acétone.

Le 30, le traitement est arrêté, le malade ayant reçu 12 piqûres de nickobalt; il est toujours maintenu au même régime sans aucune médication.

Le 7 mai, 5 litres d'urine avec 64 grammes de glucose au litre et le 14, la glycémie est à 3g02; le malade a encore maigri. Nous décidons sur la gravité de l'évolution d'essayer un traitement insulinien qui est commencé aussitôt. Le malade reçoit 15 unités cliniques d'iloglandol deux fois par jour.

Le 28, 4 litres d'urine avec 73g20 de glycose au litre, pas d'acétone et une glycémie à 2g98.

Le 3 juin bien que le malade soit au même régime la polyurie monte à 5l300 par vingt-quatre heures; nous doublons la dose d'insuline : 30 unités cliniques deux fois par jour.

Le 12, glycémie à 2g30, urines 5l500 avec 44 grammes de sucre par litre, pas d'acétone, meilleur état général, le malade pèse 50 kilogs.

Nous décidons alors d'associer insuline et nickobalt, nous commençons le 13, 5 centimètres cubes de nicko + 30 unités cliniques d'iloglandol et passons trois jours après à 10 centimètres cubes de nicko + 30 unités cliniques d'iloglandol par vingt-quatre heures.

Le 25, poids 51 kilogs, urines 2l800 par vingt-quatre heures avec 56g30 de glycose au litre.

Le 2 juillet, 2l100 mais 75 grammes de sucre par litre, glycémie à 1g50.

Le 8 juillet, arrêt du traitement par nickobalt, le malade en ayant reçu 27 piqûres dont 24 à 10 centimètres cubes; on continue seulement l'iloglandol (30 unités cliniques), la glycémie est à 2 grammes, les urines à 2 litres par vingt-quatre heures avec 56 grammes de sucre.

Malgré l'insuline la polyurie remonte les jours suivants à 3 litres.

Nouvelle série de 10 piqûres de nickobalt associées à 30 unités cliniques d'iloglandol du 23 juillet au 1er août.

Aucune amélioration et le malade fatigué de ce long traitement qui ne lui apporte pas le résultat espéré nous quitte malgré nos conseils pour rentrer chez lui.

Obs. II. — V. Alph., âgé de soixante-six ans, bourrelier, atteint de diabète depuis vingt-six ans, déjà traité il y a quatre ans par des injections d'insuline sans grande amélioration. Entré à l'hôpital pour mal perforant plantaire. Bon état général, malade pléthorique même, face très rouge, poids 89 kilogs, polyurie et polydipsie légères. Tension artérielle de 16-10 1/2 au Vaquez; azotémie à 0g50, Bordet-Wassermann négatif; rien d'autre à signaler.

Le 7 mai 1928, glycémie à 2 grammes, 2 litres d'urines avec 45 grammes de glycose au litre; mise au régime strict avec réduction des hydrates de carbone.

Le 16, 2l500 d'urines avec 44 grammes de glycose au litre; 15 unités cliniques d'iloglandol par vingt-quatre heures.

Pas grands changements le 4 juin après vingt jours de traitement; 2l500 d'urines avec 48 grammes de glycose au litre et traces d'acétone.

Le 12 juin, début d'une série de nickobalt, une piqûre tous les deux jours de 5 centimètres cubes, puis de 10 centimètres cubes tous les deux jours au bout de la troisième.

Le 18, 2l500 d'urines, 44 grammes de sucre au litre, plus d'acétone.

Le 25 juin, 1l200 d'urines, 34g50 de sucre au litre, glycémie à 1g62.

Le 2 juillet, glycémie à 2 grammes, 2l800 d'urines avec 26g52 de sucre par litre.

A cette date association de 5 centimètres cubes de nickobalt et de 15 unités cliniques d'iloglandol pour passer deux ours après à 10 centimètres cubes de nickobalt + 30 unités d'iloglandol.

Le 9, 1.500 centimètres cubes d'urines avec 16g10 de glycose au litre.

Le 16, glycémie à 1g06, 1.200 centimètres cubes d'urine avec 6g40 de sucre par litre.

Arrêt du nickobalt pendant sept jours jusqu'au 23 en faisant seulement 30 unités d'iloglandol par vingt-quatre heures. Le 23, glycémie à 1g95, 1.600 centimètres cubes d'urine avec 19g30 de glycose au litre.

De nouveau association de 5 centimètres cubes de nickobalt et de 15 unités cliniques d'insuline; le 30, glycémie 0g95 avec *disparition du sucre dans les urines* qui atteignent 2 litres par vingt-quatre heures. Poids : 89kg600. Dans l'intervalle le malade a été opéré de son mal perforant et la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Le 8 août seulement réapparition du sucre dans les urines; le traitement est continué.

Obs. III. — Mme J. Virginie, âgée de soixante-trois ans, diabétique depuis trente ans; a uriné jusqu'à 5 litres par jour, mais à son entrée à l'hôpital atteinte d'artério-sclérose et d'insuffisance rénale ne dépasse pas de 1.200 à 1.500 centimètres cubes d'urines par vingt-quatre heures. Entré dans le service le 28 juin en imminence de coma avec odeur acétonémique de l'haleine très prononcée; tension artérielle 24-12 au Vaquez, souffle systolique aortique et clangor du second bruit.

En présence de signes aussi graves nous ne nous croyons pas autorisés à priver la malade d'insuline et nous lui donnons le 28, 30 unités cliniques intraveineuses, et le 29, 15 unités cliniques intraveineuses encore suivies le 30 juin et le 1er juillet de 30 unités cliniques intramusculaires. Une glycémie faite le

28 juin donne 2g10; il y a environ 1 litre d'urine dans les vingt-quatre heures, urines très chargées en acétone avec 11g60 de glycose au litre.

Tout danger immédiat écarté nous commençons le 2 juillet un traitement par nickobalt, trois premières piqûres de 5 centimètres cubes tous les deux jours, puis une piqûre de 10 centimètres cubes tous les jours.

Le 9 juillet, glycémie 1g30, 1.500 centimètres cubes d'urine avec 15 grammes de glycose au litre et disparition de l'acétone.

Le 16 juillet, glycémie 1g28, 1 litre d'urine par jour *et disparition du sucre*. Le 22 après dix piqûres arrêt du traitement par le nickobalt et le 24 une nouvelle glycémie dosée ne donne que 0,85 alors que le sucre ne reparaît plus dans les urines jusqu'au 8 août, date où la malade se sentant tout à fait bien quitte l'hôpital.

Pour résumer nos trois observations nous noterons :

Dans le premier cas insuccès du traitement par le nickobalt seul et malgré l'association de l'insuline au nickobalt par la suite pas de résultats bien satisfaisants; si à un moment il est apparu une amélioration légère, celle-ci ne s'est pas maintenue bien que les doses de nickobalt injectées aient été importantes. Tout au plus la polyurie a-t-elle légèrement diminué : nous avions à faire là, il est vrai, à un cas particulièrement grave où l'insuline elle-même ne nous a pas paru très efficace;

Par contre dans le deuxième cas l'association nickobalt-insuliné nous a donné des résultats intéressants;

Quant à notre dernière malade elle paraît avoir bénéficié d'une amélioration plus durable encore puisque quinze jours après l'arrêt du traitement le sucre n'avait pas reparu dans les urines; mise à un régime strict, comme les deux autres malades du reste, elle a été traitée après les quatre piqûres d'insuline du début par des injections de nickobalt seul.

Arrivé à la fin de cette étude il nous semble pouvoir dire pour conclure avec M. le professeur Rathery que « ce médicament semble doué d'une réelle efficacité chez certains diabétiques, qu'il est sans aucun danger aux doses employées et que le syndrome diabète étant complexe et probablement d'une physiologie pathologique non univoque, l'absence de tout résultat en certains cas ne saurait suffire à enlever au médicament sa valeur car nous ne saurions oublier que l'insuline elle-même est sans action aucune chez certains diabétiques ».

BIBLIOGRAPHIE

1. BERTRAND et MACHEBŒUF. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 11 mai et 25 juin 1925, 31 mai, 21 juin, 5 et 26 juillet 1926.
2. RATHERY et Mlle LEVINA. *Acad. des sciences*, 26 juillet 1926.
3. LE GOFF. Influence du nickel et du cobalt sur le diabète, *Gaz. des hôpit.*, 31 juillet et 17 nov. 1926.
4. Marcel LABBÉ, H. ROUBEAU et F. NEPVEUX. Influence sur la glycémie du nickel et du cobalt isolés ou associés à l'insuline, in *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, avril 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1928)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Pierre Puiseux, l'éminent astronome auquel on doit en particulier l'établissement de la carte de la Lune. M. Pierre Puiseux était le fils de Victor Puiseux, le célèbre mathématicien.

Le maintien des graines dans un milieu privé d'oxygène comme moyen de prolonger leur faculté germinative. — M. A. GUILLAUMIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1928)

Notice nécrologique. — M. POUCHET lit une notice nécrologique sur M. Albert Robin.

Agglutination du spirochæta pseudo-ictero-hemorrogiæ (souche aquicole de Vincent au cours des cultures successives). — M. Gérard GARDNER (de Montréal). Le professeur Auguste Pettit présente une note sur la forme libre du microbe qui produit la jaunisse infectieuse, note due à un jeune professeur de l'Université de Montréal, le docteur Gérard Gardner.

Ledit microbe a été isolé dans de l'eau d'égout et conservé en culture pendant plusieurs années. Au cours de ces repiquages, il a acquis la propriété de fournir un séro-diagnostic positif avec les sérums de malades des hôpitaux de Paris, guéris de spirochétose ictérohémorragique authentique; il n'est pas encore devenu pathogène. Ces faits permettent de comprendre l'infection de l'homme; dans le milieu ambiant, le spirochète ictérohémorragique est inoffensif; ce n'est que dans certaines conditions du milieu ambiant qu'il acquiert successivement les diverses propriétés qui le rendent virulent pour l'espèce humaine.

Recherches nouvelles sur la fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen. — MM. BOINET, Jean PIÉRI et DUNAN apportent une nouvelle étude sur cette affection que M. le professeur Olmer a signalée le 5 juin 1927 à l'Académie et à laquelle M. Jean Olmer a consacré sa thèse (1).

Ni les conditions épidémiologiques, ni les recherches sérologiques, ni les inoculations au cobaye, ni les examens histologiques même ne permettent, à l'heure actuelle, une assimilation de cette maladie du Littoral avec le typhus.

Les caractères cliniques, par l'éruption papulo-nodulaire, par l'escarre, par l'allure bénigne, différencient la fièvre exanthématique marseillaise du typhus exanthématique épidémique. De plus, M. Boinet ayant eu l'occasion d'observer à Marseille des épidémies de typhus exanthématique vrai et épidémique d'origine étrangère, soit dans les troupes serbes pendant la guerre, soit chez des ouvriers arabes l'ayant importé de l'Algérie ou du Maroc (ouvriers employés au percement du canal du Rove), n'a pu retrouver les caractères cliniques, sérologiques et anatomo-pathologiques permettant d'assimiler ces cas à la fièvre exanthématique marseillaise qui fait l'objet de cette étude.

Cette conclusion est capitale en raison des patentes brutes qui, comme on le sait, comportent un très grand dommage commercial, et il convient de ne pas laisser s'établir cette légende du « typhus endémique d'été » à Marseille.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 50, p. 901.

Considérations sur l'acidose dite rénale. — MM. Chabanier, Lobo-Onell, Lebert et Lelu. Il n'y a pas d'acidose rénale, au sens admis par les classiques; la notion d'acidose rénale ayant été seulement basée par eux sur la constatation d'un abaissement de la réserve alcaline dont le mécanisme est tout autre que celui qui détermine la chute de cette réserve au cours des attaques acides bien authentifiées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1928)

Traitement des affections douloureuses abdominales par la diathermie. — M. Auguste Nemours rappelle quelques actions de la diathermie, notamment la production de chaleur interne mesurée par une sonde thermo-électrique introduite dans l'estomac et en conseille l'application chez les malades non soulagés par les autres moyens. Cette thérapeutique est indiquée dans les affections, organiques ou non, du tube digestif, et plus particulièrement chez les opérés qui continuent à souffrir, véritables « désespérés du ventre » qu'aucun autre traitement ne réussit à calmer.

L'oléothorax curatif et préventif complément du pneumothorax. — M. Hinault montre que les épanchements puriformes du pneumothorax et les symphyses pleurales sont efficacement combattus à l'heure actuelle par l'oléothorax qui paraît en être la thérapeutique de choix. Dans les pleurésies puriformes ou purulentes, il est préférable d'employer l'huile d'olive antiseptique (environ 5 p. 100 de goménol ou d'eucalyptol) ; dans les cas de symphyse pleurale, l'oléothorax peut se faire avec de l'huile de paraffine qui se résorbe beaucoup plus lentement. Pour être efficace, l'oléothorax antisymphysaire doit être un véritable blocage de la plèvre sous pression contrôlée.

Un traitement de la constipation simple. — M. Bécart présente un petit appareil, sorte de suppositoire en ébonite qui lui a donné d'excellents résultats dans le traitement de la constipation simple, c'est-à-dire de celle due à un trouble dans le mécanisme de la défécation.

Sur les spirochétides. — M. Georges Rosenthal, à propos d'un ouvrage récent du professeur Aug. Pettit, attire l'attention sur la biologie générale de ces microorganismes dont les caractères distinctifs sont encore obscurs, et sur le parallélisme minutieusement étudié par l'auteur entre la spirochétose ictéro-hémorragique de l'homme et la maladie expérimentale du cobaye.

Suture nouvelle dite à anse nouée. — M. H. Legrand. A l'aide d'une aiguille de Reverdin on passe dans les deux lèvres de la plaie un fil double de façon que, d'un côté, on ait une anse, et de l'autre deux chefs. Un des chefs est ensuite passé dans l'anse, puis noué à l'autre chef. Les deux chefs glissent très facilement dans les trous faits par l'aiguille et tendent à faire rapprocher les lèvres tout aussi bien dans leur partie profonde que dans leur partie superficielle.

REVUE DES THÈSES

Recherches bactériologiques et cliniques sur la thérapeutique alliacée totale en gastro-entérologie (1), par le docteur R. Delvaille, ancien interne des hospices de Paris.

« L'étude historique de l'utilisation médicale de l'ail nous montre que cette thérapeutique est très ancienne.

Cependant, l'administration rationnelle de l'allium sativum est toute moderne, surtout en ce qui concerne les maladies du tube digestif.

La botanique nous apprend que l'allium sativum est une plante de la famille des lilliacées, déjà largement mise à contribution en pharmacologie.

3. L'étude chimique de l'ail a surtout porté sur l'essence d'ail. Cette essence renferme du soufre mais pas d'azote et pas d'oxygène.

Semmler a séparé, par distillation, cette essence en trois fractions : la première fraction est du disulfure d'allyle et de propyle; la deuxième fraction, la plus abondante, est du disulfure de diallyle ; la troisième fraction est un mélange de trisulfure et un tétrasulfure de diallyle.

L'étude physiologique de l'allium sativum démontre que cette plante possède des propriétés favorables sur les muqueuses bronchique et gastro-intestinale, sans que nous puissions savoir au juste par quel mécanisme.

Les propriétés générales de l'allium sativum justifient, cependant, son emploi, en particulier chez les tuberculeux pulmonaires, car il agira bien chez ces malades, d'une part grâce à ses propriétés respiratoires, d'autre part grâce à ses propriétés excitantes pour la digestion gastrique, et antiputrides, modificatrices de la flore intestinale.

Cette étude de la médication alliacée au point de vue gastro-intestinal n'avait pu encore être entreprise parce qu'il est nécessaire pour juger cette médication d'administrer de fortes doses et que ces doses étaient mal supportées.

En fixant sur un charbon végétal à puissance d'absorption activée tous les principes actifs de l'ail frais (ail total), il a été possible de réaliser cette administration massive d'activité thérapeutique et sans inconvénient. Par ce moyen, en effet, les principes actifs sont libérés progressivement dans le tube digestif, et sans entraîner aucun phénomène secondaire.

Nous avons étudié cette concentration des sucs d'ail dans la pathologie intestinale, en nous attaquant surtout au syndrome diarrhée. La diarrhée, symptôme d'entérite, est un phénomène banal, mais elle prend une importance capitale chez les tuberculeux, et, comme nous avions dans notre service un grand nombre de ces malades, nous avons pu étudier de près chez eux, d'abord l'entérite diarrhéique banale, puis l'entérite diarrhéique associée à d'autres germes septiques.

Nos observations nous ont conduit à conclure qu'il y a, au point de vue de la thérapeutique alliacée, une opposition entre l'entérite fonctionnelle banale et les diarrhées causées par une lésion bien déterminée de l'organe (ulcérations ou autres).

La médication alliacée à forte concentration donne de bons résultats dans la première de ces deux formes et reste sans effets dans la seconde, comme d'ailleurs toute autre thérapeutique médicale.

Nous constatons que l'allium sativum est un modificateur favorable du tonus organique et des sécrétions digestives. Il est un eupeptique remarquable. Dans la plupart de nos observations il a fait disparaître rapidement l'anorexie et très souvent après l'échec des autres médications habituelles.

Les travaux modernes s'accordent à admettre que l'ail a une action favorable sur les voies respiratoires. Aussi, dans nos essais, l'avons-nous étudié, en même temps, dans les sécrétions bronchiques de la tuberculose.

Nous n'avons pas observé de changement notable dans l'évolution des lésions pulmonaires, mais, par contre, nous avons constaté une expectoration plus facile, des crachats plus fluides et une diminution de ces derniers.

Un des faits les plus importants de nos recherches réside dans l'examen bactériologique des selles. Il s'agissait, en effet, de contrôler par le laboratoire les résultats cliniques obtenus afin de mieux pénétrer l'action des principes actifs de l'ail. Nous avons, en outre, étudié la thérapeutique alliacée comparativement à la médication lactique. Dans les selles, on rencontre une flore abondante, dont la différencia-

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Imprimerie Michaut et Brocquet.

tion se fait en pratique par l'examen direct, après coloration par la méthode de Gram et recoloration à la fuchsine diluée. La flore pathogène est celle qui prend le Gram, c'est-à-dire la flore bleue.

A l'état normal, la flore à Gram négatif est prédominante. C'est la flore rouge, à base de colibacilles.

La médication par l'ail total a toujours ramené dans nos observations la flore bleue à son minimum, en même temps que l'on obtenait la guérison clinique. La flore rouge favorable n'était en rien amoindrie.

Ces résultats sont identiques à ceux obtenus avec les ferments lactiques; mais ceux-ci, transformant le milieu intestinal en milieu acide, favorisent la spoliation calcaire qui peut amener des poussées évolutives chez le tuberculeux.

La posologie de cette thérapeutique, telle que nous l'avons utilisée, c'est-à-dire sous forme d'une concentration de principes actifs sur du charbon activé, permet d'administrer au minimum par jour 6 grammes (en comprimés de 1 gramme) de principes actifs. En règle générale, nous donnons 6 grammes en trois fois, dans les entérites et diarrhées aiguës, et ensuite nous continuons le traitement assez longtemps à la dose de 3 grammes. Jamais nous n'avons constaté d'intolérance. On peut atteindre 9 et 10 grammes par jour. Dans les entérites chroniques glaireuses, il faut continuer longtemps le traitement à la dose de 6 grammes par jour en trois fois, et l'on obtient de bons résultats.

A titre eupeptique, nous donnons 4 à 6 grammes par dose de 2 grammes, pris un quart d'heure environ avant le repas.

En résumé, il ressort de nos observations, à la fois cliniques et bactériologiques, que la thérapeutique alliacée doit être administrée à hautes doses, comme nous l'avons fait nous-mêmes, et que cette méthode constitue un des meilleurs traitements à employer contre les affections du tube digestif (insuffisance gastrique et putridités intestinales). »

Contribution à l'étude de la belladone et en particulier de ses alcaloïdes totaux (bellafoline) dans les états parkinsoniens (1). [Travail du laboratoire de thérapeutique de la Faculté], par le docteur Henri Bourgeot.

Conclusions. — « L'ancienneté de la médication belladonée et la multiplicité de ses applications thérapeutiques n'ont pas toujours été des arguments suffisants pour donner à ce médicament la faveur persistante du praticien.

L'action médicamenteuse indéniable et souvent efficace est, en effet, contrebalancée soit par une susceptibilité spéciale du malade, interdisant l'utilisation prolongée de la belladone, soit par une variabilité très grande dans la teneur en principes actifs de la plante.

L'emploi de l'atropine révèle à côté des avantages d'un dosage exact, les méfaits d'une forte toxicité.

La méthode de Stoll, dite de protection, a permis d'isoler les alcaloïdes de la belladone à l'état pur.

Le principe actif de la plante est l'hyosciamine lévogyre et non l'atropine qui représente une racémisation d'hyosciamine droite et gauche. A côté de l'hyosciamine lévogyre on trouve de la scopolamine, acide chrysatropique, choline, asparagine et quelques alcaloïdes accessoires.

La belladone totale ou bellafoline, renferme ces alcaloïdes à l'état pur et exactement dosés.

Les alcaloïdes totaux de la belladone, de toxicité égale à celle de l'atropine, présentent l'avantage d'une activité double permettant l'emploi de doses éloignées du chiffre toxique.

Administrée avec des résultats intéressants dans la toux émétisante des tuberculeux, l'asthme, les affections gastriques douloureuses, la belladone a donné de nombreux succès en neurologie dans l'épilepsie, la dystonie post-encéphalique, les états parkinsoniens.

(1) *Th. de Lyon*, 1926, Imprimerie Bosc frères et Riou.

L'étude des alcaloïdes totaux de la belladone dans les états parkinsoniens nous a conduit aux conclusions suivantes :

Une action clinique très nette s'exerçant sur le tremblement et supérieure dans ces effets particuliers à celle des autres médications, la rigidité étant nettement moins influencée.

Une étude comparative de la thérapeutique des états parkinsoniens par la belladone totale et par l'hyoscine, montre l'action prépondérante de la première sur le tremblement et de la seconde sur l'amélioration de la rigidité.

Certaines formes cliniques de la maladie bénéficient cependant de l'association bellafoline-hyoscine.

Les formes pharmaceutiques et les doses à administrer par vingt-quatre heures, sont les suivantes :

a. Ampoules renfermant 1/2 milligramme par centimètre cube. De une à deux ampoules en injections hypodermiques, et par jour;

b. Solution à 1 p. 2.000, xx gouttes, trois fois par jour;

c. Comprimés dosés à 1/4 de milligramme. De deux à quatre par jour.

L'action thérapeutique n'apparaît nettement qu'après un traitement de plusieurs jours. L'amélioration est maintenue en continuant l'administration de la belladone totale à doses moindres, surtout chez les malades âgés.

Dans aucun cas, la médication par la belladone totale, n'a donné d'accidents toxiques. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928 (1)

Doctorat d'Etat. — 379. Baumann. — Eléphantiasis congénital par hypertrophie vraie.

382. Brady. — Contribution à l'étude de la sérothérapie antipoliomyélitique.

371. Cornu. — Les complications pulmonaires précoces des traumatismes de la moelle.

381. Daumy. — Contribution à l'étude des eaux souterraines de Lorraine. (Etude hydrogéologique.)

391. Engel (André-Eugène-Clément). — Tics convulsifs et hérédo-syphilis.

388. Engel (Marie-Joseph-Julien). — Myocardites post-typhoïdiques tardives.

390. Grégoire. — Anomalies congénitales du squelette et radiographie. Leur importance pratique.

374. Harter (Jean-Octave). — De quelques cas de transplantations tendineuses dans le traitement du genou paralytique.

376. Harter (René-Jacques). — Le signe d'Argyll-Robertson dans l'encéphalite épidémique.

378. Herbeuval. — L'hémarthrose hémophilique du genou.

385. Jacquet. — Essai sur l'hygiène universitaire.

395. Lacourt (Mlle). — Réaction giganto-cellulaire et tissulaire consécutive aux injections hypodermiques de corps étrangers.

387. Lévy (Gaston). — La tuberculose dans la classe ouvrière. Etude médico-sociale des rapports de la tuberculose et des professions en milieu urbain (Nancy).

384. Mathieu. — Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta et de son traitement.

386. Mouchette. — Contribution à l'étude des séquelles lointaines des commotions de guerre.

398. Perrin. — Essai analytique et critique sur les kystes sanguins du cou.

375. Petitdemange. — Maladie du sérum et anaphylaxie. Leur facteur thyroïdien.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1928 : Thèses soutenues à Montpellier (n° 71, p. 1248), à Strasbourg (n° 75, p. 1314), à Bordeaux (n° 81. p. 1411).

389. RENY. — Les syndromes pseudo-péritonéaux.

393. REVEL. — L'ostéite nécrosante bénigne du conduit auditif.

397. ROIG. — Sur l'emploi de la butelline en oto-rhino-laryngologie.

380. ROUSSEL. — Etude critique et expérimentale des épreuves d'aptitude cardiaque à l'effort.

372. RUYER. — Développement physique, morbidité, mortalité des nourrissons abandonnés en Meurthe-et-Moselle.

394. SCHUMACHER. — Contribution à l'étude des adhérences anormales du placenta.

400. VAISSIER. — Syndrome de Volkmann et hématome du bras et de l'avant-bras.

396. WEILL. — Contribution à l'étude de la primogéniture.

373. WILLEMIN. — La tuberculose rénale dans ses rapports avec la puerpéralité.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 383. ABRAMOWITZ. — La fonction de reproduction et les stigmates obstétricaux chez les hérédo-syphilitiques.

392. GOLDENFOUN. — Contribution à l'étude des réflexes associatifs ou conditionnels chez les enfants anormaux.

399. GRANOVSKY (Mlle). — Traitement du genu valgum rachitique.

401. SCHÄRF. — La pyélite, maladie gravido-toxique.

377. VOUKTCHEVITCH. — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire univitelline.

INFORMATIONS

(SUITE)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Fondation du Conseil général de la Seine. Hôpital Laennec et dispensaire Léon-Bourgeois. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière; P. Jacob, médecin des hôpitaux; G. Maingot, électro-radiologiste de l'hôpital Laennec; J. Rolland, chef de laboratoire; E. Brissaud, E. Coulaud, F. Hirschberg, A. Ravina, assistants au dispensaire Léon-Bourgeois; Mlle J. Fontaine, assistante au dispensaire; MM. A. Soulas, assistant d'oto-rhino-laryngologie, et Evrot, sous-directeur du Comité national.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 22 octobre 1928, à 11 h., au dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau, Paris (VIIe). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons théoriques.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou candidats au poste de médecin de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses.

S'adresser à M. le docteur Arnaud, directeur général du Comité national, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Les droits à payer sont de 250 fr.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE. — M. le professeur A. Strohl commencera son cours le mardi 6 novembre, à 16 h., à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : 1° optique; 2° électrologie; 3° radiologie; 4° radioactivité.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le professeur Paul Lecène commencera son cours le mardi 6 novembre 1928, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Affections chirurgicales de la tête, du cou, du rachis. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Solano Ramos, doyen de la Faculté de médecine de la Havane; William Smith Syme, chirurgien de l'hôpital d'oto-rhino-laryngologie de Glasgow; Pierre Paternoster (de Soignies), Léon Saroléa (de Hasselt).

— Notre collaborateur et ami, le docteur Paul Truffert, vient d'être cruellement atteint par la mort de son père, M. Gaston Truffert, décédé à Cherbourg dans sa 73e année. Nous prions notre confrère de bien vouloir trouver ici l'expression de la très cordiale sympathie de toute la rédaction.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annales de médecine et de chirurgie, revue trimestrielle, publiée sous la direction scientifique de MM. ALESSANDRI, ANITCKOV, ANGELESCO, ARTHUS, BABINSKI, BARTRINA, BASTIANELLI, BÉGOUIN, BENSIS, BÉRARD, BERGERET, BEUETER, BEZANÇON, BOBDET, BRACHET, COUVELAIRE, CUNÉO, DANIEL, DANIELOPOLU, DESCOMPS, DONATI, ENRIQUÉZ, FANO, J.-L. FAURE, FEODOROV, FORGUE, GEORGUIESKY, GLEY, GOSSET, GUILLAIN, HARTMANN, HYNEK, IGNATOWSKI, JEANBRAU, JIRASEK. JOANOVITCH, JUVARA, CRINSKI, LAPINSKI, LATARJET, LECENE, LÉPINE, LERICHE, LUSTIG, MANGIAGALLI, MARINESCO, MARION, MICHELI, MIKOULITCHITCH, MILIANITCH, MORAX, NÉCHITCH, NICOLAS, PASCALE, PAVLOV, PELNAR, PETROV, PEYRON, PLETNEV, PUTTI, DE QUERVAIN, RADONITCHITCH, RECASENS, REGAUD, ROGER, SACHAROV, SEBILEAU, SERGENT, SFAMENI, SICARD, SYLLABA, TCHISTOVITCH, TIXIER, VAQUEZ, VERHOOGEN, VIOLA, WEBER, WEIGNER, ZARNIK. — Rédacteurs en chefs : A. BERGERET et N. MILIANITCR.

Le numéro 1 : 310 pages avec 6 planches hors texte, 52 dessins et 5147 références bibliographiques est consacré à l'appareil génital de la femme (non compris l'obstétrique), contient des articles originaux de MM. Babes, Beuttner, Couvelaire, Daniel, Dubreuil-Chambardel, J.-L. Faure, Gley, Gosset, Latarjet, Leriche, Milianitch, Peyron, Recasens, Redlich, Rochet, Sfameni, Surmont.

Prix de l'abonnement annuel (4 numéros) : pour la France, 120 fr.; pour les autres pays, 150 fr. Prix du numéro : pour la France, 35 fr.; pour les autres pays, 40 fr. — Paris, Louis Arnette.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 16 octobre. — Jury : MM. Carnot, président; Bezançon, Lejars et Lecène. — M. CORVISET. Etude sur les péritonites généralisées. — M. POIRIER. Du diagnostic différentiel entre les hépatites et les affections pulmonaires. — M. DELTHIL. L'opium chez l'enfant. — M. MAKARAVICZ. Le carcinoïde de l'appendice.

Mercredi 17 octobre. — Jury : MM. Gosset, président; M. Labbé, Lemierre et Strohl. — Mlle BERTAZZI. Traitement des rétroversions par le massage. — M. LE FLOCH. Etude sur le rhumatisme chronique. — M. MARCHAL. La radiothérapie de l'angine de poitrine. — M. SERGENT. Les facteurs de croissance des microbes en milieux artificiels.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 84. — MERCREDI 17 OCTOBRE 1928. 101e ANNÉE. MEECRRDI 17 OCTOBRE 1928. — N° 84.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 11 octobre. — Questions données : « Causes et signes de l'insuffisance aortique. — Symptômes et évolution du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Pottel, Bonnet (R.) et Boquet, 15; Fabre (F.), 23; Henrion, 24; Deslandres, 15; Boyer (J.), 13; Bolgert, 22; Lardennois et Lecadre, 19.

Séance du 12 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des cancers du foie. — Complications des kystes de l'ovaire. »

MM. Maisler, 21 ; Fournier, 20; Labisse, 13; Thomas, 25; Mlle Baguette, 22; MM. Nicolas, 24; Courtial, 10; Lefebvre, 9; Gorodich, 18; Sambrou, 10.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Questions données : « Anatomie macroscopique du nerf laryngé supérieur. — Tumeurs malignes du cavum. »

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — L'Association française de chirurgie a désigné le bureau du XXXVIIIe Congrès qui se tiendra à Paris en 1929. Président : M. Tixier (de Lyon); vice-président : M. Auvray (de Paris); secrétaire général : M. Grégoire (de Paris).

Questions à l'ordre du jour : 1° « Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. » Rapporteurs : MM. Rocher (de Bordeaux) et Sorrel (de Paris).

2° « Evolution et traitement des plaies des tendons de la main. » Rapporteurs : MM. J.-Ch. Bloch (de Paris) et Paul Bonnet (de Lyon).

3° « Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. » Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris) et Bérard (de Lyon).

— M. Leriche (de Strasbourg) a été élu membre du Comité.

— MM. Chastenet de Géry, Chifoliau, Deniker et Mouchet ont été élus secrétaires des séances.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — Clinique médicale propédeutique (hôpital de la Charité). — *Cours de revision d'une semaine* (22 au 27 octobre 1928) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année, en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent, et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 h. : Exercices pratiques au lit des malades; 11 h. à midi : Démonstration pratique.

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 h. à 4 h. : Démonstration pratique : Service ou laboratoire du professeur Sergent : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques : amphithéâtre de la Clinique du professeur Sergent.

La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 h. à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire à la Faculté de médecine, salle Béclard (A.D.R.M.), tous les jours; ou bien guichet n° 4 du Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 h.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— COURS DE STOMATOLOGIE. — M. le docteur Léon Frey, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie le mardi 6 novembre 1928, à 17 h. (salle des thèses, n° 2), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ce cours comportera 15 leçons d'une heure et demie. Les séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

Objet du cours : « Pathologie dentaire. »

L'INSTITUT NATIONAL D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE, créé sous les auspices de l'enseignement technique, sous la présidence de M. Labbé (directeur général de l'enseignement technique) et la direction de MM. Fontègne, Laugier et Piéron, à la fois centre de recherches, centre de documentation et établissement d'enseignement, commencera ses cours en vue de la formation technique des conseillers d'orientation dans la première semaine de novembre.

Le registre d'inscriptions (leur nombre étant limité) est ouvert pendant le mois d'octobre, tous les jours, de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2, au secrétariat, Musée pédagogique, 41, rue Gay Lussac, où doivent être adressées toutes les demandes de renseignements et les communications intéressant l'Institut.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Portal (de Marseille); Léon Chapois, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, décédé à Jonay (Jura); Lespinasse (de Tanger), décédé au cours d'un accident de chemin de fer en Espagne.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU DOCTEUR VICTOR PAUCHET

Les collaborateurs, les élèves et les amis du docteur Victor Pauchet se sont réunis dimanche à l'hôpital Saint-Michel pour lui remettre, à l'occasion de sa nomination au grade de commandeur de la Légion d'honneur, une très belle plaquette de bronze due au grand talent du docteur de Hérain.

Sur l'estrade, autour de Pauchet, avaient pris place MM. Tuffier, les professeurs Bérard (de Lyon), Forgue et Jeanbrau (de Montpellier), Peugniez (d'Amiens), MM. Joseph Récamier, Dartigues, le professeur Dominguez (de La Havane). Nous avons encore remarqué, dans la foule des amis, MM. Netter, Grégoire, Félix Terrien, Lortat-Jacob, Michon, Courcoux, Blanc, Leven, R. Loewy, Buizard, Bécart, Luiz, G. Doin, Bellencontre, Paul Lutaud.

M. RÉCAMIER prit le premier la parole; il retraça en quelques mots l'histoire de l'hôpital Saint-Michel et il exprima à Pauchet son admiration et son estime profonde. Dans la bouche de celui qui est l'honneur de notre profession, qui toute sa vie a donné l'exemple de la fidélité à ses convictions et à ses amitiés, ce témoignage prenait une singulière valeur.

Puis un assistant de Pauchet donna lecture d'une lettre de M. CALMETTE. Retenu par la commission de la tuberculose de la Société des Nations il s'excusait de ne pouvoir présider la réunion et envoyait à son tour l'expression de son admiration pour le grand chirurgien.

M. TUFFIER dans une charmante causerie rappelle l'incident des « amputations en saucisson » pendant la guerre, incident qui montra une fois de plus le grand sens chirurgical de Pauchet. Ce chirurgien, outre le don de l'éternelle jeunesse, possède deux autres qualités merveilleuses. Il est un inventeur, et un inventeur heureux. Il est aussi un incomparable maître; à la parole et à la démonstration opératoire il ajoute ses admirables livres devenus classiques aujourd'hui dans le monde entier.

Notre cher et éminent confrère M. DOMINGUEZ, ancien doyen de la Faculté de La Havane, ancien ministre de l'Instruction publique à Cuba, à qui l'on doit d'avoir organisé là-bas, à la française, un enseignement anatomique inspiré par Farabeuf et Poirier, apporte ses félicitations à Pauchet. Celui-ci fut son premier élève alors qu'il était lui-même interne provisoire des hôpitaux de Paris. Il dit sa fierté d'avoir été le maître d'un chirurgien dont le nom est connu et estimé dans le nouveau comme l'ancien continent.

Puis M. BLANC, président de la Société des chirurgiens de Paris, M. PEUGNIEZ au nom de l'Ecole d'Amiens, M. DARTIGUES au nom de l'U.M.F.I.A., MM. MORNARD et DUGUÉ, au nom des collaborateurs de Pauchet, apportèrent, à leur tour, un vibrant hommage d'affectueux dévouement.

PAUCHET, enfin, non sans émotion, remercia ses maîtres, ses collaborateurs et ses amis dont le fidèle appui lui a permis et lui permettra longtemps encore de travailler utilement dans ce bel hôpital Saint-Michel.

F. L. S.

Amand COYON

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

Il y a quelques semaines, notre pauvre et cher confrère Amand Coyon était tragiquement fauché par un avion. Avec lui disparaît un travailleur, un bon clinicien, et surtout un ami comme il en est peu.

Coyon avait été l'élève d'Albert Robin, disparu lui aussi il y a peu de jours. Il avait fait auprès de lui, à la Pitié, sa deuxième année d'internat, avait été initié par lui à la thérapeutique et à la thérapeutique gastrique en particulier. Puis il était allé chez Gaucher. Celui-ci avait une franchise qui n'allait pas sans rudesse; Coyon, de son côté, avait son franc-parler. Ces deux caractères faits pour se heurter devaient pourtant s'entendre, puisque Coyon passa deux années dans son service.

Et comment ne se serait-on pas entendu avec Coyon. Il ignorait tout de l'intrigue, il avait un caractère très droit et disait ce qu'il pensait sans détours et quelquefois non sans véhémence, mais il le disait sans acrimonie, car il avait un cœur d'or, aussi ses amis et ses malades l'aimaient-ils comme il méritait de l'être, et tout le monde n'avait que de l'estime pour lui.

Pendant la guerre, Coyon ne s'attarda pas aux formations de l'arrière. Ce médecin de réserve avait trop « d'allant » pour cela, son dévouement avait besoin d'activité et de danger. Il fit son devoir tout naturellement comme il le faisait en temps de paix. Il le fit en beau cavalier; n'est-il pas le premier médecin des hôpitaux qui ait jamais remporté un prix au concours hippique de Paris?

Coyon a beaucoup publié à la Société médicale et ailleurs. Rappellerons-nous ses Revues générales dans la *Gazette des hôpitaux*, ses travaux sur les fermentations gastriques, ses recherches avec Triboulet sur le rhumatisme articulaire?

Très respectueusement nous prions Mme Amand Coyon d'agréer l'expression de notre douloureuse sympathie.

F. L. S.

LE
Ier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie
A COPENHAGUE

Ce sont les 29, 30, 31 juillet et le 1er août 1928 que s'est tenu à Copenhague le Ier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

Jusqu'alors les Congrès de cette spécialité avaient toujours été divisés en Congrès d'otologie et Congrès de laryngologie. C'est pour permettre une collaboration plus intime entre les différentes branches de l'oto-rhino-laryngologie que le Congrès d'otologie de Paris prit, en 1922, la décision de réunir dans un même Congrès international l'ensemble des oto-rhino-laryngologistes.

Ce Ier Congrès fut placé sous la présidence du professeur Schmiegelow.

La séance d'ouverture eut lieu dans la grande salle du Parlement de Copenhague. La présence du roi Christian, des ministres des Affaires Etrangères, de l'Instruction publique, de l'Intérieur, ainsi que de nombreuses personnalités officielles danoises, donna à cette première réunion un caractère particulier de solennité.

Les sentiments d'amitié du professeur Schmiegelow pour la France s'affirmèrent de nouveau en cette circonstance, et c'est en français que le Président prononça son discours d'ouverture. Ses premières paroles d'ailleurs furent pour rappeler en termes émus la perte cruelle que l'oto-rhino-laryngologie a éprouvé l'hiver dernier en la personne du professeur Mouret (de Montpellier) qui était avec le professeur Portmann (de Bordeaux), rapporteur à ce Congrès.

C'est dans le plus profond recueillement que tous les assistants debout honorèrent sa mémoire par une minute de silence.

*
**

Après cette manifestation touchante de respect pour ce maître disparu et de sympathie pour notre pays, commença la lecture des rapports inscrits à l'ordre du jour. Tous furent écoutés avec le plus grand intérêt et permirent par les discussions soulevées des échanges de vue fort instructifs.

Professeur Uffenorde (Marburg) et professeur Ferreri (Rome). **La septicémie d'origine pharyngée.** — Uffenorde, à l'encontre d'autres collègues et surtout de l'école de Fraenkel, est d'avis que la septicémie aiguë, que nous pouvons observer à la suite d'une angine ou d'un abcès péritonsillaire, est une lymphangite qui fait son apparition plus ou moins près de l'infection primitive. C'est seulement par suite de l'inflammation paraveineuse, qui prend souvent le caractère d'un phlegmon, que les veines sont atteintes d'une thrombo-phlébite. Par contre, Fraenkel et ses disciples prétendent que dans la septicémie postangineuse ce sont les veines tonsillaires qui sont attaquées les premières, les veines descendantes n'étant atteintes que secondairement et de proche en proche. Conformément à sa théorie, Uffenorde montre la nécessité d'une opération chirurgicale par voie externe, et si possible, mais pas nécessairement en même temps, l'extirpation des amygdales palatines; la ligature de la veine faciale ou de la jugulaire a pour lui moins d'importance que le large drainage, l'aération entre les aponévroses du cou et les vaisseaux qui y sont contenus.

Tandis qu'Uffenorde s'était occupé exclusivement de la pyémie postangineuse, le co-rapporteur Gerardo Ferreri jeta un coup d'œil sur nos connaissances actuelles de la physiopathologie des amygdales. Il expliqua avec détails les rapports des amygdales infectées et de la septicémie, ainsi que l'action des amygdalites sur les reins, les articulations et l'endocarde. Ferreri est extrêmement conservateur et n'est pas partisan de l'extirpation des foyers d'infection par une intervention chirurgicale.

Au cours de la discussion de ce rapport, M. Cesar Hirsch (Stuttgart) a rapporté une statistique personnelle de 12 cas de septicémie postangineuse dont il a opéré une grande partie. Il y a eu 5 cas mortels et 7 guérisons; toutes les personnes non opérées sont mortes, tandis que des personnes opérées 5 ont été sauvées et 2 seulement sont décédées. Quant à la genèse de la septicopyémie postangineuse, M. Hirsch a vu les deux types de pathogénie, mais dans ses observations les cas de genèse lymphatique sont plus nombreux que ceux de nature thrombo-phlébitique.

Professeur Neumann (Vienne). **L'opération radicale conservatrice dans les suppurations de l'oreille moyenne.** — L'auteur a donné un aperçu complet sur l'état actuel de cette question. Il a insisté surtout sur la nécessité de faire une opération très conservatrice afin de sauver tout ce qui peut être sauvé de l'appareil auriculaire susceptible de fonctionner encore. « Nous devons éviter l'opération radicale dans la mesure du possible. » Avant l'opération, on ne peut toujours dire quelle méthode doit être appliquée; c'est souvent pendant l'intervention elle-même que cela peut se décider.

Professeur Mouret (Montpellier), professeur Portmann (Bordeaux), professeur Wittmaack (Hambourg). **La structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille.** — Dans leur rapport, MM. Mouret et Portmann se sont basés sur une description minutieuse de l'embryologie de l'os temporal, du développement de l'oreille moyenne et de la pneumatisation à l'intérieur de cet os pour faire comprendre quelle peut être :

1. La marche de l'infection à l'intérieur de l'oreille moyenne et de ses dépendances pneumatiques, d'une part;
2. La marche de l'infection à travers les parois osseuses qui entourent l'oreille moyenne, d'autre part.

Après avoir montré le processus histo-pathologique qui commande la marche de la suppuration tubo-tympanique, ils ont décrit les différents moyens de propagation de cette infection vers l'extérieur. Cette propagation est sous la dépendance du tissu osseux péritympanique, dans lequel existent des *voies de passage préformées* et du *processus anatomo-pathologique* qui commande le transport de l'infection.

Ils divisent les voies anatomiques préformées en *voies interosseuses* qui sont les différentes fissures : pétro-squameuses interne et externe, interpétreuse ou canalis subarcuatus, scissure de Glaser et en *voies transosseuses* ou voies *conjonctivo-vasculaires* à travers les corticales périphérique ou centrale qui représentent pour les germes infectieux les seules voies ouvertes devant eux, les lymphatiques n'existant pas dans l'os.

Le processus anatomo-pathologique présente une importance considérable dans l'évolution des suppurations de l'oreille moyenne, qu'il s'agisse d'otites moyennes suppurées aiguës dans leur forme simple ou dans leur forme nécrosante, ou d'otites moyennes suppurées chroniques dans leur forme simple ou dans leur forme cholestéatomateuse.

Se rapportant à de nombreux examens histo-pathologiques, les auteurs passent en revue les différents stades de ces deux types d'infection : *Dans les affections aiguës*, où il y a une simple inflammation exsudative avec réaction de la muqueuse et ostéite raréfiante ou condensante, d'une part, ostéo-nécrose d'autre part, ils montrent l'importance de la virulence des germes infectieux, de la défense du malade, de la pression du pus intracellulaire et de l'accès plus ou moins facile des voies préformées. *Dans les affections chroniques*, ils insistent, pour l'otite cholestéatomateuse, sur la valeur du processus nécrotique tendant à détruire par usure et auquel s'ajoute une nécrose gangréneuse.

Cette infection arrivée aux surfaces périphériques de l'os temporal trouvera des barrières : insertions musculo-tendineuses, insertions aponévrotiques, tandis qu'en d'autres points des zones de moindre résistance favoriseront l'extériorisation rapide : les unes et les autres commandant les complications exo ou endo-temporales des infections de l'oreille moyenne.

Au cours de leur rapport, les professeurs Mouret et Portmann ont insisté en un chapitre spécial sur l'importante question de la pneumatisation. Ils ont montré les points de doctrine qui les rapprochent de M. Wittmaack :

1. Qu'il n'y a pas de mastoïde scléreuse au sens pathologique que comporte cette expression;

2. Que la suppuration tympano-antrale chronique n'est point la cause de l'éburnation de la mastoïde.

MM. Mouret et Portmann, s'ils ont été d'accord avec M. Wittmaack sur l'éburnation de la mastoïde due à une prédisposition et non à la suite d'inflammation chronique, ne se sont pas prononcés sur la cause de cette prédisposition.

M. Wittmaack, de son côté, a insisté sur l'importance pour la pneumatisation de l'apophyse mastoïde de l'intégrité de la muqueuse dans la première période de son développement. Si la muqueuse a une structure normale et n'a pas changé, la pneumatisation a lieu d'une façon normale. Mais si la muqueuse de l'oreille moyenne a déjà subi des transformations chez le nourrisson par des inflammations aiguës ou des exsudats chroniques, la pneumatisation est entravée ou même arrêtée complètement. Dans la suite de son rapport, M. Wittmaack, comme MM. Mouret et Portmann prétend que dans le cas d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne une muqueuse très hyperplasique avec une apophyse mastoïdienne compacte est une condition nécessaire, mais non la conséquence de la suppuration chronique. Le développement de cette suppuration dépend essentiellement de la constitution de la muqueuse, constitution qui peut être connue par la radiographie.

Docteur Dan Mackenzie (Londres) et professeur Holmgren (Stockholm). **Le traitement diathermique du cancer des voies aéro-digestives supérieures.** — M. Mackenzie a envisagé l'emploi de la diathermie dans le cancer du pharynx, du larynx et de l'œsophage, et M. Holmgren pour le traitement des tumeurs malignes des sinus des fosses nasales, du naso et du mésopharynx. C'est surtout pour les tumeurs malignes du cou et du nez, qui sont souvent moins abordables, que la diathermie présente des avantages appréciables. Il ressort des deux rapports que la possibilité d'une guérison de tumeurs malignes est bien plus grande avec la diathermie qu'avec n'importe quelle autre méthode, surtout si on la fait suivre d'applications de radium.

M. Cesar Hirsch (Stuttgart) dit avoir eu de très bons résultats avec la diathermie chirurgicale dans les tumeurs malignes des voies respiratoires supérieures ainsi que du méso et hypopharynx; il n'est pas aussi satisfait des résultats obtenus avec l'électrocoagulation dans le larynx.

M. Hofer (Vienne) a guéri par la diathermie des fistules congénitales du cou.

MM. Thost (Hambourg), Schmiegelow (Copenhague) et Albanus (Brême) parlent aussi en faveur de la diathermie chirurgicale.

*
* *

Le nombre des communications était tel que les organisateurs danois du Congrès furent obligés de faire tenir des séances de travail dans trois salles à la fois.

Comme il n'est pas possible, par manque de place, de passer en revue tous les travaux présentés au Congrès, nous nous contenterons de donner le résumé des communications les plus importantes dans l'ordre où elles furent faites et discutées dans chaque section.

ANATOMIE

Lüscher (Berne). *Observation de la membrane de Shrapnell chez le vivant grossie 10 et 20 fois.* — Les cas examinés par l'auteur offrent le plus grand intérêt et appuient les hypothèses de Wittmaack et Bezold.

Karbowski (Warsh au). *Contribution expérimentale au sujet d'une communication entre l'espace périlymphatique de l'oreille interne et l'espace sus-arachnoïdien chez l'animal et chez l'homme.* — Les expériences ont porté sur des chiens et des lapins.

Les recherches montrent que chez le lapin la substance colorante (solution de gélatine carminée) va de l'espace sus-arachnoïdien, dans la cochlée et de là, dans les sinuosités de la scala tympani. Les recherches faites sur des cadavres de nouveau-nés (en employant la même technique) ne montrent aucune communication.

Kelemen et Nemai (Budapest). *Sur l'organe de la voix des anthropoïdes.* — Les auteurs comparent, dans leur travail, des larynx d'hommes normaux et le timbre vocal chez les anthropoïdes en prenant pour type le satyre de Simia.

Carmody [P. E.] (Denver, Colorado). *Développement des sinus chez l'enfant.* — Les recherches sur le développement des cavités accessoires du nez chez l'enfant ont été poursuivies pendant les sept dernières années par des examens cliniques, radiographiques et post-mortem. Les résultats obtenus par l'auteur lui permettent de conclure que l'infection apporte un trouble considérable dans le développement des sinus.

Caliceti [B.] (Pologne). *Sur le développement du recessus pharyngien latéral : fossette de Rosenmuller.* — L'auteur a fait une longue série de recherches embryologiques et anatomiques sur l'homme et sur plusieurs vertébrés et croit pouvoir conclure que la fosse latérale du pharynx est une formation tardive au cours du développement, A sa formation concourent à différents degrés la façon dont la lame fibreuse du pharynx s'attache au rocher de l'os temporal et de la portion postérieure et interne du cartilage de la trompe, les actes de la déglutition et surtout la disposition particulière de l'insertion supérieure du muscle constricteur supérieur.

PHYSIOLOGIE

Pohlmann [A. G.] (Saint-Louis). *Expériences sur l'audition minimum et ses relations avec l'état fonctionnel de l'oreille moyenne.* — L'auteur met en doute les notions classiquement admises sur les différents tests d'audition, en particulier ceux basés sur la transmission osseuse.

Rejtö [Alexander] (Budapest). *Ma théorie dite conduction osseuse.* — Les vibrations osseuses du crâne sont transmises au labyrinthe à travers les deux fenêtres, les unes se dirigent vers la fenêtre ronde correspondant ainsi aux vibrations transmises par l'étrier dans la fenêtre ovale, dans le cas de l'audition aérienne, les autres se dirigent vers la fenêtre ovale. L'élasticité des deux fenêtres étant différentes, ces vibrations n'ont pas la même intensité celles se dirigeant vers la fenêtre ronde etant les plus fortes.

Tullio [Pietro] (Cagliari). *Le réflexe sonore.* — Des expériences faites sur divers animaux ont montré à Tullio que si l'on fait une ouverture dans un canal demi-circulaire osseux, un son provoqué devant l'oreille détermine un mouvement de la tête dans le plan du canal trépané.

L'auteur en déduit que les canaux semi-circulaires auraient entre autre fonction celle de l'orientation des sons.

Rodriguez [Juan P. de] (Madrid). *Sur le courant dans les canaux semi-circulaires excités et le réflexe oculaire chez le jeune lapin.* — L'auteur, au cours de ses expériences, a employé pour le lapin, la technique qu'Ewald employa pour le pigeon. Il ne la modifia que légèrement.

LORENTE DE NO (Madrid). *Sur le mécanisme nerveux du nystagmus vestibulaire.* — D'après les constatations faites sur les réflexes labyrinthiques après lésions des centres nerveux, et l'examen histologique des opérés du cerveau, on peut conclure que les réflexes labyrinthiques agissent sur les muscles de l'oreille, même lorsque les connexions qui vont du vestibule à la moelle sont sectionnées.

(Projections et présentations de pièces préparées d'après les méthodes de Golgi, Cox et Cajal).

PRECECHTEL [A.] (Prague). *Quelques altérations statiques causées par une anomalie congénitale du développement de l'appareil vestibulaire.* — L'auteur fait mention des constatations pathologiques, anatomiques dans l'oreille interne et dans le système nerveux central faites dans plusieurs cas, avec lesquelles il appuie son opinion sur les fonctions statiques pendant l'époque fœtale.

BENJAMINS [C. E.] et HUIZINGA [Elco] (Groningen). *Une méthode pour la mesure exacte du tonus des muscles des membres et de la nuque.* — Les résultats obtenus permettent de tracer des courbes, qui donnent une idée nette de la grandeur des différentes actions réflexes sur le tonus des muscles ; celles-ci étant exclues, les unes après les autres, par la labyrinthectomie totale et partielle, par l'exérèse des racines postérieures de la moelle épinière, par l'anesthésie générale, etc.

HUIZINGA [Elco] et BENJAMINS (Groningen). *Partie inférieure et partie supérieure de l'appareil de l'équilibration (chez le pigeon.* — Les auteurs ont enlevé le labyrinthe à 60 pigeons. Ils établissent une division en partie supérieure et partie inférieure. Après l'ablation de la partie supérieure (c'est-à-dire utricule et les 3 canaux) il semble que tout se passe comme si l'ablation labyrinthique était totale.

La partie inférieure n'a, en réalité, qu'une importance physiologique insignifiante.

FENTON, RALPH et LARSELL OLAF (Oregon). *Le mécanisme de la transmission de la douleur, dans certains types d'otalgie.* — Après un exposé anatomique das relations existant entre les Ve, VIIe, IXe et Xe paires craniennes, Fenton et Larselle montrent que des fibres sensitives afférentes viennent du ganglion shénopalatin et passant à travers le grand nerf pétreux superficiel se terminent dans les cellules du ganglion géniculé du facial. Les fibres sensitives du rameau cutané du facial prennent naissance dans ce même ganglion et transmettent la douleur le long de ses branches terminales vers les régions auriculaires. Des fibres sensitives partent aussi de ce ganglion géniculé pour gagner à travers le nerf pétreux profond le plexus sympathique péricarotidien et de là atteindre les ganglions de la IXe et de la Xe paire. Ces connexions expliquent peut-être les myalgies cervicale et la glossodynie.

LASKIEWICZ [A.] (Poznán, Pologne). *Sur l'innervation sympathique du larynx.* — 1. Les courbes obtenues démontrent que l'excitation du bout central du nerf sympathique chez le lapin et le chat (distance des bobines 130-140 mm.) n'a aucune influence sur la forme de la courbe.

2. L'extirpation unilatérale des ganglions, de même que la section de toutes ramifications du nerf sympathique cervical, l'extirpation et la section bilatérale a causé un ralentissement très marqué des mouvements d'abduction et d'adduction des cordes vocales.

3. Après l'injection intraveineuse de 0,0005 grammes d'ergotamine on a pu constater aussi chez l'homme un ralentissement très marqué des mouvements des cordes vocales.

4. Outre cette influence sur les mouvements des cordes vocales on a constaté une hyperémie très accentuée unilatérale ou bilatérale de la muqueuse du larynx. La sécrétion des glandes muqueuses du larynx s'est montré toujours plus consistante et visqueuse.

5. Chez les mêmes animaux opérés, l'image laryngoscopique pendant la phonation nous montre une certaine diminution de la tension des deux cordes vocales, qui se caractérise par une fermeture incomplète de la glotte et une fente fuselée entre les deux cordes vocales.

6. Par contre chez les chiens l'enregistrement des mouvements des cordes vocales laissait constater une lésion fonctionnelle du nerf laryngien inférieur pendant la phonation, et dans celle de la respiration, avec un relâchement de la tension de la corde vocale pendant l'émission de la voix.

7. Chez l'homme, après l'injection intramusculaire de l'ergotamine (0,001-0,003 gr.) on a remarqué une diminution de la contraction des deux cordes vocales dans la phase de la phonation, manque de tonus musculaire des cordes vocales (parésie du muscle interne). Mais cet état était transitoire dépendant de la manière avec laquelle l'ergotamine agit sur le système sympathique du larynx. Dans la phase de la respiration, les cordes avaient gardé toute leur mobilité.

HELLIN [Denis] (Varsovie). *Le labyrinthe, l'imagination et la théorie d'Einstein.* — 1. L'imagination n'est pas illimitée. Elle est limitée par nos sens, y compris le labyrinthe. Elle ne dépend pas exclusivement de notre volonté. Nous ne pouvons pas imaginer tout ce que nous voulons. L'intellect n'est pas la dernière instance.

2. Notre conception de l'espace et du temps dépend du labyrinthe. Toutes les idées, basées sur la géométrie, donc aussi la théorie d'Einstein, prennent leur source dans le labyrinthe, dont les arcs semicirculaires correspondent aux trois coordonnées de Descartes. L'idée de la relation du temps et de l'espace ou la sensation de la célérité dépend de la convergence des axes oculaires et de l'accommodation, qui n'étant qu'un mouvement de muscles dépendent du labyrinthe. La relativité de l'espace et du temps, conformément à la théorie d'Einstein, est basée sur la fonction du labyrinthe.

EXAMEN FONCTIONNEL DE L'OREILLE

KLEYN [A. DE] et VERSTEEGH [C.] (Utrecht). *Quelques remarques sur le nystagmus calorique.* — I. Chez les mammifères la réaction calorique a probablement son point de départ dans les canaux demi-circulaires. Cette opinion est basée sur les expériences suivantes :

a. La direction du nystagmus calorique dépend de la position du canal demi-circulaire horizontal.

b. Un nystagmus calorique normal peut être provoqué : 1. après avoir arraché par centrifugation les membranes otolithiques d'un cobaye ; 2. après l'extirpation de toute la macula sacculaire.

II. Les méthodes cliniques d'examen des réactions caloriques labyrinthiques, seulement avec de l'eau froide et seulement dans une position de la tête, peuvent entraîner des erreurs d'interprétation concernant la réflectivité du labyrinthe vestibulaire.

GRAHE [Karl] (Francfort-sur-Main). *Sur l'hyperexcitabilité vestibulaire.* — L'hypersensibilité labyrinthique au cours d'une affection quelconque de l'oreille moyenne est le premier indice d'une atteinte du labyrinthe.

VEITS [Cornélius] (Troppau). *Nouvelle théorie sur le réflexe labyrinthique calorique.* — Les travaux sur les phénomènes labyrinthiques sont nombreux, mais sont loin de tout expliquer. Ce que l'on peut en tous cas affirmer c'est le rôle important de la chaleur et du froid.

GUSTAL ENGWALL (Upsala). *Recherches sur la réaction dans l'épreuve de Barany.* — Les recherches faites sur un grand nombre de sujets normaux montrent que certains présentent des réactions typiques, d'autres des réactions atypiques. Il faut tenir compte, au cours de ces expériences, de l'influence de la position du corps, de la rotation ou de l'inclinaison de la tête.

DOHLMAN (Upsala). *Etude sur la réaction vestibulaire au courant galvanique.* — La réaction labyrinthique au courant galvanique n'apparaît pas lorsque le labyrinthe a été enlevé, et l'intégrité du ganglion vestibulaire sera nécessaire pour une excitation normale.

MALADIES NON SUPPURATIVES DE L'OREILLE MOYENNE

DUEL [Arthur B.] (New-York). *Comment apporter une solution au problème de l'otosclérose.* — L'auteur pense que seule une collaboration internationale basée sur l'organisation de recherches qui vient d'être créée aux Etats-Unis, permettra d'avancer dans les études entreprises pour connaître l'origine et traiter l'oto-sclérose.

YEARSLEY, MACLEOD (London). *Ma théorie de l'oto-sclérose.* — L'oto-sclérose serait due pour Yearsley à une toxémie généralisée dépendant d'une intoxication intestinale chronique, la surdité commencerait au niveau du cortex dans le lobe temporo-sphénoïdal. Les troubles de la capsule labyrinthique seraient de nature trophique et comparable à ceux que l'on rencontre dans l'arthrite rhumatoïde autre affection d'origine toxique intestinale.

FEUILLIÉ [E.[et RUAUD [L.] (Paris). *Fréquence de la syphilis à l'origine des surdités progressives de cause tubo-tympanique.* — Chez les sujets jeunes atteints de surdité progressive d'origine tubo-tympanique, avant cinquante ans et surtout avant trente-cinq ans la syphilis acquise ou héréditaire se trouve très fréquemment. Il ne s'agit pas là de localisations tréponémiques particulières, mais d'une tendance sclérosante due à la diathèse des syphilitiques.

On comprend ainsi qu'un traitement général puisse améliorer rapidement, alors que les interventions locales répétées depuis de longues années avaient complètement échoué.

SUPPURATIONS DE L'OREILLE MOYENNE

MEEROWITSCH (Leningrad). *Bactériothérapie des suppurations de l'oreille moyenne et de l'antre d'Highmore.* — L'auteur rapporte une centaine de cas de suppurations de l'oreille moyenne et du sinus maxillaire qui ont été complètement guéris par un traitement avec des cultures du bacillus bulgaris dans du lait.

GERMAN TIBOR (Budapest). *Sur les otites consécutives au tamponnement des fosses nasales et du naso-pharynx (étude bactériologique et clinique).* — L'auteur rapporte le cas de vingt-huit malades, vus en dix ans, au point de vue bactériologique. On trouve rarement le bacille de l'influenza ou le staphylocoque; ce qui surprend, par contre, c'est la fréquence du pneumocoque, du streptococcus hemolyticus et des microbes qui sont à l'origine de l'infection initiale.

BLOCH et LE MÉE (Paris). *Du rôle des infections auriculaires dans les maladies aiguës de l'enfance.* — Les auteurs attirent à nouveau l'attention sur l'importance et les fréquences des complications auriculaires dans les maladies aiguës de l'enfance. Si le spécialiste était plus souvent appelé à faire des examens de l'oreille, il est probable qu'on éviterait bien des surdités qui ne sont reconnues que plus tard alors que toute thérapeutique est à peu près inefficace.

BERBERICH (Francfort). *Contribution au problème du cholestéatome.* — En principe, après plusieurs expériences et recherches sur l'animal, le cholestéatome se développe de la même façon dans l'oreille moyenne que dans l'utérus ou dans l'estomac.

L'auteur envisage le rôle de la pneumatisation dans ce processus et pense que dans la plupart des cas on devra tenir compte de la théorie de Wittmaack.

COSTINIU et BERNEC (Bucarest). *Réflexions à propos des évidements pétro-mastoïdiens.* — Dans les otites aiguës ou de date relativement récente, les auteurs n'enlèvent que les parties d'os malade. Ils ne sont pas partisans d'interventions très étendues. Ils n'ont pas un procédé unique mais modifient leur technique suivant le cas à traiter.

CLAUS [G.] (Berlin). *Nouveau procédé de plastique dans les plaies rétro-auriculaires post-opératoires.* — Souvent après cicatrisation d'une cure radicale, persiste une fistule rétro-auriculaire inférieure. Claus découpe une bandelette périostée dans la région sous-jacente à la fistule et la fait glisser en avant.

SCHLANDER (Saint-Blasien). *Sur la suppuration de la pointe de la mastoïde.* — Présentation de coupes anatomo-pathologiques.

SOURDILLE [Maurice] (Nantes). *L'atticotomie transmastoïdienne.* — Se basant sur les résultats opératoires qui tarissent les suppurations de l'oreille moyenne, tout en conservant le plus possible l'intégrité de l'audition, l'auteur préconise l'atticotomie transmastoïdienne comme l'intervention de choix. La technique opératoire simple ne présente de difficultés qu'au moment de l'ouverture de l'attique externe où l'on peut craindre de luxer l'enclume. Cet accident sera évité à condition d'amincir le plus possible la paroi externe de l'attique avant son ouverture, puis, après avoir ouvert l'attique au-dessus du bord supérieur de la cloison ossiculaire, de sectionner le « pont », en avant de la tête du marteau. Enfin, on réséquera la partie supérieure du cadre osseux péritympanal. Au niveau des osselets la gouge devra toujours être tenue parallèlement à leur surface externe.

BARNETT H. NORMAN (Bath). *Technique modifiée de la cure radicale d'otorrhée.* — L'auteur fait une comparaison entre la cure radicale et l'opération conservatrice. Il pense qu'on ne doit pas opposer l'opération conservatrice à l'opération de Schwartz, mais à la véritable cure radicale. Actuellement le Schwartz ressemble fort peu à l'opération originale, et Barnett Norman est d'avis que la position véritable du chirurgien doit être aujourd'hui de faire un Schwartz plus radical et une cure radicale plus conservatrice.

ENGVALL [Gustave] (Upsala). *Considérations sur la cure radicale pour écoulement chronique de l'oreille, sans plastique.* — L'auteur apporte les résultats éloignés de cures radicales opérées à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université d'Upsala, dont les plus récents datent de deux ans.

COMPLICATIONS DES OTITES MOYENNES

FLEISCHMANN (Budapest). *Contribution à l'étude de la pathogénie et de l'anatomie pathologique des thromboses sinusiennes d'origine otique.* — Pour l'auteur, cette thrombose est due à la pression sur la paroi du sinus qui entraîne des ulcérations, des perforations, une hémorragie, etc. Cette thrombose est donc un phénomène protecteur de l'organisme et ne doit pas nécessiter l'ouverture du sinus.

FREMEL (Vienne). *Sur l'anatomie pathologique d'une thrombose du bulbe et d'une paralysie faciale otogène au cours d'une otite moyenne aiguë* (présentation de coupes). — Les coupes intéressent une thrombose du bulbe chez un malade qui avait présenté une otite moyenne aiguë avec parésie faciale et hémiplégie.

FREMEL (Vienne). *Sur l'anatomie pathologique des hernies cérébrales consécutives à des opérations otogènes.* — L'auteur présente une série de coupes intéressantes faites au niveau d'une hernie cérébrale consécutive à un abcès du cerveau.

MALADIES DU LABYRINTHE

MACKENZIE [Georges W.] (Philadelphie). *Neurolabyrinthites consécutives à une infection focale.* — Les infections focales sont le plus souvent alvéolaires, amygdaliennes, sinusiennes, vésicales. Aucune région du corps n'en est exempte.

Toutes peuvent provoquer des labyrinthites qui rétrocèdent lorsque le foyer primitif de l'infection a disparu.

PORTMANN [G.] (Bordeaux). *A propos des spasmes vasculaires en otologie.* — Après avoir étudié les réactions vaso-motrices au niveau de l'appareil de l'audition et de l'appareil vestibulaire, à l'aide d'une très riche expérimentation sur l'homme et sur les animaux, le professeur Portmann aboutit aux conclusions suivantes : la vaso-dilatation labyrinthique due à la section du sympathique cervical ou du sympathique péricarotidien se manifeste au point de vue fonctionnel toujours par de l'hypoexcitabilité, avec le plus souvent du nystagmus spontané battant du côté opposé.

Envisageant les diverses théories pathogéniques de l'épreuve calorique de Barany, il se rallie à l'hypothèse vaso-motrice, en parfait accord avec la technique récente de Kobrak d'une part et les faits expérimentaux d'autre part.

Au cours de son étude des médicaments vaso-moteurs sur les réactions vestibulaires, adrénaline, ergotine, nitrites, ésérine, pilocarpine, atropine, etc., chez les animaux et chez l'homme, il a constaté que les résultats sont inconstants, sauf pour l'adrénaline. Il insiste d'ailleurs sur la difficulté de cette expérimentation, la réflectivité vestibulaire pouvant être modifiée sous l'influence de causes très diverses, mises en jeu par l'introduction de substances pharmaco-dynamiques dans la circulation générale.

Après avoir ensuite passé en revue les faits cliniques en rapport avec les troubles vaso-moteurs de l'oreille, Portmann dégage un *syndrome d'angiospasme labyrinthique* :

1. Bourdonnements, vertiges ;
2. Surdité, hyperexcitabilité vestibulaire ;
3. Hypertonie sympathique ;

auquel il oppose un *syndrome d'hypotonie ou de laxité*, ces deux syndromes pouvant d'ailleurs alterner chez les mêmes malades, cette succession étant la signature d'une dystonie végétative.

SURDI-MUTITÉ ET AUDITION DES ÉCOLIERS

NEWHART [Horace] (Minéapolis, Minnesota). *L'étude de l'acuité auditive des écoliers au moyen de l'audiomètre.* — L'auteur fait cette communication surtout pour attirer l'attention des otologistes sur les avantages de l'examen à l'audiomètre, dans les écoles qui permettrait de déceler, de prévenir bien des surdités.

PHILIPS WENDELL (New-York). *A propos du problème de la surdité acquise.* — L'auteur montre l'importance du mouvement qui s'est créé aux Etats-Unis pour l'étude et le traitement de la surdité. Cette organisation doit pour donner son plein rendement fonctionner en collaboration avec des organisations similaires dans les différents pays. La prophylaxie de la surdité pourra alors être établie sur une base solide et donner de bons résultats.

MALADIES DU NEZ

MALJUTIN (Moscou). *Influence de la structure du palais mou sur la respiration nasale et les affections du nez.* — Maljutin a examiné 100 jeunes soldats sains : un tiers avait un voile épais et se plaignait d'une mauvaise respiration nasale; un tiers avait un voile moyen et se plaignait de rhumes fréquents et d'affection des narines. Le dernier tiers avait un voile mince : tous respiraient normalement et ne s'enrhumaient jamais,

WOJATSCHEK [W.] (Leningrad). *Sur les indications de l'opération conservatrice de la cloison nasale.* — Cette opération a été pratiquée depuis plusieurs années dans notre clinique, et nous pouvons maintenant nous rendre compte de ses résultats et tirer de nos expériences certaines conclusions, comprenant les circonstances, dans lesquelles il est préférable de la faire exécuter. Les indications pourraient se diviser en deux groupes : le premier, embrasse celles qui sont en rapport avec la technique, tandis que le second comprend les indications soi-disant essentielles. En ce qui concerne la technique, on doit faire usage de cette opération dans tous les cas, où la technique de ce procédé semblerait à l'opérateur comme facile à exécuter. En ce qui concerne la question essentielle, ce sont les raisons de la biologie des fosses nasales, qui nous amènent à choisir tel ou tel moyen. Les cas, où nous préférerions l'ablation totale du cartilage et de l'os, sont très rares, comportent surtout les difformités très prononcées de la partie antérieure de la cloison, ou bien la combinaison de celle-ci avec un degré excessif de la leptorrhinie. La constitution du malade restreint aussi les indications, comme dans d'autres cas de la chirurgie nasale.

TORRIGIANI [C. A.] (Florence). *Observation clinique et anatomo-pathologiques sur le coryza vaso-moteur.* — L'auteur s'est appliqué à différencier cliniquement et histologiquement les cas de coryza vaso-moteurs dus à un trouble nerveux et ceux en rapport avec une modification de la perméabilité capillaire et de la membrane bucale dans lesquels le système nerveux ne joue qu'un rôle secondaire.

En second lieu Torrigiani a envisagé les types de coryza à balancement dans lesquels la rhinite vaso-motrice alterne avec des troubles d'un autre organe.

BOURGUET [Julien] (Paris). *La dacryocystorhinostomie. Méthode de Dupuy-Dutemps et Bourguet.* — On s'est efforcé de guérir les dacryocystites depuis la plus haute antiquité sans grand résultat. Toti dans ces derniers temps s'est attaqué à cette affection en réséquant la paroi externe du sac lacrymal, la gouttière osseuse et la muqueuse nasale en regard. Les méthodes par voie endonasale dérivent de cette dernière. Toutes consistent à créer un orifice plus ou moins grand entre le sac lacrymal et le nez. A la longue cet orifice se referme et la guérison obtenue dès les premiers mois ne se maintient plus. Pour obtenir une stomie permanente, Dupuy, Dutemps, Bourguet font en cet endroit ce que font les chirurgiens généraux dans la gastro-entérostomie. Ils suturent muqueuse à muqueuse. Lorsque le sac lacrymal a été décollé de la gouttière lacrymale, les auteurs la résèquent. Ils incisent ensuite verticalement le sac lacrymal et la muqueuse nasale en créant deux volets qu'ils suturent l'un à l'autre. Depuis le mois d'avril 1921 où Dupuy-Dutemps, Bourguet ont publié leur méthode : plus de 800 cas ont été opérés. On obtient ainsi 98 p. 100 de guérisons définitives. La perméabilité des voies lacrymales a été constaté chez tous ces opérés huit mois après l'intervention.

BELINOFF (Sofia). *Le rhino-sclérome en Bulgarie.* — L'auteur insiste sur notre connaissance imparfaite du rhino-sclérome. Il est classique par exemple de dire que les slaves constituent une race d'élection pour cette maladie. Or Belinoff n'a constaté qu'un cas certain de rhino-sclérome en Bulgarie pendant toute sa carrière.

Il propose de constituer à nouveau le Comité international d'étude analogue à celui qui avait été créé avant la guerre pour l'ozène.

Le professeur PORTMANN (Bordeaux) s'appuyant sur l'existence du rhino-sclérome dans certaines colonies africaines françaises montre à son tour combien notre connaissance géographique de cette maladie est imparfaite et il se joint au professeur Belinoff pour demander la création d'un Comité international d'étude de sclérome qui pourrait travailler en accord avec la section d'hygiène de la Société des nations.

MALADIES DES SINUS DU NEZ

GAULT (Dijon). *Sur le traitement de la sinusite frontale par voie endo-nasale.* — Ce n'est pas sans quelque hésitation que dans certains nez très étroits, aquilins, etc., on procède au cathétérisme du sinus frontal sous contrôle visuel, en utili-

sant les techniques de Vacher, Hejek, Mosher, Luc ou Watson Willams, etc. Passant entre orbite et étage antérieur du crâne à travers un ethmoïde essentiellement variable, il peut être utile de confirmer les repères visuels par des repères tactiles qui permettent, avec la râpe de Vacher, par exemple, accrochant la partie haute du bord postérieur de la branche montante du maxillaire supérieur au niveau de l'angle (premier repère) qu'il forme avec le rebord inférieur de l'apophyse orbitaire interne du frontal (deuxième repère), de conduire ensuite cette râpe (dont le bec est dans tous les cas repéré avec la pulpe de l'index placée dans l'orbite au niveau de l'unguis), en haut et en dehors le long de la paroi interne de cette apophyse interne pour s'engager dans le canal frontonasal ou défoncer le plancher du sinus frontal en dehors. — Cette manœuvre, qui peut être faite avec repérage uniquement tactile, sous anesthésie locale, ou plutôt générale au chlorure d'éthyle, est simple, rapide, et facilement exécutée par un rhinologiste bien entraîné.

WATSON-WILLIAMS [Patrick] (Bristol). *Infection des cavités accessoires du nez comme cause des modifications du caractère ou de troubles mentaux.* — Une toxémie peut être le point de départ de tous les degrés de psychose depuis la simple neurasthénie jusqu'à la manie dépressive avec idée de suicide ou délire. Des malades atteints de troubles mentaux ont été guéris après le traitement d'infections focales, dans le nez, la gorge ou l'oreille.

L'auteur accompagne sa démonstration de projections microscopiques montrant des lésions chroniques de l'hypophyse et des méninges chez des mentaux porteurs d'infections sinusiennes.

BAQUERO [G.] (La Corogne). *Deux cas de kystes hydatiques du sinus maxillaire.* — A propos de ces deux cas, l'auteur donne une description clinique complète des kystes hydatiques du maxillaire supérieur en insistant sur la luminosité tout à fait extraordinaire par laquelle ils se manifestent à la radioscopie et à la diaphanoscopie.

Il propose l'ablation par la fosse canine.

HAJECK (Vienne). *Aperçus sur le traitement des suppurations du sinus frontal.* — Hajeck communique ses impressions sur l'opération radicale des sinus frontaux. Il réduit au minimum les voies d'accès par l'extérieur.

KUBO INO (Fukucka). *Etudes radiographiques des cavités de la face au moyen des différences d'opacité.* — L'auteur qui a employé sa méthode dans plusieurs cas, en a toujours été satisfait. Le lipiodol ne donne pas toujours des images très nettes. Kubo préfère le sulfate de Baryum, qu'il emploie soit Baryum et glycérine à parties égales, soit 30 de Baryum, 25 d'eau et 15 de solution glycérinée.

CARCO [P.] (Catania). *Sur les résultats obtenus avec la méthode Citelli dans 8 cas de sinusites frontales et maxillaires aiguës et chroniques.* — Dans 4 cas de sinusite maxillaire chronique et 4 cas de sinusite fronto-maxillaire (3 chroniques et 1 aiguë), l'auteur a employé avec succès la méthode de Citelli. Les 8 malades furent complètement guéris.

OZÈNE

MARSCHIK et SCHNIERER (Vienne). *Résultats éloignés du traitement de l'ozène par le polyvaccin de bacilles encapsulés d'après Marschik et Busson.* — Les auteurs relatent les succès qu'ils ont obtenus dans le traitement de l'ozène par cette vaccinothérapie.

ABRAND [A.] (Paris). *Ozène et diphtérie.* — L'auteur présente une observation de diphtérie chez une personne atteinte d'ozène et à cette occasion rappelle et discute les travaux attribuant à la diphérie ou à un bacille paradiphtérique, l'origine de l'ozène et les tentatives du traitement qui en sont résultées.

BERTRAN [Fernando] (Madrid). *Valeur des récents traitements de l'ozène.* — Après avoir indiqué que la multiplicité des traitements est la preuve de leur inefficacité, l'auteur est d'avis que parmi les méthodes récentes quatre seulement semblent donner des résultats : injections d'anatoxine diphtérique, traitement endocrinien, salicylate de soude à hautes doses, sympathectomie péricarotidienne.

Aucun cependant n'apporte la guérison complète.

MALADIES DU PHARYNX

BRUNNER [Hans] (Vienne). *Sur la présence de pigments dans l'amygdale palatine.* — De ses recherches, l'auteur conclut que, étant admis qu'il s'agit presque toujours de troubles fonctionnels du système « réticulo-endothélial », les amygdales doivent être, dans ces cas, toujours enlevées.

MANGABEIRA-ALBERNAZ [Campinos] (Brésil). *Etiologie et thérapeutique étiologique de l'angine de Plaut-Vincent.* — L'angine n'est pas une maladie, mais une localisation d'une maladie. Le traitement comme on le pratique n'est basé que sur l'empirisme. On trace les règles à suivre, on compare l'effet d'environ soixante procédés thérapeutiques et on arrive à montrer les avantages indiscutables des attouchements par les nouveaux sels de bismuth, traitement que l'auteur conseille depuis 1922.

SCHÜLLER (Vienne). *Les anomalies du pharynx et radiographie.* — On peut tirer partie de la radiographie dans les difformités de la base du crâne, les difformités de la colonne vertébrale, les fractures et les luxations des vertèbres, les corps étrangers du naso-pharynx, les tumeurs et certains processus inflammatoires.

CASADESUS [F.] (Barcelone). *Ma technique de l'amygdalectomie.* — L'auteur après avoir montré la nécessité d'employer une technique radicale pour l'ablation des amygdales expose son procédé, qui est une dissection au bistouri après section du repli de Hiss et séparation des piliers. Le pôle inférieur est aussi sectionné avec le bistouri placé horioznталement de dedans en dehors. Il pense que cette intervention doit être pratiquée aussi souvent que possible sous anesthésie locale.

Le professeur PORTMANN (Bordeaux) fait remarquer qu'à l'heure actuelle la nécessité d'une intervention radicale ne peut plus être mise en question malgré quelques résistances au début, cette idée est en France acceptée à peu près par tous les spécialistes. Parmi les divers procédés, la dissection telle qu'il l'a décrite il y a déjà plusieurs années ou telle que vient de l'exposer le professeur CASADESUS, lui paraît être la technique la meilleure. Jamais il n'a observé de complications ou d'accidents opératoires ou post-opératoires (hémorragie, infection, abcès du poumon) analogues à ceux qu'il a eu l'occasion de constater aux Etats-Unis. Il attribue la bénignité de l'intervention :

1° A l'anesthésie locale ;

2° A ce qu'une amygdalectomie totale n'est jamais opérée dans son service avant les deux mois qui suivent une crise aiguë ou subaiguë.

CITELLI [S.] (Catania). *Sur la fréquence considérable de mon syndrome hypophysaire chez les adénoïdiens après la puberté.* — A l'époque de la puberté et après, le syndrome psychique de l'auteur se rencontre avec une incroyable fréquence chez les adénoïdiens, fait qui mérite d'être pris en considération pour l'avenir des malades.

MIÉGEVILLE [René] (Paris). *A propos de quatre observations de phlegmasie péri-amygdalienne à pneumocoques.* — L'auteur rapporte quatre cas d'amygdalites et de péri-amygdalites pseudo-phlegmoneuses dues au pneumocoque ayant évolué neuf jours sans formation de collection purulente. Le début brutal, l'aspect œdémateux, l'évolution quasi-cyclique et la

lenteur de la résorption donnent à cette affection un tableau spécial.

Il en faut faire le diagnostic pour éviter l'intervention chirurgicale inutile et appliquer un traitement rationnel,

MALADIES DU LARYNX

CEMACH (Vienne). *Nouvelle voie pour la radiothérapie du larynx.* — Selon Cemach, les techniques telles qu'elles sont pratiquées actuellement, laissent beaucoup à désirer. En particulier, le défaut principal est l'irradiation laryngée par des sources lumineuses externes, ainsi les effets se montrent insuffisants, car il est souvent impossible d'atteindre avec les rayons certaines parties dissimulées. Grâce à une petite lampe réfrigérée par l'eau et qui peut être introduite très simplement dans le larynx, les rayons atteignent directement cet organe.

FAIRÉN [Victor] (Zaragoza). *Manifestations dystoniques du larynx dans les syndromes extrapyramidaux.* — Dans tout mouvement volontaire, nous devons considérer deux phases : l'une d'initiation, et l'autre de continuité. La première est sous l'exclusive dépendance du faisceau pyramidal. La seconde, nommée phase subconsciente, automatique, est influencée par les centres gris sous-corticaux et les fibres qui en émanent, et qui constituent ce qu'on appelle voie extrapyramidale.

Donc, sans faisceaux pyramidaux il n'y a point de motilité volontaire; mais si l'influence extrapyramidale venait à manquer, le muscle serait alors privé de tonus statique et dynamique indispensable à son bon fonctionnement. Les lésions de la voie extrapyramidale ont pour conséquence des paralysies, des contractures, des exagérations des réflexes. Celles de la voie extrapyramidale amènent avec elles, des rigidités, des tremblements, des mouvements choréiques, et des spasmes.

Tous ces faits, confirmés si nettement en clinique par rapport aux troubles moteurs de la figure et des membres, existent de même dans le larynx, le pharynx et l'œsophage lorsque la voie extrapyramidale est lésée, d'après les observations que nous avons pu faire dans la phase finale des encéphalitiques léthargiques et des Parkinsoniens.

Dans tous ces cas là, l'appréciation la plus méticuleuse peut rester douteuse, à cause de la grande difficulté d'une exploration isolée musculaire du larynx, mais notre critérium est le suivant.

Dans les lésions extrapyramidales, il existe des troubles moteur du larynx avec manifestations hypertoniques.

RETHI (Budapest). *Le traitement des sténoses laryngées provoquées par une paralysie des dilatateurs.* — Partant du principe que les cordes vocales sont fixées en position médiane à cause de la contracture des antagonistes du posticus paralysé, l'auteur pense que ces cordes vocales ne quitteront leur position médiane que lorsque les adducteurs auront été coupés on enlevés.

Il propose l'intervention suivante : laryngofissure, section de la muqueuse aryténoïdienne de haut en bas en passant sous l'apophyse vocale et la corde vocale, ouverture de l'articulation crico-aryténoïdienne, section du crico-aryténoïdien latéral et de l'ary-aryténoïdien en prenant soin de ménager le crico-aryténoïdien postérieur. L'opération est faite d'un seul côté. La corde vocale est alors en position d'abduction maximum et donne une ouverture suffisante au malade pour respirer.

SAFRANEK (Budapest). *Le diagnostic qualitatif de la tuberculose laryngée.* — Des 1.800 cas de tuberculose laryngée examinés, il ressort que dans le cinquième des cas cette localisation a pris son origine au moment de la phase de généralisation et par voie hématogène. L'affection du larynx est le plus souvent accompagnée de lésions pulmonaires ou en relation avec un foyer de tuberculose externe (tuberculose chirurgicale). Dans ces cas d'origine hématogène, on constate ordinairement, dans une période ultérieure, une résistance de l'organisme capable de neutraliser les toxines par la formation d'antitoxines.

COULET [G.] (Nancy). — *L'épiglottectomie à l'anse chaude.* — L'ablation de l'épiglotte est indiquée dans certains cas (tuberculose, tumeurs, etc.).

La pharyngotomie peut être évitée souvent et remplacée par une ablation de l'épiglotte, sous anesthésie locale, en laryngoscopie directe, sans suspension, à l'aide de l'amygdalotome à anse galvanique. L'opération est indolore, ne s'accompagne d'aucune hémorragie. La dysphagie ne dure que quelques jours, il n'y a aucun choc opératoire.

WESSELY. *L'héliothérapie dans la tuberculose laryngée par la lumière artificielle.* — Des expériences ont été faites à la Clinique Hajeck. L'irradiation locale est, lorsque l'état général est assez favorable, un excellent facteur thérapeutique. Les ulcérations peuvent assez rapidement se cicatriser. Si le foyer de la maladie est très étendu ou qu'il ne peut, en raison de sa localisation spéciale, être traité d'une autre façon, l'action de la lumière peut toujours exercer une influence favorable.

SIR SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). *Cancer intrinsèque du larynx. Diminution de la mobilité de la corde atteinte, sa valeur dans le diagnostic et le pronostic (70 cas de laryngofissures).* — L'auteur montre que pour diagnostiquer le cancer des cordes vocales, le manque de mobilité de ces cordes est loin d'avoir l'importance qui lui a été attribuée d'après la théorie de Semon. Il résulte des 70 cas opérés de laryngo-fissure, et où fut pratiquée l'extirpation de la corde vocale, que le cancer laryngé précocement diagnostiqué peut être opéré avec chances de réussite, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la laryngectomie totale.

VOIX ET CHANT

FLATAU et GUTZMANN (Berlin). — *Education respiratoire et traitement du bégaiement.* — La respiration devra être profonde; l'inspiration, aussi bien pulmonaire qu'abdominale, surexagérée. Les mots devront être prononcés sur une longue expiration. Le masque a aussi une action psychique à considérer.

NADOLECZNY (Munich). *Examen expérimental phonétique sur les trémulations dans le chant (projections).* — La trémulation est une interruption dans la continuité du son émis et qui dépend à la fois :

De troubles de l'innervation des muscles laryngés, de la respiration et des articulations laryngées.

MALADIES DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES

GUIDA [G.] (Roma). *Contribution à l'étude des modifications cardiaques dans les sténoses trachéales.* — Guida a étudié expérimentalement sur des lapins, cliniquement et radiographiquement sur des malades les conséquences sur le fonctionnement du cœur des divers types de sténoses trachéales. Dans tous les cas, il a constaté une dilatation du cœur droit. Il n'est pas improbable de penser que le trouble apporté dans le fonctionnement des voies aériennes supérieures puisse provoquer une dégénérescence du myocarde qui entraînerait secondairement des phénomènes de compensation du cœur droit.

GLOGAU [Otto] (New-York). *Extension cervicale et médiastinales des abcès prenant origine dans les voies aériennes supérieures particulièrement le naso-pharynx, le pharynx, les amygdales, la base de la langue et le larynx.* — Après avoir montré la possibilité de l'extension de ces abcès à travers le tissu cellulaire lache du cou et du médiastin, l'auteur expose sa technique opératoire qui, en dehors du drainage cervical, présente la particularité d'ouvrir une large voie d'accès sur l'entrée du médiastin. Si celui-ci est infecté, cette voie d'accès permet le drainage, s'il est sain, elle permet par un tampon-

nement serré à la gaze iodoformée de préserver le médiastin contre l'envahissement de l'infection (médiastinotomie prophylactique de Marschik).

VARIA

HARRIS [J.] (New-York). *Rapport sur l'étude de la spécialité oto-rhino-laryngologique aux Etats-Unis.* — C'est un exposé historique de l'oto-rhino-laryngologie aux Etats-Unis avec l'organisation actuelle de l'enseignement de cette spécialité et des suggestions sur les modifications à apporter dans l'avenir.

PIAZZA [A.] (Catania). *A propos d'une réaction diagnostique spéciale des tumeurs malignes.* — Cette réaction est basée sur la crise leucoclasique que provoque l'injection d'extrait de tumeur préparé suivant la méthode de Citelli.

FEUILLIÉ [Emile] (Paris). *La thérapeutique autophylactique en oto-rhino-laryngologie.* — Quand une affection aiguë ou chronique n'a pas tendance à guérir spontanément, il est possible d'aider l'autophylaxie par des moyens médicaux variés. Les plus efficaces sont ceux qui procèdent par leucothérapie et crasithérapie.

Dans les affections aiguës (sinusites, mastoïdites, otites, phlegmons, abcès, congestions) faire des injections quotidiennes intramusculaires d'argent colloïdal. Tous les deux jours, adjonction de cachets de calomel qui agissent par rénovation leucocytaire et dérivation intestinale.

Pour les affections chroniques, qu'il y ait ou non syphilis, faire un traitement mercuriel ordinaire ou plutôt bismuthique.

On arrive de cette façon à améliorer et même à guérir rapidement tout en réduisant considérablement le nombre des traitements locaux et des interventions chirurgicales.

RUAUD [L.] (Paris). *Les sinusites et mastoïdites aiguës traitées par la méthode autophylactique de Feuillié.* — La méthode autophylactique que Feuillié applique dans nombre d'affections aiguës d'ordre général trouve sa place dans le traitement des sinusites aiguës et des mastoïdites aiguës.

Pour les sinusites maxillaires ethmoïdales et frontales aiguës, nous avons systématiquement appliqué cette méthode, et dans la grande majorité des cas nous avons vu dès le lendemain céder l'œdème et les phénomènes douloureux.

Dans une dizaine de cas de mastoïdite aiguë avec signes opératoires nets, en appliquant systématiquement la même méthode, nous avons vu les phénomènes infectieux céder rapidement chez huit de nos malades qui ont guéri sans intervention.

Enfin, chez un malade qui présentait une polysinusite aiguë et une mastoïdite aiguë gauche, avec indications nettement opératoires, la méthode autophylactique évita à ce malade une intervention qui, vu son état de grande faiblesse, aurait pu avoir de graves conséquences.

Nous estimons donc que tout en surveillant attentivement le malade et en mettant en œuvre les traitements médicaux habituels, on peut, dans un grand nombre de cas, obtenir une guérison que jusque-là on n'obtenait que par l'intervention.

VOSS (Francfort). *Contribution à l'étude de l'othématome.* — L'auteur décrit la déformation caractéristique d'un ou des deux pavillons chez les athlètes professionnels et les boxeurs.

BARAJAS Y DE VILCHES (Madrid). *Contribution à l'étude de la diathermie chirurgicale en oto-rhino-laryngologie.* — C'est un exposé des avantages de la diathermo-coagulation que l'auteur fait avec détails. Il se montre partisan de l'emploi très étendu de cette méthode de traitement.

RUTTIN (Vienne). *Troubles otologiques par tumeur cérébrale.* — Les symptômes d'une tumeur du cerveau varient avec le siège.

LASAGNA [J.] (Parme). *Etude expérimentale et clinique sur la formation des diverticules œsophagiens.* — L'auteur envisage les différents types de diverticules œsophagiens, leur étiologie, leur pathogénie, et accompagne son exposé de nombreuses projections histologiques.

DUTHEILLET DE LAMOTHE (Limoges). *Un nouveau procédé de traitement chirurgical des névralgies rebelles du nerf maxillaire supérieur.* — Le procédé décrit par l'auteur ne consiste pas seulement à réséquer ce nerf mais à l'enlever en totalité, dans la fosse ptérygo-maxillaire, depuis le point où il se divise en ses trois branches terminales, jusqu'à sa sortie au niveau du trou grand rond.

Pour cela, il pratique une trans-maxillaire, en commençant par un Caldwel-Luc, puis en faisant sauter le toit du sinus maxillaire. Très simple à exécuter, cette opération est à la portée de tous les praticiens.

KUBO INO (Fukuoka). *Indications d'après les signes tirés de la forme du pavillon.* — L'auteur attire l'attention sur l'intérêt que présente la forme du pavillon en criminologie et en anthropologie.

Grâce à un appareil imaginé par l'auteur le pavillon est dessiné sur un verre, puis reproduit ensuite sur une feuille de papier.

PEISSER (Berlin). *Prophylaxie de la surdité dans l'industrie.* — L'auteur décrit l'organisation qu'il a créée pour l'étude de la surdité provoquée par les bruits dans l'industrie et les moyens de la combattre.

REBATTU (Lyon). *Le pneumo-bacille de Friedlander en oto-rhino-laryngologie.* — Le pneumo-bacille de Friedlander est assez souvent rencontré dans les fosses nasales et dans le pharynx, soit isolé, soit à l'état associé.

Le bacille d'Abel Löwenberg, qui fut considéré comme l'agent pathogène de l'ozène, n'est autre chose qu'un pneumo-bacille adopté aux fosses nasales. C'est le microbe le plus fréquemment trouvé dans l'ozène. Sur 50 cas étudiés bactériologiquement, il n'a fait défaut que 9 fois, et 6 fois ce fut le seul microbe mis en évidence.

Le plus souvent, presque constamment, il est associé au bacille pseudo-diphtérique, et c'est cette association qui caractérise bactériologiquement l'ozène. Le bacille pseudo-diphtérique n'étant qu'un Löffler moderne, on peut se demander si l'ozène ne serait autre chose qu'une infection consécutive à une diphtérie nasale atténuée : le bacille de Löffler devenu pseudo-diphtérique s'associant au pneumo-bacille pour réaliser la rhinite atrophique ozéneuse.

Du côté du pharynx, il existe des angines à pneumo-bacilles de Friedlander sans autre élément microbien. A côté d'angines chroniques bénignes mais tenaces, il existe des formes subaiguës prenant l'aspect, soit d'angines rouges, soit d'angines érythémato-pultacées, soit d'angines à fausses membranes.

Mais beaucoup plus fréquemment il s'agit de pneumo-bacillo-diphtérie à allure relativement bénigne. Le pneumo-bacille contrarie in vitro la végétabilité du Löffler qu'il est parfois très difficile de mettre en évidence dans les cultures, mais ses produits de sécrétion ne neutralisent pas les toxines diphtériques.

L'auteur a observé deux cas d'angine dans lesquels les cultures ne montrèrent que du pneumo-bacille à l'état de pureté, qui guérirent rapidement mais furent suivis de paralysie diphtérique généralisée (voile, accommodation, membres supérieurs et inférieurs), mais à régression rapide.

Enfin, l'auteur relate un cas de laryngite pseudo-membraneuse primitive avec tirage et cornage, rejets de fausses membranes ne contenant que du pneumo-bacille, les cultures ne révélèrent aucun Löffler. La guérison survint sans sérothérapie, mais ultérieurement une légère paralysie du voile vint apporter la preuve qu'il s'agissait en réalité d'une pneumo-bacillo-diphtérie laryngée dans laquelle le pneumo-bacille empêcha le Löffler d'être décelé et dont l'allure fut remarquablement bénigne.

En résumé, si le pneumo-bacille de Friedlander est exceptionnellement rencontré dans les affections du larynx, il n'est pas rare de voir des angines relevant du pneumo-bacille de Friedlander isolé ou associé au bacille de Löffler. Cette pneumo-bacillo-diphtérie est d'allure relativement bénigne, il est souvent difficile et même impossible de mettre en évidence le Löffler, et c'est souvent une paralysie tardive qui vient confirmer la présence du Löffler.

Enfin, l'extrême fréquence du pneumo-bacille dans les affections ozéneuses, son association presque constante avec le bacille pseudo-diphtérique permettent de se demander si l'ozène est autre chose qu'une sorte de pneumo-bacillo-diphtérie nasale.

INSTRUMENTS ET DÉMONSTRATIONS

Miégeville [René] (Paris). *L'audiomètre électrique du docteur Miégeville.* — Cet appareil présenté déjà en 1922, mis au point actuellement, utilise pour la détermination précise de l'acuité auditive, un générateur d'ondes électriques, de fréquences et d'intensités réglables produisant des sons purs, du plus aigu au plus grave et permettant de tracer un audiogramme très voisin de la courbe physiologique. Il comporte des écouteurs d'un type spécial éliminant toutes les harmoniques.

Il rend possible l'inscription rapide et constante du degré de surdité d'un malade, toutes les épreuves d'acoumétrie réciproque et à distance de dépistage de la simulation, les examens professionnels et les expertises précises.

Sell Helmut (Berlin). *Appareil pour produire une parole uniforme dans les examens de l'oreille (avec démonstration).* — Cet appareil peut être employé aussi bien pour l'examen des sourds que pour la rééducation auditive.

***

Si ce premier Congrès fut un succès personnel pour les organisateurs danois, il fut aussi un succès scientifique de premier ordre qui ne sera pas sans lendemain. En effet, un Comité permanent des Congrès internationaux d'oto-rhino-laryngologie qui a pour but de décider tout ce qui a trait à l'organisation des futurs congrès a été créé. Le professeur Sébileau et le professeur Portmann ont été nommés représentants de la France. Déjà dans sa première session, ce Comité a voté à l'unanimité que le prochain Congrès aurait lieu en 1932 à Madrid, sous la présidence du professeur Tapia.

Il fut décidé en outre qu'il y aurait dorénavant 5 sujets de rapports dont 3 ont été déjà désignés par le Comité : le rhinosclérome, l'ozène et l'orosclérose. Les 2 autres sujets étant laissés au choix du nouveau président.

Les manifestations officielles aussi bien qu'intimes se succédèrent toutes empreintes d'une cordialité qui, particulière à l'égard de notre délégation ne fut pas sans toucher profondément les assistants français.

Au banquet qui clôtura le Congrès furent prononcés quatre discours : un pour chaque langue officielle. En anglais par le professeur Birkett, de Montréal; en allemand par le professeur Voss, de Frankfort; en français par le professeur Portmann, de Bordeaux; en italien par le professeur Citelli, de Catane.

Le Comité danois avait demandé au professeur Portmann de parler au nom des délégués du Danemark désireux de voir leur pays représenté par la langue française.

Cette nouvelle attention délicate à l'égard de notre pays, ne pouvait qu'ajouter aux sentiments de gratitude que les oto-rhino-laryngologistes français ont emportés de Copenhague.

(*Association de la Presse médicale française*)

ACTUALITÉS

LE RENOUVELLEMENT D'UNE TECHNIQUE ANCIENNE LE LACTOSÉRUM (1)

La pratique du régime lacté passerait difficilement pour un usage thérapeutique récent; les effets qu'on en obtient ne sont cependant pas toujours ceux qu'on attendait et c'est peut-être aussi souvent au médecin qu'aux réactions propres du malade qu'il faut en attribuer la responsabilité. Cette prescription tend volontiers à dégénérer en réflexe sans que le médecin ait toujours présent à l'esprit le mécanisme qui en règle l'efficacité.

Chercher la raison du plus banal des phénomènes n'est pas en soi-même une banalité; c'est en revanche une méthode scientifique qui dans plus d'un domaine a mis les esprits curieux sur la voie de constatations intéressantes. C'est sans doute ce qui a engagé ces mois derniers M. Maurice Renaud et ses élèves à entreprendre une série de recherches et d'expériences dont les résultats sont pleins d'intérêt pour le physiologiste et le thérapeute. Malgré l'importance des résultats actuellement acquis on peut espérer que le filon n'est pas encore épuisé.

Dans le mélange complexe qu'est le lait, tous les constituants n'agissent pas ensemble ni dans le même sens. C'est au « lactosérum » qu'il faut attribuer les propriétés diurétiques; caséine et graisses agissent au contraire sur d'autres appareils.

Définition. Caractères physico-chimiques. — Sous le nom de lactosérum, M. Renaud et ses élèves entendent le *liquide où flotte le caillot après coagulation du lait par la présure.*

Il répond donc à peu près à ce que les allemands appellent « petit-lait doux » (serum lactis dulce) par opposition au petit lait aigre (s. l. acidum) résultant de la fermentation lactique. Il y a cependant quelque différence tenant au mode de préparation. Celui-ci doit en particulier s'attacher à éviter toute trace d'acidité, ce qui est un caractère important du produit.

C'est un liquide louche, légèrement ambré, formé d'eau, de sels et d'hydrates de carbone. — Sans doute renferme-t-il encore quelques traces de protéines et de graisses qui ne sont pas sans action; sans doute aussi des hormones, des enzymes, des vitamines, des zymases dont l'étude reste à faire.

Préparation du lactosérum. — Dans cette opération on isole du lactosérum la quasi-totalité des albumines et une portion importante des graisses; de celles-ci toutefois une partie demeure mêlée au lactosérum.

Il est difficile de donner une composition centésimale du produit ainsi obtenu; ne fut-ce qu'en raison des diversités de composition du lait qui a servi de matière première.

La préparation très simple consiste à *faire cailler*

(1) Nous sommes heureux de témoigner à M. le docteur M. Renaud, médecin des hôpitaux, notre reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous documenter.

du lait tiède au moyen de la *présure du commerce*. La quantité de ferment à employer est celle qui produit une coagulation complète *en une heure environ*. La caséine ainsi éliminée, il persiste en solution des albumines précipitables par la chaleur qu'on sépare en portant le produit à l'*ébullition*.

On laisse alors refroidir et le sérum se sépare de lui-même du caillot. On facilite la rétraction de celui-ci en le morcelant grossièrement.

Aussitôt que la quantité de lactosérum est un peu abondante *on décante* celui-ci, décantation qu'on peut répéter plusieurs fois. Mais il importe d'opérer assez vite pour éviter toute acidification du liquide qui en modifierait les propriétés.

Le lait doit être choisi aussi frais et aussi pur que possible, les produits conservateurs ne favorisant aucunement la formation du caillot.

Le lactosérum doit avoir une saveur agréable et être employé frais.

Action physiologique. — Séjour dans l'estomac. — *Moins de deux minutes* après l'ingestion le lactosérum apparaît dans le duodénum.

Appareil hépatobiliaire. — Les effets sont semblables que le lactosérum soit ingéré de la façon normale trans-gastrique ou qu'il soit apporté directement dans le duodénum au moyen d'une sonde d'Einhorn.

Si l'on place dans le duodénum vide une sonde d'Einhorn et qu'on fasse ingérer du lactosérum on constate qu'après moins de deux minutes l'aspiration ramène un *liquide muqueux de couleur jaune d'or* constitué par un mélange de lactosérum, de sécrétion duodénale et de bile.

Après cinq minutes le *liquide fonce*, devient vert foncé; vers la dixième minute sa coloration est presque noire; le liquide est trouble, granuleux, tout à fait analogue à la *bile vésiculaire* de l'épreuve de Meltzer-Lion (bile B).

Puis le liquide devient plus fluide et reprend graduellement une teinte jaune. Son abondance d'abord très grande diminue et vers la trentième minute toute sécrétion a cessé.

On peut répéter cette expérience plusieurs fois de suite avec un succès constant.

Action sur l'intestin. — L'arrivée dans le duodénum d'une quantité abondante de liquide et la présence dans celui-ci de divers sucs digestifs déclanchent des *contractions péristaltiques* qui se poursuivent le long du grêle puis du côlon provoquant l'expulsion d'une selle molle ou liquide suivant les cas.

Plusieurs doses successives de lactosérum provoquent des selles en nombre sinon égal, du moins proportionné réalisant ainsi une véritable purgation.

Action sur le rein. — Que le rein soit normal ou non les effets du lactosérum sont comparables.

Le volume augmente, à partir de la quinzième minute jusque vers la quatre-vingt-dixième minute après l'ingestion de lactosérum. Les effets sont plus précoces, plus intenses et plus prolongés que par la simple ingestion d'eau.

La concentration des substances éliminées s'élève malgré l'abondance plus grande de l'eau de dissolution. *La densité du liquide s'accroît*; les sels dissous, en particulier les chlorures sont plus abondants; il en est de *même pour l'urée* qui est éliminée en quantité *triple ou quadruple* de celle qu'entraîne l'ingestion d'une même quantité d'eau.

La constante d'Ambard s'abaisse; si on la mesure à intervalles suffisamment rapprochés (toutes les quinze minutes) on la voit tomber parfois jusqu'à 0,043 en trente à quarante-cinq minutes.

Épreuve de la phénol-sulfo-phtaléine. — Si on pratique l'injection de colorant quinze à vingt minutes après ingestion de lactosérum (temps nécessaire pour que se manifeste l'excitation rénale) on voit apparaître la substance colorante *deux ou trois minutes après l'injection*. L'élimination va en s'accentuant jusqu'à la vingtième minute et est en *général terminée à la trentième*. Ces phénomènes se déroulent même si l'élimination provoquée du colorant se fait de façon défectueuse après ingestion d'eau; elle est donc *plus précoce*, *plus rapide et plus complète* qu'avec l'eau.

Mécanisme. — La comparaison des effets de l'ingestion de lait et de celle de lactosérum semblent démontrer que la caséine et les graisses du lait subissent rapidement l'action des sucs digestifs; ce sont eux surtout qui ont la valeur alimentaire. Le reste paraît au contraire de faible valeur nutritive, ses effets sont comparables à ceux du lactosérum qui semble par conséquent être la partie thérapeutiquement active du lait.

Mais *le lactosérum ingéré seul a une action plus énergique que le lait* sans doute parce qu'ingéré seul à jeun en dehors de tout processus digestif, il agit sur le duodénum sans être mélangé de suc gastrique.

Le lactosérum est un *cholagogue* énergique, son action porte *à la fois sur les voies biliaires* (excrétrice) *et sur le parenchyme hépatique* (sécrétrice). Sans doute, la persistance dans le liquide d'une petite quantité de graisses finement émulsionnées a-t-elle un rôle (analogue à celui que divers auteurs ont reconnu à la crème); mais il faut également en reconnaître un aux sels, aux sucres et à quelques albumines qui excitent le duodénum. Peut-être aussi se forme-t-il des hormones qui par voie sanguine vont exciter le foie ou ses centres sécrétoires.

Ceci expliquerait aussi les effets sur le rein; dans ce domaine l'analogie des réponses au lactosérum du rein normal et du rein pathologique tient sans doute à ce que dans ce dernier, ce sont les portions de l'organe demeurées encore-saines qui répondent au médicament.

Les effets purgatifs tiennent sans doute non seulement au transit intestinal d'une masse de liquide importante mais aussi à la présence dans celui-ci d'une quantité notable de bile; peut-être vient-il s'y joindre le produit d'une sécrétion concomitante de l'intestin.

Le lactosérum a donc indirectement une action antitoxique et sur la flore intestinale antiseptique.

Indications. — Les notions que nous venons de résumer montrent qu'il faut distinguer l'alimentation par le lait de la thérapeutique par le lactosérum.

Les indications en sont diverses.

Dans certains cas, même employée comme adjuvant, elle pourra influer de façon très notable sur l'action des autres médicaments. En dehors même de cette action de renforcement, M. Renaud a remarqué que le lactosérum, même employé seul, peut dans certains cas être un médicament actif.

Dans les *ictères aigus*, bénins ou graves, dans *les congestions hépatiques* secondaires et surtout *dans la lithiase biliaire*, l'action sur l'appareil hépatobiliaire est en général des plus marquées; le lactosérum pourra également rendre service dans les hépatites subaiguës ou chroniques, même celles qui s'accompagnent d'une ascite dont le lactosérum paraît accélérer notablement la disparition.

Les lésions rénales aiguës et subaiguës semblent être pour le lactosérum l'indication de premier plan. Son action diurétique sera précieuse à employer au cours des néphrites toxiques ou toxi-infectieuses, des pyélonévrites, et même dans les tuberculoses rénales ou dans les néphrites des tuberculeux.

Il en est de même dans les *scléroses viscérales de l'âge mûr ou de la vieillesse*, chez les hypertendus chez les *urémiques*, aussi bien contre les accidents que sous la menace d'accidents graves; son action est également très appréciable sur les œdèmes des cardio-rénaux.

Les propriétés du lactosérum trouvent également leur emploi chez les *cardiaques en asystolie* où le petit lait remplace avantageusement le régime lacté classique dans son action adjuvante aux digitaliques.

Ses effets directs et indirects sur l'appareil digestif sont utiles également au cours des *intoxications et des états infectieux* pour combattre l'état saburral des voies digestives.

On peut également l'employer dans le traitement de diverses affections gastriques et intestinales.

M. Renaud a trouvé dans le lactosérum un complément intéressant au régime alimentaire de l'*ulcus* gastrique et le préconise également dans les entérites à lésions ulcéreuses et les entérites des tuberculeux chez qui son emploi procure une atténuation notable des signes fonctionnels.

Son action n'est pas moins précieuse chez les *dyspeptiques* sans lésions profondes, gros mangeurs intoxiqués, les surmenés, les névropathes chez qui il y a grand intérêt à régulariser le fonctionnement de l'intestin et à stimuler l'appareil hépatobiliaire.

Son emploi dans l'alimentation du nourrisson semble à envisager, mais la question est encore à l'étude.

Modes d'administration. Doses. — Selon les indications, M. Renaud administre le lactosérum de diverses façons :

Régime strictement lacté. — C'est celui des grands infectés, des intoxiqués et en particulier des urémiques. On administre le matin à *vingt minutes d'intervalle 3 ou 4 verres* (de 100 centimètres cubes chacun) de lactosérum.

L'alimentation, qu'on commence vers midi, comprend du lait, des laitages, des boissons sucrées.

Grande cure. — *3 verres de 100 centimètres cubes de lactosérum* dans la matinée. L'alimentation est végétarienne ou fruitarienne pendant *dix jours environ*.

On passe ensuite à la ration d'entretien : un verre de lactosérum chaque matin. Cette cure s'adresse aux cardiaques en asystolie, aux lithiasiques, aux néphritiques lors des poussées.

Cure de régime. — On administre *à jeun*, une demi-heure au moins avant le premier repas *un verre de 100 centimètres cubes de lactosérum*. Cette dose, relativement faible, est celle des dyspeptiques et des artérioscléreux fatigués, des hypertendus.

Effets purgatifs. — *Dans les diverses indications des purgatifs* enfin, on peut employer le lactosérum *en 3 ou 4 prises de 100 centimètres cubes à vingt minutes d'intervalle*, et en ajoutant à chacun *2 grammes de sulfate de soude*. On obtient ainsi de quatre à sept selles liquides et très colorées entre la première et la huitième heures qui suivent la première prise.

Les laits allégés. — Désirant adapter de façon plus appropriée à l'état de chaque malade le régime lacté qui doit lui être prescrit, et non sans analogie avec les laits modifiés employés en diététique infantile, M. Renaud a commencé l'étude de ce qu'il dénomme les laits allégés. L'adjonction de lactosérum à du lait complet, l'adjonction à du lactosérum ou à des laits écrémés ou homogénéisés de quantités appropriées de caséine, d'albumines coagulées et réduites en fines particules permet, sous une apparence discrète qui ménage la susceptibilité et même les idées préconçues du malade, de lui donner grâce au lactosérum un régime alimentaire individualisé. Il s'agit là d'une technique récente, d'une mise en œuvre encore délicate et dont l'étude demande à être complétée ; il est aisé cependant d'en concevoir l'intérêt.

Chez les sujets atteints de maladies infectieuses, on pourra avec avantage administrer du lait dilué de lactosérum, véritable lait allégé suivant l'expression de l'auteur, de valeur alimentaire basse et stimulant puissant des émonctoires; chez les urémiques, on donne un lait pauvre en caséine, chez les dyspeptiques et les intolérants, on emploie la caséine coagulée.

Ce ne sont là encore que des directives générales qui demandent à être précisées mais dont on saisit la fécondité; là comme ailleurs c'est au tact du clinicien que revient le rôle principal.

Les notions que nous venons d'exposer ne sont que le renouvellement et la précision de notions depuis longtemps connues; la faveur des « cures de lait » ou de « petit lait » ne s'est jamais démentie dans certains pays. Il n'en reste pas moins que les précisions nouvelles apportées par la curiosité d'esprit et la sagacité d'auteurs plus récents semble pouvoir renouveler la valeur thérapeutique des méthodes les plus anciennes. R. LEVENT.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SECRET PROFESSIONNEL

CERTIFICAT MÉDICAL

Aux termes de l'article 378 du Code pénal, le médecin qui a soigné une personne doit conserver le secret de tout ce qui lui a été donné de connaître dans l'exercice de sa profession. Il s'agit là d'une disposition d'ordre public; la Cour d'appel de Montpellier, dans un arrêt du 7 mars 1928, en a fait application, en décidant que cette disposition s'applique même après la mort du malade, les héritiers n'ayant pas, quoique continuateurs de sa personne, le pouvoir de délier le médecin de son obligation de garder le secret, ce droit étant par son essence même exclusivement personnel au malade. La Cour en a conclu que le juge ne peut retenir comme élément de preuve tout certificat ou tout témoignage qui contiendraient la révélation d'un secret professionnel.

A l'époque actuelle où on a beaucoup discuté sur la valeur du secret professionnel médical, il nous a paru particulièrement intéressant de faire connaître l'arrêt de la Cour d'appel de Montpellier.

Voici les faits : le docteur X... a délivré le 2 août 1924 un certificat constatant chez M. I... des symptômes et des troubles maladifs qu'il n'avait pu connaître qu'en raison de sa profession et de sa qualité de médecin traitant. Ces symptômes et ces troubles constituant un secret dont la révélation pourrait être nuisible, la Cour a repoussé des débats la production de ce document, parce que l'une des parties en avait demandé le rejet.

Ce document avait cependant une importance considérable, car l'instance engagée avait pour objet de faire prononcer la nullité du testament de M. I...; et le certificat médical avait pour but de démontrer que le *de cujus* jouissait de la plénitude de ses facultés.

Les témoins, dans l'enquête à laquelle il avait été procédé, avaient déclaré qu'à la suite d'une congestion cérébrale dont il avait été atteint dans le premier semestre de 1924, I... avait perdu complètement la raison : il se livrait à des extravagances en public; atteint du délire de la persécution, il portait auprès des autorités locales des plaintes chimériques dirigées contre des personnes décédées, donnant ainsi à chacun l'impression très nette d'un homme atteint de paralysie cérébrale, incapable de se conduire, ne jouissant d'aucun intervalle lucide, entièrement tombé dans l'enfance. Or, disait-on, cet état subsista dans la nuit du 23 au 24 août 1924, celle-là même qui a précédé le testament, dont la nullité était demandée. L'infirmière qui avait soigné I... observa et déclara que cet état ne s'était pas modifié et qu'il ne pouvait pas s'être modifié au moment de la signature du testament, et qu'il subsistait après cette date.

Pour détruire ces affirmations, ceux qui demandaient à ce que le testament fût reconnu valable, s'appuyaient sur des certificats de médecins ayant été appelés à donner leurs soins au *de cujus*.

La Cour de dire :

« Mais attendu qu'il est à remarquer que si, pour échapper à la règle de l'article 378 du Code pénal, ces documents portent qu'I... jouissait de la plénitude de ses facultés mentales, ils mentionnent cependant chez ce malade, soit un léger degré de paresse intellectuelle à la date du 23 août 1924 concordant avec la remarque faite par l'un des témoins instrumentaires, mais en revanche affaiblissant la portée de l'affirmation de la plénitude des facultés intellectuelles, des symptômes d'artério-sclérose, de céphalée à la date du 31 août 1924, enfin une difficulté dans l'expression de la pensée à la date du 10 octobre 1924. »

Ainsi, on remarquera que la Cour avait écarté du débat un certificat médical, parce qu'il contenait des faits que le médecin qui l'avait délivré n'avait pu connaître qu'en raison de l'exercice de sa profession et de sa qualité de médecin du malade; en ce cas, l'article 378 du Code pénal reçoit application dans les termes que nous avons indiqués plus haut. Mais des certificats peuvent être donnés par des médecins, sans encourir le reproche ainsi indiqué; ces médecins peuvent être des amis du malade, sans le soigner. C'est, semble-t-il, bien à des certificats de cette nature que fait allusion la Cour quand elle vient dire qu'ils mentionnaient un certain degré de paresse intellectuelle au moment de la signature du testament.

Ce sur quoi nous voulons surtout attirer l'attention, c'est la formule nette et précise de la Cour de Montpellier qui considère l'article 378 du Code pénal comme constituant une disposition d'ordre public.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SCIATIQUE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

La sciatique est un *syndrome douloureux du membre inférieur.*

Elle emprunte son intérêt à sa grande *fréquence*, à la *variété des causes* qui peuvent la provoquer, à la nécessité d'une enquête étiologique approfondie, enrichie parfois d'*examens spéciaux*, et qui permettra d'établir un traitement approprié à chaque cas.

SYMPTOMES

Plus fréquente chez l'*homme adulte.*

Début. — Il peut être *brusque*, par une douleur violente sur le trajet du nerf, ou *progressif*, ce qui est plus fréquent.

Etat. — La **DOULEUR** est le *symptôme majeur* qui domine la scène.

I. La douleur subjective. — **1° Siège.** — Elle peut siéger sur tout le trajet du nerf sciatique, depuis l'échancrure jusqu'à la plante du pied. Elle prédomine souvent sur un segment du nerf (fesse, face postérieure de la cuisse, creux poplité).

2. **Caractères.** — C'est une *algie continue à renforcements paroxystiques*, le plus souvent *nocturnes*. Le moindre mouvement, la toux, le moindre effort, provoquent ces *paroxysmes atrocement douloureux* que les malades comparent à une sensation de broiement, de morsure, et qui, généralement *passagers*, peuvent devenir *subintrants.*

3. **Irradiations.** — Elles se font parfois dans le domaine de nerfs voisins (crural, obturateur), et nous verrons l'intérêt de ce détail.

II. La douleur objective. — En présence d'un malade se plaignant de tels phénomènes douloureux, il faut s'efforcer de localiser la douleur et rechercher si elle correspond au sciatique. On peut l'objectiver :

a. Par *élongation* du nerf ou de ses racines;

b. Par *compression* du nerf sur le plan osseux.

a. **Elongation du nerf.** — On saura recourir aux différentes manœuvres suivantes :

1. SIGNE DE LASÈGUE. — La jambe étant maintenue en extension sur la cuisse, la flexion de la cuisse sur le bassin est *très douloureuse* et souvent presque impossible. On peut

également réveiller la même douleur en faisant asseoir le malade. Cette recherche, on le voit, est la même que pour le *signe de Kernig*, mais *unilatérale*.

2. SIGNE DE BONNET. — La jambe étant fléchie sur la cuisse, la flexion de la cuisse sur le bassin en adduction forcée est extrêmement douloureuse. Ce signe est plus fréquent chez la femme.

3. DOULEUR CENTRO-LATÉRALE. — Les manœuvres précédentes, pratiquées du côté malade, réveillent des douleurs du côté sain (signe utile pour dépister la simulation).

4. Accessoirement : SIGNE DU SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE (Sicard).

La flexion forcée du pied détermine une douleur localisée à la tête du péroné.

b. **Compression du nerf.** — La douleur à la pression des *classiques points de Valleix* sera recherchée le long du trajet du nerf. Les *plus importants* sont :

Point *lombaire* (dans l'angle sacro-vertébral) ;
Point *sacro-iliaque* (articulation sacro-iliaque) ;
Point **fessier** (grande échancrure sciatique) ;
Point **trochantérien** (gouttière ischio-trochantérienne) ;
Point **péronéo-tibial** (tête du péroné).

Accessoirement, on pourra également rechercher les points :
Apophysaire de Trousseau (crête sacrée) ;
Iliaque (à mi-chemin de la crête iliaque) ;
Trois points fémoraux (supérieur, moyen, inférieur) ;
Rotulien (bord externe de la rotule) ;
Dorsal du pied (terminaison du nerf tibial antérieur).

III. **Les attitudes antalgiques.** — La douleur entraîne, dans un certain nombre de cas, des attitudes de compensation, dites attitudes antalgiques. On les dépistera en examinant le malade successivement en :

1. **Position debout.** — Le malade se met en position hanchée, hanche saillante et genou fléchi du côté malade. Au bout de quelques instants apparaissent les *scolioses* :
Scoliose croisée (à concavité tournée du côté sain) ;
Scoliose homologue (à concavité tournée du côté malade).

2. **Flexion en avant.** — Elle n'est possible que si le sujet fléchit la jambe malade et se tourne du côté atteint (signe de Léri).

3. **Marche** — En avant ou à reculons. La démarche prend le type de *démarche salutante* : le tronc s'incline en avant, le pied repose sur le talon antérieur, l'enjambée est courte.

4. **Position couchée.** — Met en évidence le *signe de l'ascension talonnière* (Sicard).

5. **Passage de la position assise à la position debout.** — Le malade s'appuie sur la jambe saine, tandis que le bras du côté malade décrit une courbe de large amplitude.

En résumé, on voit que la *douleur* est le *signe majeur* occupant tout le tableau clinique. Subjective, parfois modérée, parfois atroce, elle est réveillée par les différentes manœuvres aux réactions typiques que nous avons décrites, et détermine des attitudes également caractéristiques.

ÉVOLUTION

Elle peut être *rapidement favorable* et se faire vers la guérison en quelques semaines, souvent hâtée par le traitement. Mais il faut craindre les *rechutes* et même les *récidives* survenant plusieurs mois ou plusieurs années plus tard. Dans d'autres cas, la sciatique devient *tenace*, se *prolonge*, et c'est alors qu'apparaîtront peu à peu de nouveaux troubles qui, pour les auteurs classiques, signaient la *névrite sciatique*, s'opposant à la *névralgie*, algie pure et temporaire.

En réalité, ces deux formes ne sont que le même aspect d'un même syndrome et n'empruntent leurs différences cliniques qu'à l'*intensité* et à la *durée* du syndrome. « La névralgie est une névrite passagère, la névrite une névralgie qui dure. » (Chiray.)

Dans ces formes prolongées apparaissent donc, à côté de l'élément douleur, des troubles d'ordre réflexe, musculaire, trophique, sensitif, vaso-moteur, électrique.

1° **Troubles réflexes.** — *a.* **Achilléen** (réflexe propre du sciatique) est *souvent aboli*. Cette abolition n'a pas la valeur pronostique que lui attribuaient les auteurs classiques, et peut survivre pendant un certain temps à la cessation des phénomènes douloureux.

b. **Rétro-malléolaire.** — Souvent aboli. C'est un *réflexe périosté*, plus sensible que le précédent.

c. **Péronéo-fémoral postérieur.** — Fréquemment aboli dans les formes *radiculaires*.

2° **Troubles musculaires.** — *a.* **Atrophie musculaire.** — Elle est généralement discrète et assez tardive. Elle prédomine à l'extrémité du membre (*signe du pédieux*).

b. **Hypotonie musculaire** (*trouble le plus important*). — Elle est souvent très évidente et apparaît :

A la fesse : abaissement du pli fessier du côté malade ; déviation du sillon interfessier du côté opposé.

Au mollet : le malade étant à genoux sur une chaise, le pied fait un angle droit avec la jambe, du côté malade (angle obtus du côté sain). C'est le *signe de l'équerre* (Barré).

Au tendon d'Achille : aplatissement du tendon, qui est plus large et plus dépressible.

c. **Troubles moteurs.** — Le *signe de la pointe* (Roger et Chiray) [impossibilité pour le malade de rester quelque temps sur la pointe du pied] met en évidence un certain déficit moteur.

d. **Troubles de la contractilité idio-musculaire.** — Se manifestant par l'exagération du réflexe gluthéal et l'apparition de contractions fibrillaires à la percussion.

3° **Troubles sensitifs.** — En opposition à l'importance des troubles subjectifs, ceux-ci sont très discrets et concernent surtout la sensibilité *tactile* : *hypoesthésie*, très rarement anesthésie, parfois hyperesthésie, ces troubles ayant une topographie tronculaire ou radiculaire.

4° **Troubles vaso-moteurs.** — Très discrets : hypothermie du côté malade.

5° **Troubles trophiques.** — Fort rares, se manifestant surtout par : sécheresse de la peau, éruptions diverses, adipose sous-cutanée.

6. **Troubles des réactions électriques.** — Ils sont fréquents, et se traduisent le plus souvent par l'hyperexcitabilité galvanique et faradique du nerf sciatique et de son domaine musculaire. Dans les formes graves, on peut observer la réaction de dégénérescence généralement partielle.

Les *modifications de la chronaxie* (Bourguignon) pourront être retrouvées dans les formes où il n'existe pas de troubles électriques marqués.

Tels sont les signes cliniques de la sciatique. L'algie les domine. Autour d'elle se groupent d'autres symptômes accessoires qui, dans les formes tenaces, sont particulièrement accentués. Mais, comme nous le verrons plus loin, l'étiologie variable avec les différentes formes de sciatiques, et si importante à dépister, imprime à chaque cas un cachet particulier. C'est l'examen complet du malade qui permettra de rechercher la cause, étape capitale de l'examen clinique.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 17 octobre. — Questions données : « Signes, diagnostic et causes de la paralysie faciale périphérique. — Signes et diagnostic des calculs du cholédoque. »

MM. Kyria, 24 ; Bergenstein, 22 ; Gosset, 28 ; Mlle Valentin, 18 ; MM. Sanz, 17 ; Durrbach, 18 ; Zhâ, 11 ; Durieux, 17 ; Poilleux, 29 ; Cottet, 26.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 16 octobre. — MM. Aubin, 14 ; Aubry, 45 ; Huet, 46 ; Lanos, 40 ; Leroux, 48 ; Maduro, 34 ; Miégeville et Winter, 38.

Sont déclarés admissibles : MM. Leroux, Huet et Aubry.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. L'Hirondel, Pitsch, Jarre, Roy, Darcissac, Rivet et Rieffel.

Censeurs : MM. Ruppe et Richard.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Magitot, Poulard, Morax, Terrien et Rochon-Duvignaud.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourgeois, Chatellier, Bloch, Guillemot et Marion.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste alphabétique des candidats :

MM. Abadir, Achard (Pierre), Achard (Paul), Adabach, Adrianopoulos, Aegerter, Mlle Aghion, MM. Aimez, Akerman, Alaurent, Alduy, Alexandratos, Allik, Allilaire, Allos, Almosino, Amphoux, Amram, Andrieu, Angelici, Apert, Arager, Arguelles, Aristoff, Arnal, Arsitch, Arviset, Ascher-Cohen, Attal, Aubert, Auclair (Paul), Aucler (André), Audebert, Audoine, Audouard, Aumasson, Aussaye, Austerveil, Autran, Avenard, Ayrignac, Azoulay,

Bacquelin, Bain, Bakulin, Baldensperger, Balme du Garay, Baloche, Balter, Barbier (Léon), Barbier (Louis), Bardou, Mlle Barnaud, MM. Baron (Roger), Barrault, Barraya, Barré (Emile), Mlle Barré (Marguerite), M. Barrier (Rémy), Mlle Barthel, MM. Baslez, Bauvois, Beauchef, Beaure d'Augères, Becam, Bedoucha, Beitz, Beley, Benguigi, Ben-Milod, Bercovici (Bernard), Bercovici (Jean), Bercovici (Lazare), Berger (Sevère), Bergerot, Bergondi, Berlioz, Bernard (Jacques), Bernard (André), Bernard (Philippe), Mlle Bermi, MM. Bestion de Camboulas, Bigey, Mlle Binet, MM. Biot, Bismut (Gaston), Bismuth (Victor), Mlle Blairon, MM. Blanc, Blicher Bloch (Henri), Blumen (Bercu), Blumen (Milu), Bluzat, Bobard, Boëlle, Boiffin-Vivier, Boisseau, Boissonnet, Boivin, Bommart, Bonnet (René), Boquet, Borde, Bornet, Bornstein, Bory, Bosquet, de Botton (René), de Botton (Samy), Botreau-Roussel, Boucher (Marcel), Boudonnet, Boudou, Mlle Bougard, MM. Boujenat, Boulard, Boulet, Boulle, Boutakoff, Bouteau, Bouteille, Boutron, Bourdeau, Mme Bourgeois, née Proche, Mlle Bourgeois (Geneviève), MM. Bourggraff, Bourgin, Boursaus, Boyé (Pierre), Boyer (Jean), Braïlowski, Brami, Brault (André), Braunstein, Brehon, Brélawski, Mlle Brenot, MM. Bricage, Brisset, Brocard (Henri), Brochard (Raymond), Bronstein, Brosson, Broutman, Brugier, Brun (Joseph), Brun (Michel), Brunot, Bui, Mlle Burdin, MM. Bureslé, Busy, Mlle Buttner, MM. Bzowski,

Cadars, Cadet de Gassicourt, Cailleret, Cailleux, Cahen (Pierre), Calamy, Callot, Calvet, Camard, Camelot, Candille, Canet, Capmas, Carpuat, Caron, Carrez, Casalis, Catesson, Catz, Mlle Caubet, M. Cauhépé, Mlle Cazes, MM. Cazettes, Cegelnicki, Chabanon, Chabaud, Chabert-Ostland (de), Chageu, Mlle Challiot, MM. Chambon, Champault (Jean), Champeau (Daniel), Chancerel, Chanel, Chapireau, Charlot, Charvin, Chatain, Chaumeil, Chautemps, Chauveau, Chau-

velot, Chazel, Mlle Chessebeuf, MM. Chevallier (André), Chevé, Cheyssial, Chomet, Chouragui, Ciaudo, Mlle Ciosi, MM. Claisse, Claudet, Cléostrate, Coliez, Colombet, Combes, Mlle Comby, MM. Copelovitch, Cordebar, Cordoliani, Cormelié, Cornetet, Costil, Cosset, Mlle Coste (Cécile), M. Costet (Pierre), Mlle Cotton, MM. Courteheuse, Coustenoble, Croisier, Cucherousset, Cuzin, Mlle Czernichou,

MM. Damidot, Dancenis, Dangauthier, Daniel, Danis, David (Ernest), David (Isaac), David (René), Davidovici, Davidsohn, Daum, Daunois, Mlle Dauban, MM. Dietrich, Dieulafé, Dingwall, Divet, Djian, Dodero, Domart, Dongar, Dorfman, Doukan, Drain, Drizard, Mlle Duba, MM. Dubarry, Dubois (Jean), Duchemin, Duflo, Dufour (Roger), Dugué, Dumas (Jean), Duperrat, Mlle Dupeux, MM. Dupond (Robert), Dupont (Jacques), Duran (Pierre), Duriez, Dutheuil, Duval (Maurice), Mlle Debénais, MM. Debidour, Debroise, Debu, Dechaume-Moucharmont, Defossez, Deguise, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delfau, Delie, Delpech, Demange, Desage, Mlle Desallais, MM. Desaux, Deséglise, Desmonts, Desormonts, Derveaux, Mme Deté (née Butaud), MM. Determe,

Echegut, Mlle Epstein, MM. Ernoux, Escare, Espaillat, Esquirol, Es-Sakka, Etesse, Ettori,

Fabignon, Fabre (Albert), Fabre (Edouard), Facatelli, Faleur, Falk, Fardet, Fargette, Fargier, Faugère, Faugeron, Fautrel, Favier, Fayance, Feillet, Fekete, Feldstein, Fenichel, Ferrieu, Ferval, Mlle Feydit, M. Filhoulaud, Mlles Filippi, Finkelstène, MM. Firminhac, Fischer, Fischman, Mlle Flajoliet, MM. Fleurot, Fleury, Florence, Florès, Flourens, Foltzer, Mlle Fontaine, MM. Forestier, Foret, Fougeras-Lavergnolles, Fournée, Fourniols, Franscescoli, François-Dainville, Fresquet, Frézouls, Friez, Frouin, Frumusan, Fumat,

Gaber, Garfunkel, Gaignerot, Gaillard, Galimard, Galinier, Gallois, Gamarre, Gaquière, Mme Gaston, MM. Gâtel, Gateau, Mme Gateau (née Sellier), MM. Gaube, Gaultier (Michel), Gautier (Jacques), Mlle Gavril, MM. Gazeau, Gelas, Gelbert, Gellé, Georget, Gérard, Gerbenne, Gerbier, Gesta, Mlle Ghinsberg (Gisèle), MM. Ghinsberg (Haïm), Ghozland, Gibergy, Gigault de la Bédollière, Gilbert, Gillet, Gingold, Giordan, Girard (Charles), Giraud (Georges), Giraudoux, Mlle Giret, MM. Glaserman, Godchot, Goéré, Goico, Golab, Goldenberg, Mlle Gonet, MM. Gonzalès, Gordet, Gossart (Edmond), Gossart (Pierre), Got, Goudot, Goulet, Gourand, Gourdet, Goussard, Goux, Goyer, Grabli, Mlle Grangette, M. Grepinet, Mme Grevelink, Mlle Grillo, MM. Gros, Grumbach, Grunberg (Bercu), Grünberg (Ladislas), Guébel, Guermann, Guichard, Guigal, Guignet, Guillaumat, Guillois, Guillou, Guinard, Guinier, Guison, Guny, Guttières,

(*Voir la suite, p. 1479.*)

CHRONIQUE

COMITÉ CONSTITUÉ A PARIS DANS LE BUT D'HONORER LA MÉMOIRE DU DOCTEUR CABANÈS

Un comité s'est formé, ainsi que nous l'avons déjà annoncé pour honorer la mémoire du très regretté Cabanès.

Ce comité a réuni en France et à l'étranger un très grand nombre d'adhésions de confrères et d'amis.

Ont accepté le patronage du comité :

MM. Louis Barthou, ministre de la Justice et Camille Jullian, membres de l'Académie française.

MM. le docteur Béclère, président de l'Académie de médecine; le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; le professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris; le professeur Ardin-Delteil, doyen de la Faculté de médecine d'Alger; le professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; le professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; le professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

BUREAU DÉFINITIF. — Président : le président de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français, M. le professeur Sabrazès, de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : MM. le président de l'Association général des médecins de France, docteur Bellencontre; le président de l'Union médicale latine, docteur Dartigues; le président de l'Association de la presse médicale, professeur Loeper; le professeur Capitan, du Collège de France, membre de l'Académie de médecine et de la Commission du vieux Paris; Jean Bernard, président du groupe des chroniqueurs, directeur de la *Presse associée*; Davidou, maire de Gourdon.

Secrétaires : le vice-président et le secrétaire général de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français, docteurs Noir et Garrigues.

Trésorier : M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe). Compte de chèque postaux : Paris 96.10.

Le Comité a décidé ensuite de publier l'appel suivant :

Le Comité constitué à Paris dans le but d'honorer la mémoire du docteur Cabanès, a résolu d'ouvrir une souscription dont le produit sera destiné à faire sceller sur la pierre tombale du regretté médecin historien son médaillon. Il a décidé d'étudier en outre tout autre projet réalisable permettant à ses amis de perpétuer son souvenir.

L'exécution du médaillon sera confié à M. Seysses, le distingué statuaire, membre du jury du Salon, ami de Cabanès.

Le Comité fait un pressant appel aux amis, aux lecteurs de Cabanès et à tous ceux qui ont pu apprécier son œuvre pour contribuer dans la plus large mesure au succès de la souscription. Il les prie de bien vouloir adresser leurs cotisations au trésorier :

M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe). Compte de chèques : Paris 96.10. Si les circonstances le permettent, une réduction du médaillon sera attribuée à tout souscripteur de 100 fr. et plus.

Pour le Comité :

Le secrétaire : J. NOIR, 9, rue Linné, Paris (Ve).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CONGRÈS MÉDICAL DU CAIRE. — Beau voyage de 24 jours (7-31 décembre) organisé aux conditions les plus avantageuses pour les médecins, leurs familles et leurs amis, par *La Caravane Universitaire*; directeur ROY, professeur au Collège de Gaillac (Tarn). — Demander le programme.


LABORATOIRES CIBA O. ROLLAND LYON
Les plus assimilables
DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
GRANULÉ DE FERROPHYTINE MARQUE CIBA
FERROPHY
FORTOSSAN "CIBA"
Phytinate de Quinine
La PHYTINE et ses dérivés:
FERROPHYTINE
PHYTINATE DE QUININE
FORTOSSAN
PHOSPHORE
CHAUX
MAGNÉSIE
Se trouvent dans la Phytine sous leur forme la plus assimilable, et qui assure le mieux leur synergie thérapeutique.
La découverte de la PHYTINE a résolu le problème de la médication PHOSPHORÉE rationnelle
PHYTINE
FERROPHYTINE
FORTOSSAN
Groupements organiques assimilables éminemment aptes aux synthèses de l'être vivant.
LABORATOIRES CIBA
Rég. du Commerce A. 10 694 LYON
O. Rolland
1, place Morand, LYON

XXXVIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1928 (1).

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

Résumé du rapport de M. DELORE (de Lyon).

L'auteur souligne l'importance qu'il y a à s'entendre une fois pour toutes sur la localisation anatomique de cette affection.

Tous les chirurgiens sont d'accord quand il s'agit d'un ulcère siégeant sur la première portion du duodénum et à plus forte raison quand cet ulcère siège sur les autres portions de l'organe.

La difficulté commence quand l'ulcus situé à la naissance du duodénum voisine avec le pylore. S'agit-il dans ce cas d'un ulcère pylorique ou d'un ulcère duodénal?

Pour les Anglo-Américains, la veine pylorique constitue une limite constante. Pour la plupart des Français ce repaire est infidèle, invisible souvent, masqué parfois par les tissus inflammatoires. D'après eux, il conviendrait de distinguer deux types d'ulcères duodénaux : l'un, l'ulcère duodénal vrai nettement séparé du pylore décrit par Bucquoy en 1887, l'autre, l'ulcère duodéno-pylorique siégeant sur le versant duodénal du pylore et s'accompagnant fréquemment de spasme et de rétention gastrique.

Cette distinction n'est pas sans intérêt dès qu'il s'agit de comparer les résultats opératoires.

Une opération peut en effet donner d'excellents résultats dans une variété déterminée d'ulcère et n'en donner que de médiocres dans un ulcère à localisation différente.

L'auteur conservera donc la division proposée par les chirurgiens français. Il appréciera les résultats éloignés que donnent les différentes techniques pour chaque catégorie d'ulcère. Mais avant d'aborder l'étude de ces résultats, il décrit les signes cliniques de la « duodénite », affection connue depuis peu et trop souvent confondue avec l'ulcus duodénal. Pour bon nombre de chirurgiens les deux affections sont identiques. Il y a là une erreur qui peut fausser les statistiques, erreur d'autant plus facile que parfois l'ulcère est l'aboutissant de la duodénite.

I. OPÉRATIONS LE PLUS RAREMENT EMPLOYÉES. — La *gastroduodénoplastie* ou *gastro-duodénostomie* est une bonne opération, mais rarement pratiquable. Elle n'est vraiment réalisable que si duodénum et estomac jouissent d'une parfaite mobilité permettant leur anastomose sans traction sur les sutures.

Elle convient aux ulcères pyloriques de petites dimensions.

La technique en est due à Heinecke-Mickulicz et à Jaboulay. Finney l'améliore et Mayo la complète par l'excision et la thermocautérisation de l'ulcère.

Ainsi pratiquée, elle donnerait 95 p. 100 de guérisons à Mayo. Par contre, Moynihan est persuadé qu'elle aboutit fatalement à des opérations itératives.

De tout ceci, il faut retenir que les indications de la gastroduodénoplastie sont limitées, mais que ses résultats sont excellents dans les rares cas où elle est indiquée réellement.

La *pyloroplastie*, elle aussi, n'est indiquée qu'exceptionnellement. Dans les ulcères non adhérents elle donnerait à Shelton Horseley 100 p. 100 de guérisons définitives.

L'*énervation du pneumogastrique stomacal*, réglée par Latarjet et Wertheimer, complétée par une gastro-entérostomie, a été très rarement employée dans le traitement de l'ulcus duodénal, et cependant Shiassi (de Bologne) lui doit de beaux succès.

II. L'OPÉRATION COURANTE : LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE. SES RÉSULTATS. — Sa facilité d'exécution, sa faible mortalité opératoire, son action incontestable sur le syndrome douloureux en font, semble-t-il, l'opération de choix qu'on lui ajoute ou non l'exclusion du pylore.

Ce sont là du moins les conclusions que Ricard et Pauchet énonçaient en 1910 au Congrès français de chirurgie. En 1914, Hartmann et Lecène concluaient de même au Congrès international de New-York.

L'examen des statistiques plus récentes confirme encore cette opinion. En voici quelques-unes :

Gosset, dans la thèse de Larget (1924), rapporte 64 cas revus minutieusement. Il ne s'agit que d'ulcères siégeant sur le versant duodénal du pylore et d'ulcères duodénaux vrais; 60 ulcères ont été traités par la seule gastro-entérostomie postérieure et 4 ont été de plus réséqués.

On note 73,5 p. 100 de bons résultats dans l'ensemble, mais le pourcentage des cas favorables décroît au fur et à mesure que la lésion devient plus ancienne; 100 p. 100 de succès quand elle a débuté moins d'un an avant l'opération, et 64,5 p. 100 quand elle date de plus de cinq ans.

Tous les opérés souffraient. La douleur a réapparu dans 9 cas; 49 malades vomissaient, 44 ne vomissent plus; 33 avaient des hémorragies, aucune ne s'est reproduite.

Au total, la statistique de Gosset se résume dans le tableau suivant : sur 48 gastro-entérostomies postérieures, 81,2 p. 100 de guérisons ; sur 3 excisions, 66,7 p. 100 de guérisons ; sur 4 exclusions, 50 p. 100 de guérisons, et sur 4 gastro-pylorectomies, 50 p. 100 de guérisons. Ainsi donc, la gastro-entérostomie donne les meilleurs résultats.

La statistique de Duval publiée par Gatelier en 1926 aboutit à des conclusions un peu différentes : on y distingue les ulcères juxtapyloriques et les ulcères vrais duodénaux.

Parmi les premiers, 42 ont été traités par la gastro-entérostomie avec 68 p. 100 de succès ou presque, 4 par la gastro-entérostomie et l'exclusion pylorique avec 25 p. 100 de guérisons; un cas a été traité par une gastro-entérostomie complétée par un Balfour avec une guérison; 2 cas ont été traités par la pyloroplastie et l'excision avec une guérison.

Toutes les gastro-pylorectomies, Billroth II, 3 cas; Kocher, 3 cas; Polya, 1 cas; Péan, 5 cas, ont été suivies d'un résultat parfait, exception faite pour une gastro-pylorectomie suivant le procédé de Péan.

Ici donc, la supériorité de la résection sur les autres méthodes est indiscutable.

Dans les ulcères vrais du duodénum, 5 résections ont donné 5 guérisons; la gastro-entérostomie a donné 80 p. 100 de bons résultats.

La statistique d'Hartmann en 1926 mentionnait 59 succès sur 72 gastro-entérostomies pour sténose pylorique ulcéreuse.

En Suisse, la statistique de Roux, rapportée par Métraux, se base sur 210 malades suivis; 64 étaient atteints d'ulcères pyloriques; 90 p. 100 ont obtenu un bon résultat; 127 présentaient des ulcères duodénaux; il y eut 96,5 p. 100 de guérisons; la date de l'opération oscillait entre huit mois et vingt et un ans. A noter que depuis 1906 Roux a renoncé à la gastro-entérostomie en Y pour ne plus pratiquer que le procédé à anse courte.

Moppert a rapporté en 1922 les résultats obtenus à la Clinique de Genève (Girard et Kummer).

Dans les ulcères pyloriques, la gastro-entérostomie à la suture n'a été suivie que de 58 p. 100 de bons résultats ou

(1) Voir séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 83, p. 1434.

améliorations avec 42 p. 100 de mauvais résultats par hémorragies, ulcères peptiques, douleurs persistantes. La gastro-entérostomie au bouton atteignait 100 p. 100 de succès. L'exclusion pylorique avec gastro-entérostomie postérieure était franchement inférieure avec 72 p. 100 d'échecs. Les résections ont donné 80 p. 100 de succès; les 20 p. 100 d'échecs étaient dus à des ulcères peptiques.

En Angleterre, Moynihan s'est fait le défenseur ardent de la gastro-entérostomie. Pratiquée à bon escient elle donnerait 90 p. 100 de guérisons avec 2 p. 100 d'ulcères secondaires.

En Amérique, Mayo écrivait en 1923 que la simple anastomose donnait 90 p. 100 de succès avec 2 p. 100 de mortalité opératoire.

Balfour en 1914, jugeant la gastro-entérostomie, disait : « La douleur est bien influencée par cette opération. Sur 1.000 malades, 986 souffraient, 90 seulement ont continué à souffrir; 611 vomissaient, 25 continuèrent à vomir; les hématémèses ont persisté dans 5 p. 100 des cas. Au total, 88 p. 100 de guérisons. Dans les 12 p. 100 d'échecs, 5 p. 100 sont dus à la récidive des hémorragies, 3,5 p. 100 à la persistance des douleurs, 3,5 p. 100 à la récidive de l'ulcère. »

En Russie, Galpern a publié les résultats de 245 opérés de gastro-entérostomie et revus d'un an à treize ans après l'intervention. Qu'il s'agisse d'ulcères pyloriques ou d'ulcères duodénaux, les résultats sont sensiblement les mêmes; excellents dans 61 à 67 p. 100 des cas, bons dans 11 à 15 p. 100 des cas, médiocres dans 22 p. 100 des cas environ.

Savikoff accuse 73 p. 100 de résultats parfaits, 21 p. 100 de résultats satisfaisants et 5 p. 100 de résultats médiocres.

Ce rappel des statistiques mondiales est suivi de l'exposé des résultats personnels de l'auteur.

Sur 799 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux opérés de 1912 à 1927, on trouve 398 ulcères pyloriques sur lesquels 253 ont été revus plus d'un an après l'opération et 157 ulcères duodénaux séparés nettement du pylore, dont 112 revus.

Trois tableaux résument cette statistique et distinguent les bons résultats, c'est-à-dire ceux où les malades n'ont plus présenté de troubles fonctionnels, les résultats médiocres où quelques douleurs et quelques troubles dyspeptiques ont persisté, et les échecs.

En résumé, la gastro-entérostomie simple a donné à l'auteur 74,4 p. 100 de guérisons dans les ulcères pyloriques et 73,9 p. 100 dans les ulcères duodénaux vrais. Les résultats ont été manifestement moins bons dans les ulcères duodénaux de la deuxième portion ou de l'angle D1 et D2 que dans les ulcères de la première portion.

La fréquence de l'ulcère récidivant postopératoire a été de 4,3 p. 100 dans l'ulcère duodénal et de 5,7 p. 100 (gastro à la suture) dans les ulcères pyloriques.

Les succès de la gastro-entérostomie. — En définitive, la gastro-entérostomie est suivie de succès dans 70 à 80 p. 100 des cas.

Dans quel état se trouvent les 20 à 30 p. 100 de malades considérés comme non guéris? Leur situation est certainement meilleure qu'elle n'était avant l'intervention. De plus, le traitement médical, qui jusqu'alors n'avait aucune prise, devient efficace. Les résultats médiocres ne sont en réalité que des insuccès partiels. Ils peuvent être améliorés grâce à la collaboration intime et suivie du médecin et du chirurgien. Il faut avouer également que parmi les cas à résultats jugés mauvais, la gastro-entérostomie avait été souvent pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic; il n'y avait pas d'ulcère; il s'agissait de gastro-duodénite, d'appendicite, de splénite, d'hépatite.

Il ne faut pas davantage mettre au passif de cette opération des échecs qui relèvent en réalité de l'existence d'ulcères multiples gastro-duodénaux.

La même remarque doit être faite au sujet des sténoses incomplètes chroniques sous-vatériennes contre lesquelles il est établi que la gastro-entérostomie agit mal. Elle est impuissante également contre certaines péritonites plastiques qui peuvent survivre à un ulcère d'ailleurs parfaitement guéri.

Comment expliquer le mécanisme d'action de la gastro-entérostomie? On l'imagine aisément quand il existe un certain degré de sténose au voisinage de l'ulcère; ce sont là, du reste, les cas où l'on obtient les meilleurs résultats. Mais si la sténose fait défaut?

Jusqu'à l'avènement de la radioscopie gastrique, on croyait volontiers que la bouche gastro-jéjunale ne participait pas à l'évacuation de l'estomac. On sait maintenant qu'elle fonctionne, même avec un pylore demeuré complètement perméable. Ceci a pour effet de soulager d'autant le transit duodénal et de laisser l'ulcère à un repos bienfaisant.

Des recherches ont été faites sur les modifications subies par le duodénum et la sécrétion pancréatique après l'opération. Elles permettent de conclure que le segment duodénal ne présente que des changements insignifiants, en particulier une atrophie légère de la couche musculaire et des glandes.

La sécrétion pancréatique ne subit pas une réduction quantitative notable, sauf quand, à la gastro-entérostomie, on adjoint une exclusion.

Il n'existe pas de troubles physiologiques du fait de la présence de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac; on a prétendu même que la présence de la bile était utile grâce à son alcalinité capable de neutraliser plus ou moins l'acidité gastrique et de prévenir ainsi dans une certaine mesure les ulcères peptiques ou récidivants.

Les échecs de la gastro-entérostomie. — 1. *Absence de guérison de l'ulcère.* — On continue d'observer après l'intervention les mêmes douleurs, hémorragies et vomissements, et si l'on intervient de nouveau on constate que la lésion n'a pas changé d'aspect. On a même noté, trois, cinq et huit mois plus tard, la perforation de l'ulcère.

2. *Les récidives* postopératoires et la production des *ulcères peptiques* jéjunaux et gastro-jéjunaux sont assez fréquentes. Elles se produisent in situ ou sur l'estomac, au niveau de la bouche de gastro ou sur le jéjunum.

On a accusé en premier lieu le matériel de suture : fils non résorbables. Cette opinion n'est guère acceptable. Des chirurgiens n'employant que des catguts, ont observé chez leurs opérés la production d'ulcères peptiques. Et puis, comment expliquer par cette hypothèse les ulcères à distance?

L'usage du bouton anastomotique n'a pas multiplié le nombre des récidives, les statistiques le prouvent.

L'ulcère post-opératoire n'est pas provoqué davantage par des détails de technique ou le traumatisme instrumental. Ce sont là sans doute des causes favorisantes, mais la cause efficiente doit être cherchée dans l'étiologie même de la maladie ulcéreuse, étiologie encore bien obscure.

Quoi qu'il en soit, il importe d'établir précocement le diagnostic de cette redoutable complication. On pensera à l'ulcère peptique en face de symptômes assez vagues, pour peu que le sujet ait joui d'une amélioration franche quelques mois durant.

Le traitement est identique à celui de l'ulcère primitif; médical d'abord pendant quelque temps, puis chirurgical si aucune amélioration ne se manifeste. Il consistera dans la suppression radicale de la lésion avant que ne se soit développée une zone étendue de gastrite péri-ulcéreuse.

La gastro-pylorectomie qui supprime une partie de l'estomac avec la bouche de gastro-entérostomie est l'intervention de choix.

Chez les malades cachectiques on se contentera d'établir une anastomose gastro-jéjunale entre la portion de l'estomac sus-jacente à la lésion, et une anse intestinale sous-jacente à l'orifice de la gastro.

Si l'ulcère est perforé en péritoine libre : suture après excision des bords, vérification des dimensions de l'orifice gastro-

jéjunal, et s'il est rétréci, anastomose rapide au bouton en un point éloigné de l'estomac.

En présence d'un ulcère adhérent, on devra tout d'abord le libérer puis le réséquer en l'attirant au dehors. Le péritoine sera refermé avec un soin particulier; on évitera l'emploi des mèches de drainage qui favorisent les fistules.

III. *Le rétrécissement secondaire des bouches* de gastro-entérostomies s'observe même après une intervention correctement exécutée. La réintervention montre que la bouche s'est plus ou moins oblitérée sans qu'à son niveau apparaisse la moindre lésion ulcéreuse. Il est la conséquence d'un processus cicatriciel à tendance rétractile et semble fréquent surtout dans les anastomoses au bouton. Il exige une réintervention immédiate.

IV. *La cancérisation secondaire* paraît à l'auteur tout à fait exceptionnelle. Elle ne saurait entrer en ligne de compte pour éliminer la gastro-entérostomie.

V. *L'invagination rétrograde* enfin, est un accident encore plus rare.

Les opérations complémentaires de la gastro-entérostomie.

Pour corriger dans certains cas l'inefficacité de la gastro-entérostomie on a proposé des interventions variées :

L'exclusion du pylore. — Elle devrait amener rapidement la cicatrisation de l'ulcère puisqu'elle met définitivement le duodenum au repos. Les résultats ne répondent pas à cette conception, et il semble même que cette technique prédispose à la formation de l'ulcère peptique.

L'enfouissement n'a aucune influence sur les résultats éloignés, mais il a des avantages certains sur les suites opératoires immédiates.

Les excisions limitées ont été peu à peu supplantées par la thermocautérisation à la Balfour. Cette dernière a l'avantage de stériliser l'ulcère, mais aucune de ces techniques ne saurait être pratiquée sans une gastro-entérostomie complémentaire.

Les gastrectomies. — On en distingue deux variétés :

A. *Gastrectomie dite pour exclusion.* — Cette méthode consiste à pratiquer une large gastrectomie tout en laissant l'ulcère duodénal en place; le repos du duodénum est assuré et la cicatrisation de l'ulcère en est facilité.

Cette opération amenant la disparition ou tout au moins la diminution de l'hyperchlorhydrie, l'ulcère peptique deviendrait une rareté.

Les statistiques sont loin de concorder et l'avis de bien des chirurgiens se résume dans la phrase de Els : « le petit moignon d'estomac restant, cause de plus grands troubles qu'une gastro-entérostomie fonctionnant mal ».

B. *Gastro-duodénectomie.* — C'est par définition l'opération radicale autant que peut l'être une intervention dirigée contre une affection essentiellement récidivante. Elle représente aujourd'hui notre meilleur moyen de lutter contre cette redoutable maladie qu'est l'ulcère duodénal. Il est regrettable que la duodénectomie soit très souvent semée de difficultés et de dangers.

S'il est relativement aisé de réséquer un petit ulcère justa-pylorique en supprimant les premiers centimètres de la portion mobile du duodénum, il n'en va pas de même lorsque la résection duodénale doit s'étendre à une certaine distance du pylore, alors que l'anatomie de la région est bouleversée par les phénomènes de rétraction et par des adhérences serrées.

C'est donc une opération sérieuse. L'hémostase doit être rigoureuse. Le chirurgien doit lutter contre le tissu fibreux fixant intimement duodénum et pancréas. La blessure du cholédoque ou des voies pancréatiques est très souvent mortelle. Et cependant la mortalité demeure peu élevée.

L'auteur a pratiqué 67 fois cette opération pour des ulcères vrais du duodénum avec 5 p. 100 de décès, et 58 fois pour des ulcères duodéno-pyloriques avec 2 p. 100 de décès.

Il faut surtout savoir choisir les cas. Les ulcères adhérents ou très éloignés du pylore bénéficieront plutôt d'une anastomose; les autres plus mobiles seront traités par la duodénectomie.

Chez les sténosés et les cachectiques cette dernière opération sera effectuée en deux temps ou même deux séances.

Dans une première séance le chirurgien pratiquera une gastro-entérostomie qui permettra le repos de l'estomac, et la reprise de l'alimentation.

Après relèvement de l'état général, trois semaines ou un mois plus tard on pratiquera sans danger une gastro-duodénectomie.

Malgré l'incontestable valeur de ces opérations, il faut bien avouer qu'elles ne mettent nullement à l'abri de l'ulcère peptique et des récidives. On a tenté, ces dernières années de combattre ces complications par des interventions portant sur le système nerveux sympathique. Mais ces cas sont trop près de nous pour qu'on puisse les juger sainement.

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCUS DU DUODÉNUM

Résumé du rapport de M. J. Okinczyc (à Paris).

Dans l'ignorance où nous sommes encore des causes de la maladie ulcéreuse, le traitement chirurgical ne peut avoir d'autre prétention que de *pallier* les manifestations locales de cette maladie.

Si la maladie ulcéreuse est vraiment, comme il semble, une maladie générale, il faut bien reconnaître que le traitement *radical* de la maladie reste encore à trouver. Toutes les méthodes chirurgicales, tous les procédés qui tendent à les réaliser, ne sont que des *palliatifs*; aucun ne peut prétendre, ni par son intention, ni par ses résultats, à s'ériger en traitement de choix à l'exclusion de tous les autres. Tous ont à leur actif des succès, à leur passif, des échecs; les conditions de ces succès et de ces échecs n'apparaissent pas toujours clairement. On peut se demander si ces résultats ne sont pas, dans une certaine mesure, sous la dépendance du moment de l'intervention, dans le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse. Plus nous nous rapprocherions de la fin de ce cycle évolutif, plus les succès seraient nombreux, plus nous interviendrions au début, et plus les échecs seraient habituels.

Or nous n'avons pas toujours de critère pour apprécier le stade de cette évolution; le temps écoulé est un facteur, mais non absolu. De plus le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse ne suit pas toujours une courbe parfaite; il prend souvent la forme d'une ligne ondulée, qui figure les rémissions et les réveils successifs.

De plus, la maladie ulcéreuse est sujette à des complications redoutables, perforations, hémorragies; et nous n'avons pas le droit d'attendre ces complications pour intervenir, les conditions de l'opération étant moins bonnes et le risque moins grand.

L'échec du traitement médical, poursuivi régulièrement pendant un temps raisonnable, apparaît donc comme l'indication actuelle la plus nette du traitement chirurgical.

Mais encore dans l'histoire de la maladie ulcéreuse, l'ulcère du duodénum se présente avec des modalités particulières, qui s'apparentent à ce que nous appelons ordinairement l'ulcère peptique et que nous observons quelquefois sur le jéjunum après certaines interventions.

Les choses se passent, comme si la maladie ulcéreuse ayant un centre de prédilection dans l'estomac, au niveau de l'antre pylorique, la fonction troublée à ce niveau, irradiait vers le duodénum *avant* toute intervention, ou vers le jéjunum *après* certaines interventions; les conditions de la sécrétion étant déviées, l'organisme n'est plus localement défendu contre les effets d'une *auto-digestion*, dont la manifestation est un ulcère peptique duodénal ou jéjunal.

Si cet aspect de la maladie est bien observé, les conclusions qu'on en peut tirer ont leur importance. En effet, l'ulcère du duodénum n'est plus comme l'ulcère gastrique, une manifestation primitive de la maladie, mais plutôt une complication qui a son centre dans l'estomac. S'attaquer à l'estomac, pour guérir l'ulcère du duodénum, apparaît alors comme une conclusion rationnelle et que certains résultats positifs semblent sortir du domaine de la pure hypothèse.

Ces considérations permettent de mieux juger la valeur des diverses formes du traitement chirurgical de l'ulcère et d'interpréter les résultats qu'elles ont donnés.

Mais avant de discuter les méthodes, l'auteur a voulu analyser minutieusement une statistique homogène et intégrale, celle qui a été recueillie en vingt ans, de 1907 à 1927, dans le service du professeur Hartmann.

Pour apprécier les résultats éloignés que comporte cette statistique, il lui a paru indispensable de simplifier la manière d'exprimer ces résultats et de ne comprendre dans la classification que trois rubriques : *guérison*, *amélioration*, *échec* en donnant à chacun de ces mots un sens précis.

La guérison cela veut dire : suppression des douleurs, des vomissements, des hémorragies, des troubles fonctionnels, reprise du poids, absence de récidive et de complications malgré la suppression du régime.

L'amélioration c'est encore une guérison, mais de qualité moins immédiate, moins franche, plus lente à s'établir.

L'échec est un terme qui s'applique à tous les résultats médiocres ou mauvais et à toutes les récidives.

D'autre part, il faut s'entendre sur le sens à donner aux mots : résultats éloignés. Aucune guérison ne peut être considérée comme définitive en raison des retours offensifs, parfois très tardifs, auxquels est sujette la maladie ulcéreuse et il est préférable de ne retenir dans une comparaison que des cas comparables, c'est-à-dire pouvant prétendre à une durée égale de guérison sans récidives et sans complications.

La statistique de M. Hartmann porte sur 197 malades dont 141 seulement ont pu être suivis ou retrouvés.

Les 197 cas d'ulcères duodénaux opérés ont donné une mortalité globale de 7,61 p. 100.

Sur les 141 malades dont l'état a pu être vérifié, il y a eu :

61 guérisons complètes...	soit	43,25 p. 100	ensemble
32 améliorations	soit	23,76 p. 100	65,95 p. 100
48 échecs................	soit	34,04 p. 100	

Sur 131 ulcères *non compliqués*, la gastro-jéjunostomie simple a été pratiqué 101 fois et a donné

47 guérisons complètes	soit	46,53 p. 100
24 améliorations..........	soit	23,76 —
30 échecs.................	soit	29,70 —

L'exclusion simple avec gastro-jéjunostomie a été pratiquée 16 fois et a donné :

2 guérisons complètes	soit	12,50 p. 100
2 améliorations..........	soit	12,50 —
12 échecs.................	soit	75 —

C'est la condamnation formelle de cette variété d'exclusion.

Dans 14 cas, où a été pratiquée la *résection*, méthode directe s'attaquant à l'ulcère, on a obtenu :

8 guérisons complètes	soit	57,14 p. 100
3 améliorations..........	soit	21,42 —
3 échecs.................	soit	21,42 —

En résumé, la résection, méthode directe, supporte la comparaison avec la gastro-jéjunostomie, méthode indirecte. En réunissant les guérisons complètes et les améliorations, on a, pour les résections 78,56 p. 100 de bons résultats contre 21,42 d'échecs; et pour les gastro-jéjunostomies 65,95 p. 100 de bons résultats contre 34,04 p. 100 d'échecs. Malheureusement, ces résultats éloignés se paient par une mortalité immédiate plus élevée dans les résections.

Il n'y a pas, dans la statistique de M. Hartmann, d'ulcères du duodénum traités par quelqu'une des autres méthodes opératoires qui ont été proposées pour la cure de cette affection : la cautérisation de l'ulcère, la gastro-duodénostomie, la jéjunostomie, l'enervation gastrique et duodénale. On n'a pratiqué qu'une seule fois l'enfouissement de l'ulcère à la Mitchell et le résultat a été un échec.

Sur 19 observations d'*ulcères compliqués* (perforations, hémorragies graves, ulcères peptiques), la mortalité immédiate a été de 21,05 p. 100.

11 malades ont été retrouvés et on a pu relever :

4 guérisons complètes	soit	36,36 p. 100
3 améliorations...........	soit	27,27 —
4 échecs..................	soit	36,36 —

Si l'on en vient maintenant à discuter la valeur des diverses opérations dirigées contre l'ulcère duodénal, il convient de les ramener à quatre méthodes : la dérivation, l'exclusion, la résection, l'énervation.

1° La dérivation peut être obtenue par la *jéjunostomie* et la *gastro-jéjunostomie*.

La première inusitée en France a donné de très bons résultats à Von Eiselsberg.

La gastro-entérostomie est l'opération la plus connue et la plus souvent employée. En modifiant la fonction et l'évacuation gastriques, elle favorise incontestablement la cicatrisation de l'ulcère. Elle a une technique bien réglée, une mortalité insignifiante et elle donne une proportion élevée de bons résultats. Il est préférable de la faire postérieure, l'abouchement antérieur étant plus souvent compliqué d'ulcère peptique.

Quoique la faveur dont elle jouit, paraisse diminuer au profit des résections, elle reste l'opération de choix et d'attente chez les malades affaiblis.

2° L'exclusion prétend faire plus que la dérivation en mettant l'ulcère à l'abri du chyme gastrique. Mais elle a souvent le désavantage de transporter la maladie ulcéreuse du duodénum vers le jéjunum. Cependant, il faut distinguer entre les procédés d'exclusion :

L'*enfouissement de l'ulcère* est une exclusion imparfaite.

Le *blocage du pylore* par un fil, une bandelette, une aponévrose réalise bien une exclusion mais qui semble n'être que temporaire.

La *section du pylore* peut être suivie de la fermeture isolée des deux tranches ou de l'implantation du bout proximal soit dans le duodénum soit dans le jéjunum. C'est le type de l'exclusion complète et définitive, à la suite de laquelle on a fréquemment observé l'ulcère peptique.

Mais l'exclusion peut se compléter d'une résection gastrique plus ou moins étendue, c'est l'*antrectomie*. L'idée directrice est ici non seulement d'exclure le duodénum mais de supprimer le centre ulcérogène prépylorique.

Cette opération paraît nettement supérieure à l'exclusion simple ainsi que le montrent les résultats obtenus par Finsterer, Wilmans, Burk, Lorenz et Schur. Elle a l'avantage de pouvoir être exécutée dans des cas où l'ulcère est opératoirement inextirpable et avec des chances de guérison plus grandes que n'en donneraient l'exclusion simple et même la simple gastro-entérostomie.

3° Dans les méthodes de résection se rangent tous les procédés d'attaque directe de l'ulcère, aboutissant à son exérèse, soit par excision, soit par destruction *in situ*, soit par ablation segmentaire du tractus atteint.

L'*excision simple* de l'ulcère, si l'on s'en rapporte surtout aux résultats publiés par W. J. Mayo, est une bonne opération mais dont les indications sont limitées. Il faut les réserver aux ulcères de la première portion du duodénum et à ceux de la face antérieure. Une bonne façon de terminer l'opération semble bien être, pour éviter toute sténose, de pratiquer une

gastro-duodénostomie suivant la technique de Finney, en utilisant la brèche.

La *cautérisation* préconisée par Balfour n'est plus guère actuellement utilisée.

Les *excisions segmentaires* sont les duodénectomies ou les gastro-duodénectomies.

Les *duodénectomies* sont difficiles et graves. Cependant, il faut tenir compte des résultats intéressants obtenus par Nowak, Pannett, Finsterer, Clairmont.

Les *gastro-duodénectomies* auraient l'avantage de supprimer à la fois l'ulcère duodénal et la paroi de l'estomac qui, par sa sécrétion hyperacide joue un rôle important dans les récidives. Mais il y a des ulcères inextirpables et des ulcères associés duodénal et gastrique auxquels l'opération type est inapplicable. C'est dans ces cas que l'antrectomie pure donnerait d'aussi bons résultats que la gastro-duodénectomie.

Dans les résections, c'est le rétablissement de la continuité gastro-intestinale qui est le point litigieux. Le meilleur procédé est probablement celui de Reichel-Polya qui est l'implantation directe de la tranche gastrique dans le jéjunum.

Les nombreuses statistiques de résection qui ont été publiées montrent que le taux de la mortalité opératoire s'abaisse de plus en plus. Si vraiment ce taux arrivait à ne pas dépasser 3 ou 4 p. 100, la comparaison des résultats de la résection et de ceux de la gastro-entérostectomie serait au bénéfice de la résection.

4° Méthode d'énervation. — Elles ont la prétention de conserver le territoire lésé et de redresser la fonction par une action directe sur le système nerveux vago-sympathique. Elles ont été préconisées par Latarjet, Wertheimer, Stierlin et surtout Schiassi. Il est nécessaire d'attendre encore pour les juger, mais elles ne constituent pas non plus un traitement radical de l'affection et on peut se demander ce que vaut pour une fonction normale un estomac énervé.

Pour conclure, sous les réserves déjà formulées que l'étiologie de la maladie ulcéreuse restant inconnue, son traitement chirurgical n'est qu'un palliatif, il faut reconnaître qu'il donne souvent des résultats favorables là où a échoué le traitement médical. Il est donc légitime de l'entreprendre. Peut-être même pour l'*ulcère du duodénum* ne faut-il pas s'en tenir à la gastro-jéjunostomie. Il semble bien, en effet, que la résection large de l'ulcère (méthode directe) ou l'antrectomie (méthode indirecte) puissent être considérées comme une thérapeutique plus efficace de l'ulcère du duodénum.

DISCUSSION

SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

M. Kümmer (de Genève) donne simplement les statistiques des opérés de la Clinique chirurgicale de Genève.

Sur 95 malades opérés pour des ulcères duodénaux vrais il y a eu 10 morts postopératoires (10,5 p. 100).

23 de ces malades présentaient des ulcères perforés; il y eut pour ce groupe 8 décès (35 p. 100).

48 ont été traités par une gastro-entérostomie, 24 par des résections (1 décès).

Chez 34 les résultats à distance ont été bons (91 p. 100); chez 6, mauvais (persistance des douleurs, melæna, dyspepsie).

18 ayant subi une gastro-jéjunostomie simple, sans exclusion, ont donné 13 guérisons (72 p. 100) et 5 échecs.

7 ayant subi une gastrectomie ont donné 4 guérisons et 3 échecs; 16 ont été opérés par une large résection gastro-duodénale avec 14 guérisons et 2 échecs.

La gastro-jéjunostomie est grevée d'une faible mortalité : 2 p. 100; la guérison est définitive dans 72 p. 100 des cas.

La résection gastro-duodénale comporte 4 p. 100 de mortalité, mais donne 87 p. 100 de bons résultats éloignés.

M. Moppert (de Genève) montre, à l'aide de graphiques, les résultats de la gastro-entérostomie et de la résection de l'ulcère du duodénum. Il est frappant de constater l'augmentation des mauvais résultats dès que l'on pratique une exclusion pylorique, soit par simple ligature, soit par division complète de l'estomac. Le spasme pylorique joue un rôle essentiel dans l'apparition et la disparition des désordres gastriques : hypersécrétion, hyperacidité, accélération ou retard de l'évacuation, variations du péristaltisme, douleur, régurgitation et vomissements.

L'auteur est partisan de la gastro-entérostomie postérieure, à large bouche, dont la mortalité est quasi-nulle et qui est capable, à elle seule, de cicatriser un ulcus en facilitant le vidage rapide et régulier de l'estomac. La gastro-entérostomie a un effet direct sur le pylore en supprimant instantanément son spasme.

Il est de toute évidence que certaines catégories d'ulcus récidivent, font de l'ulcère peptique, saignent sans que des opérations successives et multipliées aient raison de ces complications.

L'ulcus hémorragipare s'accompagne souvent d'ulcérations multiples de la muqueuse gastro-duodénale. L'ulcère peptique est souvent lié à une inobservance de régime dans les mois qui suivent l'opération. L'alcool joue un rôle prépondérant.

Voici, dans ses grandes lignes, le traitement appliqué par l'auteur aux ulcus du groupe pylorique : il traite médicalement la forme sensitivo-motrice, opère la forme douloureuse pure et réserve les larges résections avec implantation gastro-jéjunale (type Reichel-Polya-Perthes) aux formes d'ulcères en activité et aux grandes hémorragies récidivantes.

M. Delagenière (Le Mans), dont l'expérience porte sur 707 observations, a finalement adopté la formule thérapeutique suivante : duodéno-gastrectomie avec anastomose Billroth II transmésocolique à anse courte et verticale, le matériel comprenant l'écraseur de Martel et les pinces jumelées de Lane. L'auteur n'a observé qu'un seul cas d'ulcère peptique et la gastro-duodénectomie ne lui paraît pas plus grave que la gastro-entérostomie à laquelle elle se montre supérieure par les résultats éloignés.

M. Pauchet (de Paris). La gastro-entérostomie guérit les deux tiers des malades. La gastrectomie en guérit 95 p. 100. Les 5 p. 100 des sujets non guéris présentent des troubles qui ne sont pas dus à l'ulcus mais à l'état général qui a produit l'ulcus.

La gastrectomie doit être l'opération courante. L'auteur la pratique 8 fois sur 10 et réserve la gastro-entérostomie aux obèses, aux tarés, aux sténosés cicatriciels du duodénum sans hyperacidité trop marquée.

Il faut systématiquement enlever l'appendice dans toutes ces interventions, comme du reste dans les cholécystites.

Les ulcus hémorragiques seront souvent opérés d'urgence, par la gastro-duodénectomie, car c'est là le seul procédé vraiment hémostatique.

Les perforations seront traitées par les procédés les plus simples et les moins schokants. On les surveillera longtemps; une gastrectomie secondaire sera souvent nécessaire.

Le seul défaut de la gastrectomie est de nécessiter une technique correcte et délicate que seule l'expérience permet d'acquérir.

M. Leriche est d'avis que la gastro-entérostomie donne d'excellents résultats dans 70 à 80 p. 100 des cas et l'oppose à la résection par principe.

Il essaie de déterminer les indications de cette dernière en étudiant pourquoi un ulcère se cicatrise après une opération qui ne l'enlève pas, et pourquoi dans les mêmes conditions souvent il ne se cicatrise pas. Ce qui fait qu'un ulcère ne se cicatrise pas ce n'est pas la callosité, mais un simple phénomène vasculaire. Ce n'est pas non plus l'adhérence, mais c'est le fait d'être pénétrant, d'être en perforation, bouché par un

autre organe. L'ulcère est assimilable à un anus contre nature ourlé à la peau. Spontanément, aucune réunion muco-muqueuse n'est possible. Il paraît donc logique de réséquer d'emblée ces ulcères.

Sur 20 gastrectomies dans ces conditions, il a eu 17 guérisons, 2 morts dans des ulcères sous-cardiaques et 1 mort par perforation secondaire duodénale dans un cas d'ulcères multiples.

L'auteur étudie ensuite l'ulcère peptique et la gastro-duodénite que l'on peut réaliser expérimentalement en faisant à des chiens des fistules œsophagiennes avec repas fictif.

Le chien, qui ne reçoit pas dans le bout inférieur de l'œsophage le produit de sa mastication sortie par la fistule, succombe en huit jours. Un temps double ou triple précède sa mort s'il reçoit au contraire, par le bout inférieur de son œsophage, le produit de sa mastication. Dans le premier cas il fait des hémorragies gastriques, de la duodénite et présente finalement une gastro-duodénite intense avec de petites ulcérations absolument identiques histologiquement à celles de l'homme.

Le traitement de la gastro-duodénite ne doit pas consister en une résection. Il relève de la diététique. La duodénite n'est pas une lésion d'infection mais un état particulier en rapport avec la chimie humorale.

M. Lambret (de Lille). L'auteur divise sa communication en deux parties : 1° les ulcères qu'on voit; 2° ceux qu'on ne voit pas et qui sont de faux ulcères.

Il n'accepte pas la résection systématique de l'antre pylorique et se borne à faire quand elle est possible l'ablation de l'ulcère et une gastro-entérostomie.

Les ulcères calleux très adhérents à la première portion du duodénum ne doivent pas être enlevés chez les obèses, pas plus que les ulcères intéressant l'ampoule de Vater.

La gastro-entérostomie doit être pratiquée dans chaque cas. Elle a une action nettement sédative et permet d'enlever sans risque dans un second temps les ulcères adhérents.

La qualité des résultats éloignés dépend de la surveillance médicale ultérieure des malades.

Pour les ulcères qu'on ne trouve pas à l'opération, la gastro-jéjunostomie est néfaste. Dans ces cas, il y a des lésions du carrefour sous-hépatique : périduodénite, péricholécystite, ptoses et stases duodénales et vésiculaires. Ces lésions coexistent souvent et demandent à être traitées opératoirement chacune pour son compte.

L'auteur pratique dans les duodénites, les péricholécystites, les stases vésiculaires, la plicature du duodénum qui raccourcit le duodénum, le rejette vers la gauche et l'empêche d'adhérer à la vésicule, elle-même diminuée par une autre plicature.

A l'heure présente, il a pratiqué 20 opérations de ce genre. Du point de vue clinique, les 20 malades ont été transformés.

M. Lapeyre (de Tours). Envisage surtout sa statistique d'après-guerre. Il s'agit toujours d'ulcères vrais du duodénum.

Nombre d'interventions : 79. 7 malades sont opérés depuis trop peu de temps. Reste donc à considérer 72 cas.

41 malades présentaient des phénomènes de sténose.

Les résultats ont été bons pour 51 opérés (72 p. 100), médiocres pour 13 opérés (17 p. 100), mauvais pour les 8 autres (11 p. 100).

A noter que parmi ces 8 cas mauvais, il y eut 3 morts aux sixième, huitième et dixième mois, que 3 autres cas n'ont présenté aucune amélioration (persistance des douleurs, des vomissements, des hémorragies).

L'auteur n'a jamais observé ni cancérisation ni ulcère peptique.

La gastro-duodénectomie *lui paraît* une intervention souvent difficile avec une mortalité plus élevée. Aussi donne-t-il la préférence à la gastro-jéjunostomie. Cependant, en cas d'hémorragie impressionnante la gastro-duodénectomie est particulièrement indiquée.

M. Abadie (d'Oran). Sur 300 cas de lésions ulcéreuses de l'estomac ou du duodénum publiés en 1927, à la Société de chirurgie, 221 sont des ulcères duodénaux simples, multiples ou associés.

Ils ont donné lieu à 20 gastro-entérostomies, à 1 gastro-entérostomie avec exclusion pylorique et à 200 duodéno-pylorectomies (4 Péan, 2 Polya, 194 Bilhroth II).

La mortalité a été de 5,5 p. 100.

98 malades ont répondu à un questionnaire envoyé récemment.

La gastro-entérostomie donne 10 guérisons totales, 2 améliorations, 1 échec, 3 ulcères peptiques.

La duodénectomie donne 70 guérisons complètes, 15 améliorations, 7 ulcères peptiques.

12 opérations dirigées contre des ulcères peptiques ont été pratiquées trois fois après une duodéno-pylorectomie (3 guérisons), neuf fois après une gastro-entérostomie (4 guérisons et 5 décès).

Dans l'ensemble, l'auteur approuve les conclusions des rapporteurs en ce qui concerne notamment la légitimité du traitement chirurgical, la supériorité de la duodéno-pylorectomie sur la gastro-entérostomie, la nécessité de la résection gastrique large quel que soit le siège de l'ulcère, l'utilité sociale de pareilles interventions.

M. Guillaume-Louis (de Tours). La guérison de l'ulcère du duodénum a été demandée à des opérations variées; le moment est venu d'établir le bilan des résultats et de voir, à la lumière des succès et des échecs éloignés ce qu'on doit attendre de tel ou tel procédé opératoire.

L'auteur apporte l'appoint de ses résultats. Il n'a tenu compte que des malades, dont il a pu retrouver les fiches opératoires, qui ont pu répondre à son enquête, dont il a pu contrôler en un mot l'état actuel.

Ces malades au nombre de 32 ont été opérés suivant les mêmes procédés. L'opération la plus récente remonte à cinq ans, la plus ancienne à dix-sept ans.

20 de ces malades se considèrent comme parfaitement guéris. Ils n'ont plus aucun trouble fonctionnel gastrique; beaucoup même ne suivent plus de régime alimentaire.

9, tout en continuant à avoir quelques malaises et à suivre un traitement médical ne souffrent plus et ne présentent aucun des signes cliniques de l'ulcère. Ce sont là des améliorations nettes sinon des guérisons.

Enfin, 3 malades souffrent encore et malgré le conseil de l'auteur se refusent à tout nouveau traitement chirurgical. On les considère comme des échecs.

Tous ont subi une gastro-entérostomie sans intervention complémentaire : opération simple, sans danger, donnant à distance des résultats au moins aussi bons que les résections. Elle n'est pas exempte d'échecs, mais aucune autre intervention ne met à l'abri des mêmes échecs.

Jamais l'auteur n'a ajouté à la gastro-entérostomie l'exclusion du pylore; c'est là une mauvaise technique qui favorise l'apparition de l'ulcère peptique.

La gastro-jejunostomie agit en modifiant l'évacuation gastrique et en favorisant la cicatrisation de l'ulcère. Le rôle du chimisme gastrique est considérable dans l'évolution de la maladie ulcéreuse. Mais l'opération chirurgicale ne constitue pas à elle seule tout le traitement. Elle modifie le transit, met le duodénum au repos; il faut encore que la thérapeutique médicale agisse sur la sécrétion gastrique.

La résection sera-t-elle dans l'avenir un traitement plus efficace?

Pour l'instant, qu'on le veuille ou non, la résection compte des aléas et une mortalité immédiate non négligeable. Cette raison suffit à l'auteur pour lui faire préférer la gastro-entérostomie.

M. Costantini (d'Alger). La gastro-entérostomie est une opération simple qui donne des résultats aussi bons et peut-être meilleurs que les résections.

Sur 90 gastro-entérostomies l'auteur a eu 5 décès dont 3 par complications pulmonaires et 2 par sténoses serrées du pylore.

Sur les 85 restants, 16 sont des indigènes qui n'ont pu donner de leurs nouvelles.

Reste donc à considérer 69 sujets, suivis, radioscopés et revus.

2 ont succombé trois ou quatre ans après l'intervention de maladies n'ayant rien de commun avec l'ulcère.

Tous les autres ont guéri ou ont été améliorés à l'exception de 3.

Ces trois insuccès se résument comme suit : un sujet souffre encore bien qu'il ait pris 4 kilos, un autre opéré en 1924 a été réopéré depuis, l'ulcère avait persisté; le troisième porte un ulcère peptique.

Les résections ne sont de mise que si le pylore présente des lésions suspecte de cancer.

M. de Butler d'Ormond (d'Amiens). A opéré 32 ulcères duodénum vrais depuis 1922; 27 seulement ont été revus et suivis.

De 1922 à 1925 : 12 cas se classent ainsi : 2 perforations qui ont donné 1 décès, 9 gastro-entérostomie avec ou sans exclusion, 1 polya.

De 1926 à 1928 : 15 cas : 1 perforation, 9 gastro-entérostomies sans mortalité, 5 résections.

De l'examen des résultats l'auteur conclut : la gastro-entérostomie a le mérite de la simplicité mais la résection est plus efficace; elle nécessite toutefois une habileté spéciale que seule peut donner l'expérience (1).

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY ET DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1928)

Modifications bio-chimiques imprimées aux cultures de B. abortus en vue de la prémunition contre la fièvre ondulante. — M. Etienne Burnet.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'adonis agit surtout en soutenant le cœur en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

INFORMATIONS

(SUITE)

Habrekorn, Haguier, Hai, Halbron, Hamburger, Hamel, Harari, Hardy, Mlle Harispe, MM. Hausknecht, Haye, Hébert, Hecht, Hechter, Mlle Herman, MM. Henry, Hervé, Heunet, Hilaire, Hinard, Mlle Hitier, MM. Homsey, Horn, Houzel, Huberman, Huguet, Huguier, Humbert, Huriez, Husset,

Inbona, Isaksohn, Israël.

Jaccotton, Jacquot, Jacowski, Jaffré, Jaïna, Jalkh, Jarry, Jaubert, Mlle Jesensky de Nagy, MM. Jeulain, Jolicœur, Joly, Jones, Jonesco, Jouanneau, Journe, Jude, Judet, Jungné, Jurist.

Kalmanovitch, Mlles Kapp, Karcher (Annette), Karcher (Henri), Katz, Kérambrun, Kerzreho, Kestenberg, Klein, Kogon, Kolpenitzki, Krakowski, Kraüter, Krivine, Kun, Kunlin, Mlle Kuypers.

MM. Laboureau, Laboureix, Mlle Lacassagne, MM. Lachaud, Lacheny, Lachmann, Lacombe (Henry), Lacombe (Pierre), Laguzet, Lafourrad, Mlle Lair, MM. Lamasson, Lamirand, Lamy, Mlle Lanfry, MM. Lapeyre, Laplagne, Lardy, Laroche, Larrive, Laugier, Laurent, Lauriat (Charles), Lauriat (E.), Lauthier, Mlle Lautmann, MM. Lautrette, Latour (Jean), Latour (Max), Laval, Lavergne, Lazaroff, Lebé, Le Beau, Lebois, Le Bras, Le Breus, Lebrun, Lecocq (Robert), Le Cœur, Lecoq (Alain), Mlle Ledan, MM. Leduc, Lefer, Lefèvre (Marcel), Le Foll, Mlle Legagneux, Mme Le Goff, MM. Lehmann, Lejbowicz, Lejeune, Lemmet, Lenglet, Lenoir, Léon, Léoty, Leroux, Lesauvage, Lesguillons, Le Sourd, Levecq (Léon), Levêque (Jean), L'Huillier, Liber, Lichtenberg, Lienard, de Lignières, Lombard, Longuet (André), Longuet (Yves), Lortat-Jacob, Losay, Lucadou, Lucas, Luciani, Mlle Luders, M. Ludmer, Mlle Luneau, MM. Lurie, Lutrot.

Maarek, Machet, Maclou, Macrez, Maggi, Magnler, Mahé, Mlle Mahieu, MM. Maillard (Jean-Pierre), Maillard (Emile), Maillet, Mlles Makover, Malan, MM. Malartio, Manil, Marçais, Maroland, Margout, Mlle Marion, MM. Maroger (Bernard), Maroger (Frank), Marque (Victor), Marques (Samuel), Martel, Martin (Jean-Ernest), Martin (Jules-Jean), Martin (Noël), Martin (Pierre-Jean-Baptiste), Martin (Pierre-Jean-Robert), Martin (René), Martinez, Martini, Martinot, Martrou, Mass, Masson (Jean), Masson (Roger), Massonie, Mathieu, Mathiot-Beaugendre, Mathivat, Matis, Maurice, Maury, Mayer, Maynadier, Mlles Melik Ogandjanoff, Melon, Merlier, MM. de Mestier du Bourg, Meyblum (Raymond), Meyer (Louis), Meynard, Michy, Micoud, Mlle Micozyk, MM. Mifeud, Mignen, Mlle Millaut, MM. Milliau, Mirebeau (Gilbert), Mirbeau (Gér.), Moïse, Molinery, Mme Mollaret, MM. Monbeig-Andrieu, Monceau, Monier, Montaigne, Montarnal, Montel, Montellier, Morax, Moreau (Gilbert), Moreau (Jacques), Moreno, Morin, Moro, Mouchet, Mouchotte (Jean), Mouchotte (Maurice), Mougin, Moulinier, Moulle, Mouville, Mlle Moyen, M. Muhlrad, Mlle de Mure de Larnage,

MM. Naficy, Nardi, Nastorg, Naud (Georges), Naud (Hub.), Nègre, Netter, Neveu (Adolphe), Mlle Neveu (Renée), MM. Nguyen (Van Nguyen), Nguyen (Hai), Nguyen-Trung, Nguyen-Van (Kinh), Nicaise, Nico, Nicolaï, Nordin, Normand, Nuridsany, Nyer.

Mlles Œconomos, Œhmicheu, MM. Olivier (Claude), Olivier-Pallud, Opin, Opolon, Ornstein, Ory, Oster, Oudin, Ovary (Zolton).

Pagès, Pailheret, Mlle Paillé, MM. Palangié, Papazoglou, Para, Mlle Parturier, MM. Pasquereau, Pasquier, Payet, Pécher, Pellet (Christian), Pellé (Jean), Pereton, Mme Perlès (née Levisalle), M. Perret, Mlle Petitet, M. Petraud, Mlle Pétroff, MM. Peyaud, Peyne, Pham-Ba, Phan-Van, Philippe, Piani, Picard (Georges), Mlle Picard (Suzanne), MM. Picard (René), Picaud, Picquart, Pideri, Pierra, Pigeanne, Pigeaud, Pillière de Tanouarn, Pimpaneau, Pineau-Valencienne, Pinto, Pioux, Piroux, Plawner, Poirier, Poisson, Politis, Pons, Popa, Pottier, Mlle Pougeoise, MM. Pouhin, Pouliquen, Poumpoures, Pour (Joseph-Maurice), Pour (Henri), Pouyol, Prallet, Prévost (Jean), Prévost-Bouillet, Prieur, Mlle Privat, M. Prunier, Mlle Puisais, MM. Pulconis, Puvion,

Quentin (Jean-Marie), Quétin (Jean),

Rachstein, Raffray, Raison, Rakover, Rambert, Rauch-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

bach, Ray, Raybaut, Raynard, Mlle Regnault, M. Rehel, Mme Reichenberg, M. Renard, Mlle Renaud, MM. Rendu, Renet, Mlle Renier, M. Ribert, Mlle Riche, MM. Richard (Eugène), Richard (Gabriel), Ripard, Rivet, Roch (Ch.), Roche (Jean), Rodier, Rogé, Rollat (de), Rollin, Ronot, Rosanoff, Rosenbach, Rosenswajg, Rosenstein, Rossano, Rostain, Mlles Rotkiel, Rouard, M. Rouchy, Mlles Roule, Rousier, MM. Rousseau, Rousselot, Mlle Roussy, MM. Rouvillois, Roux (Marcel), Roux (Maurice), Roy (Fernand), Roy (Roger),

Mlle Sabetay, MM. Sachnine, Salomon, Salaun, Mlle Salembiez, MM. Salleron, Sandée, Sarrazin, Schatz, Schérédine, Mlle Schifrin, MM. Schmierer, Schmitt, Schneyder, Schwarcz (Emeric), Schwartz (Salomon), Schwartzenberg, Seguin, Seidengart, Seringue, Sexe, Siau, Sierra, Sikora, Mlle Silvy, MM. Simon (Gaston), Simon (Jacques), Simon (René), Spector, Sobel, Sobieski, Solomon (Jacques), Solomon (Mendel), Soulignac, Steinberg, Steiner, Stéphan, Steurmann, Mlle Strozecka, MM. Strumza, Sufrin, Sulem, Szigati, Szwaro.

Tabar, Tabary, Tantin, Temerson, Tempier, Terver, Theurkauff, Thévenin, Thévénot, Thiébaut, Thomas (André), Thomas (Raymond), Thomazé, Thouret, Mlle Thueux, MM. Tissier, Torchaussé, Touraine, Touzard, Touzé, Tran-Ba-Huy, Trân-Tân (Phât), Tran-Van (Do), Tran-Van (Doc), Traut, Trepsat, Trestorian, Tricault, Triffaut, Tsoutsos, Tuchmann, Tugler, Turlotte.

Ullmann, Ungier.

Vacher, Vachlas, Vaisman, Vaissière, Valarché, Vallancien, Valot, Mlle Valroff, M. Vamos, Mlle Van Autgaerdeu, MM. Vannier (Henri), Vannier (Léon), Varangot, Varay, Varin, Vautier, Vélez, Vendryes, Mme Vergoz (née Reboul), MM. Vérin (Raymond), Verre, Veysset, Viault, Viennot, Vige, Vigneron, Vildé, Villaret, Vincelet, Vincent (Georges), Vincent (Jules), Vincent (Philippe), Vintzel, Vioget, Mlle Vishnevsky, MM. Vitenson, Voiriot, Voisin, Vuillot,

Mlle Wall, MM. Wattez, Weill (Jacques), Mlle Weiller, M. Weintraub, Mlle Weissberg, MM. Weisz, Wimphen, Winter, Wolf, Wolfowicz, Woringer,

Yaïch,

Zaepffel, Zambrano, Zana, Zerbib, Zébouny, Zeller, Zwiebel.

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Un concours sur titres est ouvert à l'hôpital de Saint-Denis pour la nomination d'un chirurgien adjoint.

Les inscriptions seront reçues au siège de la Commission administrative, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis, jusqu'au 30 novembre 1928 inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin commandant Boyer (Louis), retraité pour blessures de guerre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Aillet (de Cahors).

COMMISSION SUPÉRIEURE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MARINE. — M. le médecin général Lévy, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, a été désigné pour faire partie de cette Commission, en remplacement du médecin général Savornin, appelé à d'autres fonctions.

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE VICHY. — Un décret en date du 14 octobre porte l'allocation du commissaire du gou-

vernement près l'établissement thermal de Vichy de 7.500 à 22.000 fr. (*J. O.*, 17 oct. 1928.)

SANATORIUMS PUBLICS. — Un décret fixe les nouveaux traitements des médecins des sanatoriums publics. Ces traitements sont échelonnés de 28 à 36.000 fr. pour les médecins-directeurs et de 18 à 26.000 fr. pour les médecins-adjoints. (*J. O.*, 18 octobre 1928).

CONFÉRENCE DE LA VACCINATION ANTITUBERCULEUSE. — Une conférence d'experts sur la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. (bacille Calmette-Guérin), convoquée par l'organisation d'hygiène de la Société des nations, s'est ouverte dimanche matin à l'Institut Pasteur. Le but de cette conférence est d'élaborer et de soumettre au Comité d'hygiène de la Société des nations un plan d'études international de la vaccination par le B. C. G.

Le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a souhaité la bienvenue aux membres de la conférence et a exprimé la satisfaction qu'il éprouvait de pouvoir, une fois de plus, mettre l'Institut Pasteur à la disposition de l'organisation d'hygiène de la Société des nations. Le docteur Th. Madsen (Danois), président du Comité d'hygiène de la Société des nations, a répondu en rappelant les éminents services rendus par l'Institut Pasteur à l'organisation d'hygiène et en rendant hommage aux travaux du docteur Roux à ce sujet et en exposant le but de la conférence.

La conférence s'est ensuite divisée en trois commissions et ne se réunira en séance plénière qu'à la fin des travaux de ces commissions. Le bureau de la conférence est ainsi composé :

Présidents : professeur Roux, directeur de l'Institut Pasteur (Paris); professeur Th. Madsen, directeur de l'Institut sérologique de l'Etat (Copenhague); secrétaire : docteur L. Rajchman, directeur de la section d'hygiène de la Société des nations, à Genève.

Présidents des sous-commissions :

Bactériologistes : professeur Bordet, directeur de l'Institut Pasteur (Bruxelles).

Cliniciens : professeur Léon Bernard, professeur de clinique de la tuberculose, Faculté de médecine (Paris).

Vétérinaires : professeur J. Nowak, directeur de l'Institut vétérinaire (Cracovie).

INFIRMIÈRES DES HOPITAUX MILITAIRES. — Un concours s'ouvrira le 8 janvier 1929 pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent).

Traitement : 8.000 à 14.500 fr., augmenté d'indemnités diverses.

Pour tous renseignements utiles, s'adresser au médecin chef de l'hôpital militaire le plus proche, ou au directeur du Service de santé de la région. (*J. O.*, 16 oct. 1928.)

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — La session ordinaire pour 1928 du Comité permanent de l'Office international de l'hygiène publique, qui comprend les représentants officiels des quarante-huit Etats participant à cet organisme, en application de l'arrangement international du 9 décembre 1907, s'est ouverte à Paris, sous la présidence de M. O. Velghe, secrétaire général du ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène de Belgique.

Pendant cette session, le Comité poursuit l'examen des questions d'ordre administratif ou technique que soulève l'exécution de la plus récente convention sanitaire internationale (Paris, 21 juin 1926) : entre autres la publication d'un annuaire sanitaire maritime international; la désignation des ports officiellement qualifiés, dans les divers pays, pour délivrer aux navires les certificats du modèle établi par l'Office exigés en ce qui concerne l'absence de rats à bord; le statut des médecins de bord, etc. Il doit étudier le fonctionnement du service des notifications des maladies « pestilentielles », organisé par l'office en application de la même convention.

Figurent encore au programme des travaux du Comité les premiers résultats de l'enquête qu'il a décidé d'entreprendre auprès des administrations sanitaires des divers pays, touchant certains points, en relation avec le vaccin antituberculeux « B. C. G. »; ces diverses questions se rapportent à l'épidémiologie, la prophylaxie et le traitement de la fièvre jaune, de la peste, du choléra, de la poliomyélite antérieure aiguë, des accidents neurosyphilitiques; les conditions dans lesquelles se présente la question des antiseptiques et des colorants ajoutés aux denrées alimentaires exportées, et enfin les bases d'une action internationale possible en matière d'hygiène sociale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur W. R. Omeliansky, bactériologiste russe; et celle de M. Pierre-André Colin, externe des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, médaille militaire, croix de guerre, qui a succombé aux suites d'une maladie contractée pendant la guerre. Nous adressons à son père, M. le docteur Henri Colin, médecin honoraire de l'asile Sainte-Anne, l'expression de nos bien vives condoléances.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — (Service de M. le docteur BENSAUDE.) — *Maladies de l'intestin* (une semaine de cours et de travaux pratiques). — Du 5 au 12 novembre 1928, M. Raoul Bensaude, assisté de MM. André Cain, médecin des hôpitaux; Pierre Oury, Hillemand, Rachet, Marchand, Terrial, Lelong, Lambling, Boltanski et Aine, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Tous les matins, à 11 h., travaux pratiques : Rectoscopie. Injections sclérosantes des hémorroïdes. Examens aux rayons X. Electrothérapie. Examen chimique et parasitologique des selles.

Les élèves, divisés en séries, pratiqueront eux-mêmes des examens et s'initieront aux méthodes nouvelles, sous la direction du docteur Bensaude et de ses chefs de laboratoire.

Les conférences sont gratuites. — Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 fr. et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès du docteur Oury, hôpital Saint-Antoine (service du docteur Bensaude).

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

— COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur A. Gosset commencera son cours de clinique chirurgicale, à la Salpêtrière, le mercredi 7 novembre 1928, à 11 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis et mercredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 86 — MERCREDI 24 OCTOBRE 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 24 OCTOBRE 1928. — N° 86.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 18 octobre. — Questions données : « Signes du goitre exophtalmique. — Signes et diagnostic de l'orchi-épi-dymite tuberculeuse. »

MM. Rudler, 24; Vandenbosch, 19; Soubrane, 12; Voillemin, 25; Auzepuy, 12; Grasset, 17; Illaire, 20; Trocmé, 23; Aubin, 15.

Séance du 19 octobre. — Questions données : « Zona intercostal. — Signes et diagnostic des fractures du col anatomique du fémur. »

MM. Royer de Véricourt, 18; Bosquet, 19; Rochard, 27; Jarrousse, 16; Mlle Cathier, 10; MM. Pérachon, 18; Bargeton, 12; Sallet, 18; Mlles Weiss, 21; Barnaud, 10.

— Concours de stomatologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. L'Hirondel, Roy, Darcissac, Rivet, Rieffel, qui acceptent; Nespoulous, Didsbury, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Ruppe et Richard.

— Concours d'ophtalmologiste. — Le jury est définitivement composé de MM. Magitot, Poulard, Morax, Terrien et Rochon-Duvignaud.

— Concours d'oto-rhino-laryngologie.— *Erratum* : Dans le n° 85 du 20 octobre, il s'est glissé une erreur grossière que nos lecteurs auront sans doute rectifiée déjà. M. Aubin a eu la note 44 et non 14 comme nous l'avons imprimé.

— Le jury d'admission est provisoirement composé de MM. Lemaître, qui accepte; Grivot, Rouget, Hautant, Moulonguet, Bréchot, Renaud, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Prix Fillioux. — Le jury est composé de MM. Bourgeois, Chatellier, Bloch, Guillemot et Marion.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Roget, Damez, Thies, Racouchot, Boulez, Barbier, Rouquet, Bouquin, Friech, Charton, Bucher, Bérard, Soustelle, Vagnieux, Clerc, Brun, Mlle Bourgeois, MM. Rochedix, Contamin, Aulagner, Vachon, Roulet, Mansuy, Mlle Anselme, M. Ferragne, Mlle Jourdanet, MM. Bizollon, Loras, Piaget, Duparc, Giuliani, Mlle Durand, M. Olivier, Mlle Barral, MM. Ribollet, Grégoire, Pliante, Molossane, Vernus, Chauviré, Duguet, Siffre, Gaillard, Garo, René Blanc, Mlle Joly, MM. Jer, Netty, Sauft, Chabalier, Dubauz, Allemand, Marmet.

Externes provisoires : MM. Rodriguez, Sarrazin, Perche, Raynaud, Chen, Barioz, Verrière, Cholat-Namy, Héritier, Mlle Berrier, MM. Kelidjian, Henri Blanc, Cousty, Martinet, Aigrot, Bertrand, Delrous, Falconnet, Lévi, Charlet, Pycheva.

— Le docteur R. Martine, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé médecin adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — La chaire d'histoire naturelle médicale et de parasitologie est transformée en chaire de microbiologie et de parasitologie. M. Pinoy, professeur d'histoire naturelle médicale et de parasitologie, est nommé professeur de microbiologie et de parasitologie.

La chaire de matière médicale de la même Faculté est transformée en chaire de botanique et matière médicale. M. Sevenat, agrégé près la Faculté, est nommé professeur de botanique et matière médicale (chaire transformée).

SERVICE DE SANTÉ COLONIAL. — Le concours qui s'ouvre le 3 décembre prochain à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, permet à tout docteur en médecine ou pharmacien, de nationalité française, âgé de moins de trente-deux ans, ayant satis-

fait à ses obligations militaires d'activité, d'entrer dans le corps de santé colonial avec le grade de lieutenant.

Les conditions de ce concours sont fixées par un arrêté ministériel en date du 31 juillet 1928, paru au *Journal officiel* des 6 et 7 août 1928.

Des bourses de 10.000 fr. sont offertes aux candidats admis à ce concours en compensation de leurs frais d'études.

Des renseignements détaillés sur la carrière de la médecine coloniale, sur les soldes, indemnités, etc., seront fournis sur demande adressée au ministre de la Guerre, direction des troupes coloniales (1er bureau).

UMFIA (UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-ITALO-AMÉRICAINE). — Le prochain dîner amical de l'UMFIA aura lieu le mercredi 31 octobre, à 8 h. précises au restaurant de l'Ecu de France, 6, rue de Strasbourg (gare de l'Est).

Le prix du dîner sera de 45 fr. (tout compris).

Ce dîner sera un repas de gourmets.

Envoyer les adhésions *avant* le 28 octobre à M. le docteur Grunberg, 74, rue Blanche, à Paris (IXe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Henri Imbert, de la Faculté de Montpellier. Nous adressons à son frère, le professeur Léon Imbert, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, l'expression de notre très profonde et bien affectueuse sympathie; — de MM. les docteurs Gervais de Rouville, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier; Emilio Coni (de Buenos-Ayres), membre correspondant étranger de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène; Arthur Triffet (de Charleroi).

CORRESPONDANCE

L'HYPOTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE IDIOPATHIQUE

Au très honoré Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX, *Paris.*

Dans le n° 76 de votre excellent périodique j'ai lu une « Actualité », rédigée par M. Brelet, sur l'hypotension artérielle permanente idiopathique.

Dans cet article, je ne vois pas cités mes travaux qui ont initié la connaissance du spécial type clinique. Ma publication première et la plus détaillée date de l'année 1903 (*La Medicina italiana*, Napoli, agosto 1903).

Un ample résumé de cette publication et de tous mes travaux successifs a paru récemment dans l'excellente revue française, *Acta medica latina*, dans le fascicule de mai 1928. Il suffit de lire ce résumé comparativement avec l'article de M. Brelet pour se convaincre objectivement que : hypotension artérielle permanente idiopathique, hyposphyxie de Martinet, triade de Vincent, insuffisance tensionnelle de A. Dumas, toutes ces dénominations différentes regardent toujours le même contenu de faits cliniques, que j'ai individualisé le premier plusieurs années avant les publications de ces auteurs. Et j'ai individualisé non seulement le type nosographique mais aussi l'interprétation pathogénique et la thérapie du type clinique que j'appelai « Angio-ipotonia costituzionale ».

Dans le fascicule cité de l'*Acta medica latina* j'ai esquissé, en paragraphes différents, tous les côtés de l'argument que j'avais traités dans mes travaux initiés en 1903.

Je suis sûr que vous voudrez publier ces quelques lignes qui sont dictées par le droit de l'*Unicuique suum* et par l'intimité des rapports qui lient la médecine italienne à la médecine française.

Agréez mes remerciements empressés et mes salutations bien distinguées.

PROF. ANDREA FERRANNINI,
Président de l'Ecole libre médico-chirurgicale napolitaine,
Rédacteur en chef de *La Riforma medica*.

Pierre-V. MASSON

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris, il y a quelques jours, la mort de M. Pierre Masson, décédé à l'âge de 63 ans, à la suite d'une courte maladie.

M. Pierre Masson appartenait à la lignée des grands éditeurs qui, depuis plus de cent ans, ont donné une si haute réputation à la célèbre librairie du boulevard Saint-Germain. Il succédait à son grand-père Victor Masson et à son père Georges Masson. Après avoir passé par l'Ecole centrale, M. Pierre Masson se consacra à la maison familiale et en accentua la spécialisation scientifique et médicale.

Sa grande expérience des affaires autant que sa droiture et sa courtoisie lui avaient valu une autorité considérable. Autorité bien justifiée car dans le monde entier les beaux livres édités avec un goût si sûr par la maison Masson ont contribué à faire la meilleure des propagandes françaises.

Une grande partie des efforts de M. Pierre Masson était consacrée à ses périodiques aussi nombreux qu'importants, et en particulier à la *Presse médicale* qui, sous son impulsion, a atteint un si haut degré de prospérité.

M. Masson était le libraire de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine; il est d'ailleurs peu de Sociétés savantes qui n'aient eu recours à lui pour la publication des bulletins et mémoires. Son expérience et son dévouement étaient en outre mis bien souvent à contribution pour nos réunions professionnelles. Les comités et les congrès dont il a été le trésorier sont innombrables.

Très sincèrement nous prions son fils et associé M. Georges Masson, son beau-frère M. le professeur Pierre Teissier et la rédaction de la *Presse médicale* de recevoir l'expression de nos profonds regrets et de notre bien vive sympathie.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 23 octobre. — Jury : MM. Duval, président; Nobécourt, Chevassu et Mondor. — Mlle LOROT. Accidents nerveux au cours des vomissements. — M. LÉVY. Etude sur le traitement des plaies et fistules.

Jeudi 25 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, Coquot, Robin, Dechambre et Moussu. — M. BAZIN. Considérations sur le typhus du chien. — M. MAUBOUSSIN. Etude clinique de la gourme. — M. HUCHIN. Le cheptel bovin du Pas-de-Calais.

Vendredi 26 octobre. (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; M. Labbé, Moussu et Robin. — M. RAULT. Renversement de l'utérus chez la vache. Traitement. — M. GODET. De l'intoxication des bovins par l'alcool.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LE

TRAITEMENT DES ULCÈRES DUODÉNO-GASTRIQUES

Par M. R. LERICHE,
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'impression que je retire de mon expérience personnelle en matière de traitement de l'ulcère d'une façon générale et d'ulcère duodénal, en particulier, est très favorable à la gastro-entérostomie. Je sais bien qu'on n'a pas l'air d'être dans le train si on ne se déclare pas de plus en plus gastro-duodénectomiste, mais cela m'est égal et je me demande si dans cette question comme dans tant d'autres en thérapeutique on ne confond pas deux choses qui ne sont pas fatalement liées : la joie orgueilleuse d'une technique de haute école, et la supériorité du résultat thérapeutique.

En tout cas, si j'ai bien lu les rapports au dernier Congrès de chirurgie de mon maître Delore et celui de mon ami Okinczyc, je trouve qu'ils donnent l'un et l'autre le sentiment que la gastro-jéjunostomie est bien dans l'ulcère duodénal une excellente opération du point de vue des résultats éloignés. Delore ne nous dit-il pas que, d'après sa propre expérience qui est une des plus étendues qui soit, cette opération est suivie de succès définitif dans 70 à 80 p. 100 des cas, tandis qu'Okinczyc donne 65,95 p. 100 de bons résultats d'après la statistique de la clinique de M. Hartmann.

Malgré cela, il est indéniable que les deux rapporteurs du Congrès de chirurgie, du moins dans les parties terminales de leurs rapports, ont eu une tendance marquée à vouloir que l'on substitue en principe la gastro-duodénectomie à la gastro-entérostomie. Il me semble qu'ils n'ont pas résisté assez, malgré leurs fortes personnalités chirurgicales à un violent courant qui nous vient d'Autriche. Il sévit actuellement une véritable épidémie résectionniste. On dirait vraiment que l'estomac ne sert plus à rien. C'est à qui enlèvera le plus : Votre malade a-t-il, malgré une résection, un ulcère peptique, c'est que vous n'avez pas enlevé assez d'estomac. Il faut en enlever encore et si malgré cela l'ulcère revient, enlever toujours. Je ne crois pas que cette épidémie dure. Mais elle fait actuellement beaucoup de ravages, et certainement elle aura des formes prolongées et récidivantes. Je pense qu'il est bon de réagir et de raisonner davantage à ce que nous faisons.

Qu'il y ait des cas où la gastro-duodénectomie soit nécessaire et indispensable, c'est certain. Qu'elle doive être pratiquée dans 25 p. 100 des cas environ, ainsi que cela ressort des statistiques, je l'admets volontiers. Mais je pense qu'il est possible de déterminer à l'avance ces cas, du moins assez habituellement, et qu'il n'y a pas nécessité de substituer par principe, dans la moyenne des cas, la gastro-duodénectomie et surtout la résection de l'antre pylorique laissant en place l'ulcère, à l'anastomose. Si nous ne réagissons pas contre cette standardisation injustifiée, il est fort à craindre que, faute d'une certaine précision dans les indications, on en vienne dans la pratique à réséquer surtout les ulcères qui auraient guéri simplement, et qu'on ne continue de laisser en place ceux dont la résection nécessaire est difficile, exige une certaine maîtrise, en faisant courrir un certain risque.

Mais ce n'est pas sur une question de sentiment que ceci doit se juger.

Si l'on veut aboutir à des règles valables pratiquement dans semblable problème, qui au fond est celui du traitement des ulcères gastro-duodénaux en général, il faut au préalable examiner deux questions dont la solution domine toute la discussion en cours.

Ces questions sont les suivantes :

Qu'est-ce qui fait qu'un ulcère guérit après une opération qui ne l'enlève pas ?

Qu'est-ce qui fait que dans d'autres cas il ne guérit pas ?

Voyons la première question :

Pourquoi un ulcère guérit-il quand on intervient sur l'estomac sans faire de résection?

La première réponse qui vient à l'esprit, c'est que l'anastomose, si elle est bien faite, agit mécaniquement, draine l'estomac, supprime la stase, par suite diminue les conditions favorisantes de l'hypersécrétion. Il est bien certain que dans nombre de cas, cela est vrai et que cela joue un rôle important dans la guérison. Mais cependant, il nous est impossible de dire que c'est cela même qui conditionne la guérison de l'ulcère, puisque après de simples opérations d'enfouissement dans des ulcères perforés, sans gastro-entérostomie, on voit des ulcères guérir complètement et définitivement au point qu'à la réintervention, quelques semaines plus tard, on n'en trouve plus trace.

Certes, la gastro-entérostomie met l'estomac en conditions meilleures. Il va de soi que s'il y a crampe pylorique ou oblitération mécanique du pylore, elle est d'une nécessité absolue. Mais *il y a dans le mécanisme même de la cicatrisation autre chose qu'une simple question d'évacuation gastrique.* On dit souvent que l'anastomose empêche l'irritation de l'ulcère par les aliments, mais si ceci est vrai d'un ulcère pylorique, ce n'est pas valable pour tous les ulcères de la petite courbure, qui ont toujours le contact alimentaire, et ce n'est pas vrai des ulcères perforés opérés sans gastro-entérostomie. *Alors pourquoi un ulcère guérit-il après une opération gastrique simple dans les cas où il n'y a pas de stase?*

Je pense que pour résoudre cette question, il faut recourir à des notions de thérapeutique générale auxquelles nous ne songeons pas assez dans notre vie si manuelle. Nous ne devons jamais perdre de vue que toute cicatrisation pariétale est le fait du tissu conjonctif et qu'elle exige une vaso-dilatation préalable.

Prenons le cas simple d'un ulcère non perforé à fond péritonéal intact. Quand un tel ulcère guérit, il est certain que ce n'est pas parce que la muqueuse se régénère, car la muqueuse ne se régénère habituellement pas. Les bords muqueux de la perte de substance sont rapprochés les uns des autres par le

fait d'une cicatrisation conjonctive sous-muqueuse et sous-péritonéale qui les rétracte. Pour autant qu'on puisse en biologie poser des lois, il n'y a dans l'organisme que des cicatrisations conjonctives. Le péritoine peut s'accoler à lui-même, boucher provisoirement un trou, il ne fait pas une cicatrice pariétale. C'est le conjonctif qui fait cela. On doit donc, jusqu'à preuve du contraire, admettre que dans la cicatrisation postopératoire d'un ulcère, c'est le tissu conjonctif sous-muqueux qui, sous le couvert péritonéal, joue le rôle essentiel. Mais comme pour toute cicatrisation conjonctive, là comme ailleurs, deux conditions sont nécessaires : une mécanique, une physiologique. Mécaniquement, il faut que le tissu conjonctif qui se multiplie soit guidé et endigué en quelque sorte, ce qui à l'estomac exige l'intégrité de la couverture péritonéale; sinon, dans sa poussée aveugle, et non finaliste il s'égare. Physiologiquement, il faut que les conditions circulatoires ambiantes soient modifiées, et que le tissu conjonctif soit ramené, par hyperhémie active, à l'état embryonnaire. Il n'y a pas moyen d'échapper à cette nécessité. L'hyperhémie active, c'est-à-dire un régime circulatoire plus actif, est la condition sine qua non de toute prolifération conjonctive. Où que ce soit, sans hyperhémie active, il n'y a pas de cicatrisation. Si nos opérations aboutissent à la réunion par première intention, c'est que toute opération, probablement parce qu'elle fait sans le savoir une série de neurotomies sympathiques, est suivie d'une hyperhémie active de quelques jours de durée.

Si cette hyperhémie manque, soit parce que l'individu est cachectique, soit parce qu'il est choqué, soit parce qu'il fait à distance, dans le poumon par exemple, une forte vaso-dilatation au niveau d'un foyer infectieux, la cicatrisation n'a pas lieu.

Sur la peau et les plans superficiels, il est facile de mettre en évidence ce processus d'hyperhémie. L'augmentation de la température locale la traduit nettement. Après une opération sur le milieu du bras j'ai noté par exemple 4° de plus à l'épaule, et 3° de plus au poignet que du côté opposé, avec une température rectale normale. Au voisinage d'une ligne d'incision de cure radicale de hernie, j'ai relevé 3° de plus que du côté opposé. Le fait est donc certain. Et évidemment cette vaso-dilatation existe sur les viscères comme sur les plans superficiels. Les lois de la vie ont une parfaite unité.

Ne savons-nous pas que si on rouvre le ventre trois à quatre jours après une opération gastrique ou intestinale, on trouve les parois cartonneuses, épaissies, œdémateuses et survascularisées.

L'expérience ne prouve-t-elle pas que plus un ulcère est situé loin de la zone opératoire, moins il guérit facilement. Ne prouve-t-elle pas qu'un ulcère gastrique guérit plus facilement qu'un ulcère duodénal? Elle prouve encore que les ulcères hémorragiques saignent parfois après la gastro-entérostomie, ce qui tient, je crois, à la vaso-dilatation postopératoire.

On peut donc penser que si un ulcère se cicatrise après une gastro-entérostomie — ou après un simple enfouissement — c'est parce que la vaso-dilatation gastrique postopératoire met le tissu conjonctif sous-muqueux en condition de néoformation, d'où la cicatrisation.

Ce qu'il y a de certain, c'est que par ce mécanisme un ulcère guérit très vite d'habitude. Tous ceux qui ont voulu faire des résections en deux temps, ont eu la surprise de ne plus trouver trace au bout de quinze jours ou de trois semaines, de l'ulcère qu'ils avaient palpé quelques jours avant.

Mais l'ulcère cicatrisé, la maladie qui l'a produit n'est pas guérie pour cela et les récidives sont possibles. Il n'y a qu'une chose d'étonnante c'est que ce ne soit pas plus fréquent. Sans doute l'hyperhémie postopératoire modifie l'état de la muqueuse et des glandes gastriques, mais cela ne suffit pas toujours et l'on doit penser que la remise en état de la muqueuse exige une certaine diététique et des soins médicaux dans la convalescence. Chacun sait que c'est nécessaire.

Mais en pratique ce traitement médical est souvent bien mal suivi et on peut se demander comment il se fait que l'ulcère ne récidive pas plus souvent et plus rapidement. Il faut vraiment qu'en règle générale un ulcère ne demande qu'à guérir. Sans doute, il y a des ulcères rebelles. Mais nous ne savons pas s'ils sont de même nature que les autres. Nous mettons tous les ulcères dans le même sac alors qu'il y aurait sans doute là matière à analyse. Nous nous heurtons en somme à la question de la cause même de l'ulcère, question inconnue comme l'a très justement marqué Okinczyc. Par raisonnement, on n'arrive pas à croire que cette cause soit locale. Car s'il est indiscutable que l'ulcère est une maladie exactement localisée au segment du tractus gastro-duodénal dont le contenu est acide, nous ne devons pas oublier que l'acidité de la muqueuse gastrique n'existe pour beaucoup de physiologistes qu'à fleur de muqueuse, que dans les glandes il n'y a pas d'acide chlorhydrique et que le segment pylorique a, dit-on, une sécrétion alcaline. Et l'on en vient à penser que l'ulcère est la conséquence d'un trouble de l'équilibre chloruré gastro-sanguin.

Mais par ailleurs, quand on voit combien facilement un ulcère rebelle au traitement médical guérit après une gastro-entérostomie, et combien souvent il reste guéri sans qu'un traitement médical soit suivi, on est ramené à l'idée d'une maladie locale.

Je me déclare incapable de prendre parti entre ces deux opinions, et je me borne à souhaiter que l'on travaille ce problème qui est plus important pour nous chirurgiens que l'apport sans cesse renouvelé d'abondantes statistiques opératoires qui ne nous apprennent plus grand'chose. En tout cas, on peut comprendre aisément que la guérison de l'ulcère par les moyens chirurgicaux soit parfois précaire. C'est le contraire qui serait étonnant, le vrai traitement de l'ulcère, le traitement pathogénique restant à trouver.

Je reviens à mon sujet : En principe, un ulcère à fond péritonéal conservé guérit par la gastro-entérostomie. Sans doute, il y a des exceptions mais en règle, il en est ainsi.

Reste à examiner la seconde question : *Comment*

se fait-il qu'environ 25 p. 100 des ulcères ne guérissent pas par la gastro-entérostomie?

Mettons à part, évidemment, les cas de moins en moins nombreux où la gastro-entérostomie n'était pas indiquée, ceux où elle a été mal faite et où l'opération n'a fait qu'aggraver la situation en ajoutant une maladie à une autre.

Laissons encore de côté les cas où il y a eu erreur de diagnostic et où l'on a pris un cancer ulcéré pour un ulcère. Ces cas sont de plus en plus rares, et, en bonne justice, ne doivent pas servir à dicter la ligne de conduite quand il s'agit d'ulcère franc. Que l'on résèque là où l'on a des doutes. Je suis tout à fait de cet avis. Mais on ne doit pas aller plus loin.

En dehors de ces cas, ce qui fait qu'un ulcère ne guérit pas, *ce n'est pas la callosité*: Beaucoup d'ulcères ayant autour d'eux une forte infiltration œdémateuse des parois gastriques ou duodénales guérissent en quelques jours après la gastro-entérostomie. Cette année encore, je suis réintervenu deux fois à quelques semaines d'une gastro-entérostomie dans la pensée d'enlever de volumineux ulcères faisant tumeur, que je croyais devoir réséquer et les deux fois je n'ai plus rien trouvé, j'ai refermé le ventre sans rien enlever.

Cette infiltration des parois traduit des troubles circulatoires. Elle n'est pas d'origine infectieuse. Elle est purement due à de la stase veineuse péri-ulcéreuse. Elle est de ce fait essentiellement réversible. Ce n'est pas elle qui fait qu'un ulcère ne guérit pas.

Ce ne sont pas davantage les adhérences. Un ulcère adhérent, même avec niche dans la station verticale, peut très bien guérir si le revêtement péritonéal postérieur est intact. Chacun de nous pourrait en apporter des exemples.

Ce qui fait qu'un ulcère ne guérit pas seul, ou par opération à distance, *c'est le fait pour cet ulcère d'être pénétrant dans les organes voisins, d'être en état de perforation bouchée par le foie, le pancréas ou la paroi.* Quand l'évolution d'un ulcère duodénal ou gastrique a fait que sur 2, 3 ou 4 centimètres de son grand axe, une partie de la paroi gastrique ou duodénale est remplacée par du tissu pancréatique ou hépatique, cet ulcère est devenu absolument incurable par les propres moyens de l'individu. Il n'a aucune possibilité anatomique de guérison. L'estomac ou le duodénum à fond pancréatique, même si ce fond a une mince pellicule péritonéale ou fibreuse, est comme un intestin ouvert à la peau, comme un anus contre-nature muco-cutané. La continuité de la muqueuse et d'un tissu de nature différente ne permet pas au tissu conjonctif sous-jacent de pousser, de rapprocher les bords de la perte de substance, de faire fermer le trou. Le rétablissement de la continuité de la muqueuse gastrique est une impossibilité absolue. La résection est alors une opération de nécessité, qui s'impose absolument et on ne doit pas se refuser à la faire sous prétexte qu'elle est difficile. Elle l'est d'ailleurs moins qu'on ne le croit, si l'on est patient.

On arrive facilement dans ces cas à séparer au doigt ou au bistouri la jonction gastro-pancréatique ou gastro-hépatique, à pédiculiser la perte de substance, sans que rien s'écoule de l'estomac et ceci fait on rentre dans le plan d'une résection ordinaire, qui n'a pas de difficultés particulières. On peut même souvent, je crois, comme dans les ulcères peptiques postopératoires qui ressemblent en tout aux ulcères perforants ne pas faire de résection, reconstituer la cavité gastrique plan par plan, et après gastro-entérostomie avoir un bon résultat, comme dans une banale perforation en péritoine libre.

Il n'y a pas grand'chose à redouter de l'ancien fond de l'ulcère. Si on le peut, il est bon de l'enfouir sous une couverture péritonéale. Si cela n'est pas possible, il n'y a qu'à l'abandonner dans l'arrière cavité sans s'en inquiéter. Je ne draine pas dans ces cas-là, et je n'ai jamais eu à le regretter dans la vingtaine de cas que j'ai opérés. Quand j'ai eu de l'infection, elle partait toujours d'un défaut de la suture à l'angle supérieur du bout cardiaque. Cela m'est arrivé deux fois sur dix-neuf cas, et dans dix-sept cas la guérison a été obtenue sans incident (1).

La résection dans ces cas n'a, à mon sens, qu'une contre-indication, relative d'ailleurs, le siège juxta-cardiaque de l'ulcère, parce qu'alors la résection est difficile et grave. Tandis que la résection pour ulcère calleux de tout autre siège n'a guère que 3 à 4 p. 100 de mortalité, celle de ces ulcères sous-cardiaques qui sont sur la portion verticale de la petite courbure, au-dessus de la courbe de la coronaire et qu'on atteint difficilement même en sectionnant le rebord costal, a eu entre mes mains dans ces dernières années 40 p. 100 de mortalité, 2 morts sur 5 cas, toujours par vice de suture à la partie toute supérieure de la section. A cause de ce chiffre de mortalité dans les ulcères cachés sous les côtes, j'ai essayé de la mise en place d'une sonde dans le duodénum à travers le pylore de façon à exclure temporairement l'estomac. J'ai laissé ainsi une sonde en place trois mois ; la malade a été très améliorée, a cessé de saigner, a repris du poids; elle n'a pas guéri, mais elle n'est pas morte. Peut-être pourrait-on raisonner de même façon vis-à-vis des ulcères juxta-vatériens dont l'excision met le cholédoque en danger. Je ne sais pas. Je n'en ai jamais rencontré.

Hors ces cas, où l'on peut hésiter et où l'on se décide d'après son propre tempérament, je pense que *toutes les fois qu'un ulcère est en état de perforation couverte, toutes les fois qu'il y a perforation complète de l'estomac ou du duodénum avec oblitération du trou par un organe voisin, la résection est une nécessité d'emblée.* Ce sont en effet ces cas qui représentent la majeure partie des 25 p. 100 d'échecs de la gastro-entérostomie que signalent toutes les

(1) J'ai eu, l'an dernier, une mort après gastro-duodénectomie pour ulcères multiples du duodénum. Au sixième jour, une brusque évolution péritonéale a emporté trois malades après une opération très satisfaisante en apparence. A l'autopsie, une fusée péritonitique partait de la tête du pancréas contre le moignon duodénal. Le professeur Oberling qui fit l'autopsie l'a tout d'abord attribuée à une nécrose pancréatique localisée, puis l'examen histologique lui a montré qu'une petite ulcération était restée sur le moignon duodénal et qu'elle avait fait une perforation aiguë tout près de la ligne de suture demeurée intacte.

statistiques. La seule manière d'éviter ces échecs c'est de toujours réséquer quand il en est ainsi. Je reconnais que c'est plus difficile que d'enlever un pylore libre. Mais ce sont les lésions qui doivent nous imposer la résection et non la facilité technique.

Je suis cette règle depuis six ans et je m'en trouve bien, sans avoir augmenté la fréquence des résections et sans avoir diminué le chiffre des gastro-entérostomies dans les cas ordinaires.

Mais, me direz-vous, *et la gastro-duodénite?* Il est de mode actuellement de se faire un épouvantail de cette gastro-duodénite que l'on accuse de tous les maux et dont la présence est tenue comme imposant une résection, parce qu'on y voit un état inflammatoire grave de la muqueuse gastrique, facteur important de récidive.

En fait, ce sont là de simples vues de l'esprit. Personne n'a jamais prouvé que la gastro-duodénite soit si grave que cela au point de vue évolutif, et je pense que la gastro-duodénite, le « red stomach » de Schumacher, est quelque chose de moins grave qu'on ne le dit, que c'est un état qu'on doit pouvoir modifier médicalement. Voici, en effet, ce que l'on peut voir expérimentalement :

Si l'on fait à un chien une fistule œsophagienne et qu'on lui administre des repas fictifs, dès la deuxième semaine, il se produit une hyperacidité gastrique qui atteint le double ou le triple de la valeur normale. Simultanément la muqueuse gastrique et duodénale se congestionne, s'œdématie. Fréquemment il se fait des hémorragies sous-muqueuses. Il y a parfois même des hémorragies dans la cavité gastrique ou duodénale. Macroscopiquement, l'estomac est très rouge. Histologiquement, la muqueuse est très congestionnée, surtout au niveau des pointes des villosités. Et le tissu conjonctif envahit le tissu glandulaire. Le duodénum présente généralement les mêmes lésions, mais bien plus accentuées, et fréquemment on trouve à la surface de sa muqueuse de petites érosions, des ulcères multiples en miniature.

Or, quand il en est ainsi, il suffit de réinjecter dans le bout inférieur de l'œsophage la bouillie alimentaire et salivaire mastiquée par le chien et sortie par la fistule œsophagienne pour que rien de tel ne se produise ou pour que les lésions régressent. Les animaux témoins, auxquels on injecte de suite la bouillie sortie par la fistule, gardent un estomac normal.

Ces expériences ont été faites dans mon laboratoire par MM. Brenckmann et J. White. Ils ont opéré et étudié sept chiens en faisant des dosages réguliers d'acide et en pratiquant le moment venu, soit des gastrectomies, soit des autopsies, le tout suivi d'examens histologiques, et c'est le résultat de leur travail que je vous indique ici.

Il en résulte que la gastro-duodénite semble être la conséquence d'une alimentation mal réglée, d'une digestion salivaire insuffisante, d'une déperdition de salive avec mise en contact direct de l'estomac avec des aliments variés non insalivés ou de questions humorales. Bref, il semble que la gastro-duodénite, si ces expériences sont confirmées, ne soit justiciable que d'une question de diététique, de chimie alimentaire ou de soins dirigés contre les défectuosités des premières étapes de la digestion. Ce sont là certainement des lésions éminemment curables qui ne traduisent aucun état organique grave, aucune atteinte infectieuse redoutable et qui doivent être éminemment réversibles.

En général, les livres de physiologie attachent peu d'importance au rôle de la salive. Il est très possible que, in vitro, son action soit peu considérable. Cependant, on ne peut tenir pour négligeable un liquide qui est fabriqué, dit-on, à la dose de 300 grammes par jour et parfois de 1.000 à 1.500 grammes. D'autre part, il faut considérer que dans l'organisme tout se tient et que les processus de la digestion se déroulent en cascade. Un trouble, en apparence peu important dans les premières étapes digestives, peut conditionner des états fonctionnels anormaux en aval, et ceux-ci peuvent avoir finalement plus d'importance que ceux qui les ont causés.

Le fait que les repas fictifs produisent en huit jours une augmentation considérable du taux d'acidité de l'estomac me paraît comporter de grands enseignements. Certainement ce fait doit détourner de la conception qui veut que l'on traite par la gastrectomie un simple état fonctionnel dépendant de l'état des voies digestives supérieures. Il doit aussi nous inciter à étudier autrement que nous ne le faisons actuellement le mécanisme physiologique de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère.

Il me reste à examiner une dernière question qui est d'importance et à elle seule mériterait de longs développements.

On a dit qu'il fallait réséquer pour se mettre à l'abri de l'ulcère peptique postopératoire, et c'est de ce souci qu'est née la résection antrale à distance de l'ulcère, bien que le suc pylorique soit, semble-t-il, alcalin.

Mais on sait aujourd'hui que la gastrectomie même très large ne met pas à l'abri de l'ulcère peptique. Nos rapporteurs nous ont rappelé les surprises de Finsterer, celles de von Haberer, et celles de beaucoup d'autres. Delore a rapporté plusieurs cas d'ulcères peptiques ayant récidivé deux et trois fois après des gastrectomies étendues. Okinczyc en a cité un exemple très intéressant. Moi-même j'en ai rapporté plusieurs à la Société de chirurgie de Lyon, le 12 mai 1927 dont deux opérés d'ulcères duodénaux.

Finsterer nous dit que s'il en est ainsi, c'est que l'on n'a pas réséqué assez et qu'il faut peut-être réséquer les quatre cinquième de l'estomac pour modifier l'état sécrétoire de l'estomac. Il me semble qu'il faut avoir une foi solidement chevillée pour admettre dans ces conditions, que la résection met à l'abri de l'ulcère. Elle en met si peu à l'abri qu'en Autriche, on considère actuellement (voyez un travail de Winkelbauer de la clinique de Eiselsberg *in Zentralblatt für chirurgie*, 19 novembre 1927), qu'après le Billroth II, le danger d'ulcère peptique est si grand qu'on propose l'anastomose précolique, et Schwarz, Ranzi conduisent la première intervention de telle façon que la seconde soit facilitée en cas de récidive.

En lisant tout cela et en réfléchissant à ce que j'ai vu personnellement, je conclus que la résection n'est nullement le traitement de choix de l'ulcère, et qu'au lieu d'élargir indéfiniment le champ et l'étendue de la gastrectomie, il convient de chercher désormais soit dans la diététique, soit dans des opérations nerveuses le moyen de lutter contre les retours offensifs de la maladie, car certainement les faits connus ne justifient pas la gastrectomie comme moyen de prévenir l'ulcère peptique. Il est fort probable que la maladie ulcéreuse récidivante est liée à des conditions humorales générales qui, en matière de prophylaxie, sort sans doute plus du ressort de la médecine que de la chirurgie.

En fin de compte, je résumerai mes impressions sur le traitement de l'ulcère duodéno-gastrique en disant :

La gastro-entérostomie doit rester le procédé normal du traitement de l'ulcère, parce qu'elle garantit habituellement la guérison éloignée, quand l'ulcère ne s'est pas extériorisé hors du tractus duodéno-gastrique.

La résection ne doit pas lui être substituée *en principe* comme méthode courante parce qu'elle ne met pas à l'abri des récidives de la maladie.

Mais, par contre, *elle doit être employée systématiquement sous forme de duodéno-gastrectomie ou de pyloro-gastrectomie dans tous les cas où la guérison immédiate peut être compromise par une complication comme la perforation ou l'hémorragie* (hémorragie récidivante), *et surtout dans tous ceux où l'ulcère est dans des conditions anatomiques qui rendent sa cicatrisation biologiquement impossible*, c'est-à-dire dans les ulcères pénétrants. Dans ces cas *qui représentent actuellement environ 25 à 30 p. 100 des cas que nous opérons, la résection est une nécessité. Elle est le seul traitement logique.* Et c'est sur cette indication que j'en ai encore fait trois dans la semaine dernière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1928)

L'alimentation des débiles et des hypothrepsiques à l'hospice des Enfants-Assistés. — M. MARFAN expose la méthode qu'il a adoptée, après une série d'essais, pour l'alimentation des enfants admis aux nourriceries de l'hospice des Enfants-Assistés.

Ces nourriceries reçoivent les enfants abandonnés ou déposés transitoirement, âgés de moins d'un an, quand ils ne sont pas normaux, c'est-à-dire quand ils sont débiles ou malades. Le plus grand nombre a moins de trois mois.

Le problème de leur alimentation est difficile à résoudre. Une expérience plus que séculaire, et jamais démentie, a montré que, pour ces enfants, le meilleur aliment est le lait de femme, surtout quand ils ont moins de trois mois.

Mais il est devenu de plus en plus difficile de le leur procurer. D'autre part, la mise au sein d'enfants inconnus communique la syphilis aux nourrices.

Pour surmonter ces difficultés, M. Marfan a proposé les mesures suivantes qui, mises en pratique en 1924, ont donné de bons résultats. Les nourrices sont engagées avec leu propre enfant qu'elles continuent à nourrir; cette mesure a permis d'en améliorer beaucoup le recrutement. Dans l'intervalle des tétées, elles traient leur lait qui est recueilli dans des récipients aseptiques et administré tout de suite aux enfants des nourriceries, à la cuillère ou au biberon. En évitant la mise au sein directe des enfants étrangers, on évite la contamination syphilitique. La récolte du lait de sein a été supérieure à ce qu'on en attendait, et son ingestion à la cuillère ou au biberon a donné des résultats aussi bons que lorsqu'il est pris directement à la mamelle.

Comme la quantité de lait de femme ainsi recueillie est insuffisante pour tous les pensionnaires des nourriceries, on en réserve l'usage exclusif aux grands débiles et aux nourrissons atteints de troubles digestifs graves. Pour les autres, on a recours à l'allaitement mixte. L'aliment qui a paru le meilleur pour compléter la ration de lait de femme, surtout avant deux mois, est le babeurre sucré, et dont l'acidité a été légèrement diminuée par l'addition d'eau de chaux. On donne en général quatre repas de lait de femme et trois de babeurre chaque jour.

Cette méthode a permis de diminuer notablement la mortalité si élevée des nourriceries. De 50 p. 100 en 1920, elle est tombée à 20 p. 100 en 1924 et à 15 p. 100 en 1927.

Pour apprécier la signification de ces chiffres, il faut se rappeler les difficultés de l'élevage en commun d'enfants âgés de moins d'un an et séparés de leur mère, même quand ils sont sains, à plus forte raison quand ils sont débiles ou malades.

Les grandes découvertes et nouveautés médicales au regard de la critique. — Le doyen de l'Académie, M. GUÉNIOT, qui, malgré ses quatre-vingt-seize ans, montre toujours la même activité, expose au milieu d'un respectueux silence une communication dont voici les conclusions :

« La critique appliquée aux grandes découvertes ou nouveautés médicales est le plus souvent utile et même, en maintes conjonctures, nécessaire :

Soit pour ruiner des systèmes issus de conceptions erronées ;

Soit pour dénoncer la caducité de certaines méthodes et provoquer leur remplacement par d'autres mieux appropriés ;

Soit, enfin, pour donner plus de correction et d'éclat aux vraies découvertes qui marquent une avance dans la voie du progrès. »

M. LE PRÉSIDENT exprime au vénéré doyen les remerciements de l'Académie pour le bel exemple de travail qu'il donne une fois de plus à ses collègues.

Sur l'exanthème infectieux de la région marseillaise. — M. OLMER. (Note lue par M. le Secrétaire annuel.)

Un cas de fièvre ondulante guérie par les injections intraveineuses de trypaflavine (1). — MM. H. DARRÉ et A. LAFFAILLE rapportent une observation de fièvre ondulante traitée par les injections intraveineuses de trypaflavine. Une injection de 0g20 a fait disparaître en vingt-quatre heures la fièvre qui durait depuis plus de deux mois. Une rechute s'étant produite dix-huit jours plus tard fut jugulée en vingt-quatre heures par une injection de 0g20 pratiquée cinq jours après la reprise de la fièvre. La guérison se maintient définitive depuis plus de trois mois.

Les divers traitements employés jusqu'ici pour combattre la fièvre ondulante, et notamment la mélitine de Burnet, n'ont jamais donné de résultats aussi satisfaisants.

(1) Pour répondre aux désirs des médecins de Malte, nous remplaçons la dénomination de fièvre de Malte par le terme de fièvre ondulante.

N. D. L. R.

Il est donc indiqué d'avoir recours désormais à la chimiothérapie par les injections intraveineuses de trypaflavine dans les infections causées par le micrococcus melitensis ainsi que dans celles déterminées par le microbe de l'avortement épizootique, le bacille de Bang, qui sont d'ailleurs tout à fait comparables à la fièvre ondulante.

On fera une première injection de 0g20, une seconde injection de 0g30 deux jours plus tard, une troisième injection de 0g40 trois jours après la seconde. Les rechutes, si elles se produisent, seront traitées comme la première atteinte.

De nouvelles observations sont nécessaires pour établir définitivement l'efficacité de cette thérapeutique qu'il était intéressant de signaler dès maintenant en raison de l'extension de la fièvre ondulante sur une grande étendue du territoire français.

Tuberculose et anthracose des mineurs. — MM. A. Jousset et H. Lecat (de Billy-Montigny) communiquent les résultats de leur étude des affections pulmonaires des mineurs dans les charbonnages du Nord et du Pas-de-Calais.

D'après eux, la tuberculose des mineurs n'offrait aucun caractère spécial, ni comme fréquence, ni comme gravité.

Quant à l'anthracose, déjà niée par l'un des auteurs pour l'habitant des villes, elle n'existe pas davantage chez les mineurs. Les autopsies démontrent qu'il est atteint d'une sclérose pulmonaire mélanigène qui relève du travail des roches siliceuses et calcaires et qui, par l'intensité de sa coloration, a pu faire illusion sur l'existence d'une imprégnation charbonneuse. La notion générale de l'anthracose pulmonaire est donc à rayer définitivement des cadres de la pathologie humaine.

La prophylaxie de la tuberculose chez les conscrits. — M. de Lapersonne présente un mémoire de M. le professeur Truc (de Montpellier) relatif à la prophylaxie de la tuberculose des conscrits de faible constitution dès le Conseil de revision.

M. Truc pense qu'il faudrait incorporer ces conscrits dans des préventoria spéciaux pour les fortifier, les développer par une meilleure hygiène, une solide alimentation et des exercices appropriés.

Ces préventoria seraient organisés par les ministères compétents et pourraient recevoir en outre des dons particuliers.

M. le professeur Truc dépose un vœu dans ce sens.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1928)

Influence de la chloruration sur le taux de l'urée sanguine. (A propos de la communication de MM. F. Rathery et M. Rudolf : « Crises d'azotémie aiguë récidivantes »).

M. Pasteur-Vallery-Radot dès 1914, a étudié l'action de la chloruration sur le taux de l'urée sanguine, il en a tiré les déductions suivantes :

1° Les dosages de l'urée sanguine doivent être pratiqués, autant que possible, chez les sujets soumis depuis plusieurs jours à un régime déchloruré;

2° Le régime déchloruré permet de dépister les azotémies initiales;

3° Chez les œdémateux, il faut tenir compte de l'hydrémie dans l'appréciation du taux réel de l'urée sanguine;

4° Une alimentation déchlorurée ne s'impose pas systématiquement dans les néphrites chroniques. La déchloruration doit être commandée, soit par l'imperméabilité rénale au chlorure de sodium, soit par l'hypertension artérielle, mais l'azotémie seule ne semble pas justiciable du régime déchloruré.

La transfusion ou l'injection du sang provenant des sujets vaccinés contre la streptococcie dans le traitement de l'infection streptococcique grave. — M. E. Manoussakis présente quatre observations de sujets atteints de streptococcie et traitée par la transfusion du sang de sujets vaccinés. Les résultats sont encourageants dans l'ensemble. L'originalité de sa méthode consiste dans l'étude préalable qu'a fait l'auteur de la réactivité spécifique des donneurs, plus ou moins aptes à tirer parti de l'antigène injecté. Son emploi se heurte à deux difficultés d'ordre pratique : trouver en nombre suffisant des volontaires qui se soumettent à la vaccination progressive et retrouver ces mêmes volontaires comme donneurs de sang au moment voulu.

Rhumatisme tuberculeux et virus filtrant. — MM. G. Paisseau et V. Oumansky rapportent deux observations nouvelles où la forme filtrable du bacille tuberculeux a été mise en évidence dans des exsudats pathologiques à l'exclusion du bacille de Koch. Ces observations concernent un cas de tuberculose ostéo-articulaire ancienne réchauffée par une poussée rhumatismale.

Le second malade était atteint d'hydarthrose double du genou également consécutive à une arthrite aiguë. L'ultravirus a été décelé par inoculation de la sérosité articulaire.

Crises de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée. — MM. Tinel, Baruk et Lamache rapportent une observation de crise hystérique caractérisée, tantôt par des mouvements désordonnés d'allure clownesque, tantôt et surtout par des crises toniques spéciales durant plusieurs heures, bien différentes du sommeil pathologique ou de l'épilepsie, et qui rentrent dans le cadre des crises de catalepsie. Ces crises de catalepsie présentent le caractère capricieux, théâtral, en apparence artificiel des accidents hystériques, mais cependant à une étude plus précise, elles présentent un *substratum physiologique* indiscutable. En effet :

1° Il existe des perturbations vasculaires et organo-végétatives;

2° On peut provoquer ou suspendre les crises par des procédés physiologiques constants dans leurs résultats;

3° Enfin, les crises cataleptiques réalisent une attitude physiologique de *rigidité décérébrée*.

Diabète et goitre exophtalmique. — MM. Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus rapportent une observation de diabète thyroïdien au cours de laquelle ils ont étudié successivement l'action du traitement de la maladie de Basedow par l'iode et du traitement du diabète par le régime de l'insuline. L'insuline, qui agit sur le diabète, n'a aucune action sur le goitre exophtalmique. Par contre, l'iode, qui a ramené le métabolisme basal à la normale, a exercé aussi une action sur le diabète en élevant la tolérance pour les hydrates de carbone.

Syndrome hémogénique avec anémie grave de type pernicieux traité par la méthode de Wipple. — M. Mondon (de Cherbourg) communique l'observation d'un matelot qui à la suite d'un traitement par la vaccination antigonococcique (vaccin de l'Institut Pasteur) présente un syndrome hémogénique avec anémie grave (globules rouges : 2.050.000 — valeur globulaire : 1,5). Ce matelot présentait depuis son enfance des signes discrets de purpura chronique. Amélioration extrêmement rapide par le foie de veau : arrêt des hémorragies — guérison de l'anémie (4.450.000 globules rouges — valeur globulaire 1,06) après un mois de traitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1928)

Sur le microdosage colorimétrique des sels d'urane. Application au dosage du radium suivant la technique de Blanchetière. — Les sels d'urane donnent comme on sait avec le ferrocyanure de potassium une coloration brune d'une

très grande intensité. Mlle Marguerite TISSIER et Henri BÉNARD étudient les différents facteurs qui interviennent dans cette réaction et montrent que celle-ci se prête très aisément au microdosage colorimétrique des sels d'urane. Ils en proposent l'application comme dernier temps du dosage du radium à l'état d'acétate triple d'urane de soude et de magnésie suivant la technique de Blanchetière.

L'immunité antitoxoplasmique. — MM. C. LEVADITI, P. LEPINE et R. SCHOEN. L'infection toxoplasmique peut créer l'état réfractaire. L'immunité apparaît à la suite de l'inoculation du virus par voie différente intracérébrale, introduction du même virus dans le globe oculaire, dans le derme, dans la circulation sanguine (voie intraveineuse). Lorsqu'un animal survit après avoir reçu dans l'encéphale une dose de virus mortelle pour d'autres lapins neufs, il acquiert une résistance telle qu'il supporte, sans nul trouble apparent, plusieurs injections consécutives pratiquées de la même manière. Le système tissulaire qui, le premier, se trouve aux prises avec le virus antigène, n'est pas le seul à bénéficier de l'immunité; tous les autres tissus réceptifs participent à l'état réfractaire antitoxoplastique. Il est impossible de conférer aux animaux une telle immunité en leur administrant des toxoplasmes ayant perdu leur vitalité par un chauffage à 55 degrés.

De l'antivirus tuberculeux. — Mmes W. KARETNIKOWA et O. PODWYSSOTZKAÏA. Il ressort des expériences sur les animaux de laboratoire et des observations faites sur des malades atteints de différentes formes de tuberculose cutanée, que l'antivirus tuberculeux est atoxique et ne produit aucune des réactions propres à la tuberculine. Il renferme une substance agissant d'une façon spécifique sur les lésions tuberculeuses.

Action préventive et curative du sérum antiamaryllique dans la fièvre jaune du singe. — MM. A. PETTIT, G. STEFANOPOULO et V. FRASEY. Le sérum antiamaryllique préparé par les auteurs non seulement neutralise *in vitro* le virus de la fièvre jaune; mais il protège le macaque contre une injection ultérieure de virus de fièvre jaune et il empêche la maladie de se déclarer chez le macaque qui reçoit du sérum un à trois jours après l'injection infectante.

Pouvoir myotique de l'acétylcholine. — MM. Max COURLAND et Ernest KAHANE ont constaté que l'acétylcholine possède en injections sous-conjonctivales ou en instillations un pouvoir myotique très puissant.

Le myosis se produit aussi sur l'œil en état de mydriase atropinique, ce qui montre que l'acétylcholine se comporte comme un antagoniste efficace de l'atropine.

Nouvelles recherches sur le Toxoplasma cuniculi. — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN. L'état réfractaire à l'égard de l'infection toxoplasmique du névraxe, fréquent chez la poule adulte, est remplacé par une réceptivité des plus accusées chez les poussins à peine éclos. L'inoculation du *Toxoplasma cuniculi* par voie intracérébrale provoque la mort des animaux en quatre, cinq, six ou sept jours, après une période d'abattement et un état parétique généralisé. D'autre part, les auteurs ont inoculé le virus toxoplasmique dans l'œuf fécondé de poule, au neuvième et au quatorzième jours de l'incubation. Les embryons contractent la maladie, laquelle est caractérisée par des lésions intenses des organes abdominaux et par une grande richesse de ces organes en toxoplasmes. Lorsque l'embryon infecté succombe dans l'œuf, il subit une macération se traduisant par l'autolyse des éléments cellulaires, en particulier ceux du foie. Cette macération offre plus d'une similitude avec celle que l'on observe chez les fœtus hérédo-syphilitique mort-nés et chez les embryons de poulet inoculés avec le *Spirochaeta gallinarum*. Enfin, les auteurs ont réalisé la culture des toxoplasmes *in vitro* en symbiose avec les éléments cellulaires. Les toxoplasmes se multiplient *in vitro* et à 37 degrés au moins pendant neuf jours. On en décèle sur coupes, soit aux phases initiales, éparpillés dans le plasma au voisinage des fibroblastes, soit plus tard, inclus dans les mononucléaires.

Éloges nécrologiques. — M. d'ARSONVAL, président, prononce l'éloge funèbre de MM. Albert ROBIN et W. MESTREZAT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 19. AUGÈRE. — Contribution à l'étude des faux calculs de l'uretère (nature et diagnostic).

17. AUJALEU. — Les scléroses en plaques aiguës.

32. BÉNIT (Mlle). — Contribution à l'étude de l'héméralopie chez les myopes.

8. BERTRAND. — Le cul-de-sac de Douglas. Essai de synthèse anatomo-clinique.

9. BIAU. — Les lésions périapicales dentaire et leur radiodiagnostic.

29. BOUÉ. — Pneumothorax artificiel et laryngite tuberculose.

34. CAUQUIL. — Rate et rachitisme.

26. CHARRIÉ. — La lympho-granulomatose du médiastin. Maladie de Hodgkin à forme médiastinale.

4. CHEMIN. — L'utilisation par le Service de santé militaire des ressources thermales et climatiques d'Amélie-les-Bains.

35. COUADEAU. — La myopie mono-latérale.

39. DEDIEU. — La vaccinothérapie des grandes infections chirurgicales en pratique courante.

30. DELCLAUX. — Contribution à l'étude de la cystotomie hypogastrique dans les périmétritres chroniques.

28. DELMAS. — L'exophtalmie au cours des sinusites frontales.

6. DESSOUT (Mlle). — Contribution à l'étude de l'intoxication par le véronal.

25. DORION. — Des ostéomes du brachial antérieur consécutifs aux luxations du coude réduites.

20. DUBAU. — Etude anatomique et clinique des espaces celluleux de la main et des doigts.

33. ESTIENNY. — Etude générale et thérapeutique du cancer du col de l'utérus chez la femme enceinte.

27. ESTRADE. — Contribution à l'étude du philothion.

18. GALLY. — Etude des rapports de la gouttière lacrymale avec les cellules ethmoïdales antérieures et avec le cornet moyen en vue de la dacryocystorhinostomie (opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet).

7. GALY-GASPARROU. — Les glycosuries gravidiques.

15. GORSSE. — Contribution à l'étude de la maladie kystique de Reclus. Devenir histologique et clinique. Déductions pratiques.

12. GOSSE-GARDET. — Idroneurodermite axillaire (Fox-Fordyce.

21. GRANIER. — Contribution à l'étude des formes prolongées spontanées de la paralysie générale.

16. JACQUET (Mlle). — Rapports de la cataracte congénitale et du rachitisme.

41. LACROUX (Mme). — Contribution à l'étude des formes pseudo-appendiculaires de péritonite tuberculeuse chez l'enfant.

40. LETELLIER. — Contribution à l'étude de la cholestérinémie chez les hypertendus.

1. LYON. — Contribution à l'étude du traitement médico-chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Les interventions combinées.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1928 : Thèses soutenues à Montpellier (n° 71, p. 1248), à Strasbourg (n° 75, p. 1314), à Bordeaux (n° 81. p. 1411), à Nancy (n° 83, p. 1444).

24. MONNIER. — Contribution à l'étude des ruptures utérines au cours des interventions pendant l'accouchement.

14. OLLIVIER. — Tumeurs cérébrales et vol pathologique.

10. PETITON. — Néphroptose et appendicite.

23. PEYRE. — La dégénérescence cancéreuse du col restant après hystérectomie subtotale.

37. PLAZOLLES. — Péritonites aiguës par perforation de l'ulcère simple chronique.

38. POQUE. — La perforation aiguë de l'estomac cancéreuse en péritoine libre.

43. PRIOLEAU. — La suture utérine après la césarienne.

11. PROUZET. — Les lobites tuberculeuses.

3. REYNAUD. — Les perforations pulmonaires graves au cours du pneumothorax artificiel.

5. RICALENS. — Les perforations bénignes du poumon au cours du pneumothorax artificiel.

36. ROUGÉ. — Contribution à l'étude du hoquet urémique.

31. SARREMÉJEAN. — L'absence congénitale du fémur. Contribution à l'étude de l'ectromélie.

2s. SUBRA. — De quelques moyens d'action à envisager dans la lutte contre la maladie professionnelle.

13. SYRMEN. — Sur deux tumeurs du sein à forme clinique de sarcome ulcéré. Diagnostic du sarcome du sein.

42. TESSIER. — De l'infanticide avant la respiration.

2. THOMAS. — L'anesthésie générale par le sérum éthéré intraveineux.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 90. FAYED. — La dératisation anti-pesteuse.

88. MÉAWAD. — Contribution à l'étude médico-légale de la mort subite par rupture du cœur.

89. STANOÏEVITCH. — Contribution à l'étude des érythrodermies exfoliantes malignes idiopathiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

SCIATIQUE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

FORMES CLINIQUES

Le *siège* et la *cause* commandent à ces différentes formes.

A. **Suivant le siège**. — On décrit *schématiquement* des sciatiques *hautes, moyenness, basses*.

1. **Sciatiques hautes.** — Ce sont les *radiculites* et les *funiculites*. Elles ont pour caractères communs :

a. D'être associées à des *algies obturatrices, crurales* ou *fessières*.

b. La constance du *signe de Bonnet* alors que celui de Lasègue manque souvent ainsi que les points de Valleix.

c. La *douleur provoquée par la toux, l'éternuement*.

A ces caractères généraux s'associent des signes spéciaux qui permettraient parfois de distinguer les deux formes l'une de l'autre.

Radiculite : Le rachis n'est pas contracturé et n'est pas douloureux.

Funiculite : Le rachis est *contracturé et douloureux* à la percussion au niveau des trous de conjugaison.

Il y a *scoliose croisée*.

2. **Sciatiques moyennes** (*plexites*). — Elles se caractérisent par :

L'intégrité du nerf usuel,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 84, p. 1464.

L'irradiation des douleurs à la fesse et à la face postérieure de la cuisse,

L'abolition du réflexe rétro-malléolaire.

3. **Sciatiques basses** (*tronculaires*). — Cette forme, décrite autrefois comme la plus fréquente, a perdu du terrain au profit des formes moyennes ou hautes. La douleur est localisée au trajet du nerf. Les points de Valleix sont des plus nets, les manœuvres classiques sont très douloureuses, et il y a scoliose souvent homologique.

PRONOSTIC

Il est fonction de l'étiologie. Mais cependant, le facteur durée pourra être invoqué : les sciatiques tenaces, rebelles, qui durent des mois, étant d'un pronostic généralement réservé.

Dans les formes courtes et bénignes, il faut toujours craindre les *rechutes* ou même les *récidives*.

DIAGNOSTIC

Il faut localiser l'algie au sciatique, s'efforcer de localiser à quel niveau souffre le nerf, et surtout, rechercher l'étiologie, étape *capitale* du diagnostic et premier temps d'une thérapeutique efficace.

1° **Différentiel.** — Il faut éliminer tout d'abord :

a. **Les arthrites** (bande sacro-iliaque).

1. ARTHRITES DE LA HANCHE. — Il faut rechercher la contracture péri-articulaire, pratiquer en cas de doute, des *radiographies*, et penser, chez l'enfant à une coxalgie, chez l'adulte à une coxalgie ou à une arthrite sèche, chez le vieillard au morbus coxae senilis.

2. ARTICULATION SACRO-ILIAQUE. — L'exploration clinique minutieuse, la radiographie de cette articulation permettront d'éliminer la sacro-coxalgie, les arthrites. Savoir que dans la sacro-coxalgie, les signes radiographiques suivent les signes cliniques à distance parfois longue. Il faudra donc rester réservé et observer pendant un certain temps avant d'éliminer cette affection.

b. **Plus accessoirement**, on éliminera :

1° LES MYALGIES RHUMATISMALES. — Rares, atteignant les masses musculaires elles-mêmes, qui sont douloureuses à la pression. Il faut connaître l'existence de formes pseudo-sciatiques où l'on a tous les signes de la sciatique, cependant que la douleur déborde le trajet du nerf, et s'étend également sur tout son territoire musculaire, atteignant les *muscles de l'attitude*.

2° LES DOULEURS DES AUTRES NÉVRALGIES (crurale, obturatrice, fémoro-cutanée) qui, on le sait, peuvent coexister avec la sciatique.

3° LES DOULEURS FULGURANTES DU TABÈS. — Erreur d'autant plus facile que le réflexe achilléen peut être aboli dans la sciatique.

4° Les douleurs de l'artérite oblitérante, des polynévrites, des phlébites.

5° Enfin, il faut savoir dépister les SIMULATEURS, et c'est dans ce but qu'on a multiplié les *petits signes de la sciatique*.

2° **Etiologique.** — C'est l'étape principale de l'examen clinique. Dans cet examen, on peut être guidé par l'unilatéralité ou la bilatéralité de la sciatique. Il est le plus souvent indispensable de recourir a des *examens spéciaux* (radiographie, ponction lombaire, etc.) qui viendront compléter l'examen clinique.

I. **Sciatique bilatérale.** — En présence d'un tel syndrome il faut systématiquement pratiquer un examen du *rachis*, du *pelvis*, des *urines*.

Au lit du malade :

A. ON EXAMINE LE RACHIS, et on recherche :

1. *Le mal de Pott* (contracture lombaire, points douloureux, examen général).

2. *Le cancer vertébral* (diagnostic évident si le cancer originel est connu ou aisément dépistable, diagnostic délicat si le cancer primitif est latent). Les signes de paraplégie douloureuse intense doivent aiguiller vers ce diagnostic.

B. ON PRATIQUE UN TOUCHER VAGINAL ET RECTAL, et on recherche : un cancer du rectum, de l'utérus, un fibrome enclavé.

C. ON EXAMINE LES URINES et on recherche le *diabète*, car au cours de ce syndrome, la sciatique bilatérale n'est pas exceptionnelle, cédant rapidement à la cure de régime et à l'insuline au besoin.

Si le diagnostic erre encore, *ou s'il est certain*, on le confirmera par :

A. *La ponction lombaire* qui peut montrer :

1. Soit une *réaction cellulaire* avec hyperalbuminose. On pense à la *syphilis* qui agit par méningite. Les résections du *benjoin colloïdal* et du *Wassermann* aidèrent au diagnostic.

2. Soit *une dissociation albumino-cytologique* témoignant d'une compression médullaire, et permettant de penser à une tumeur intra-médullaire si les clichés ne montrent aucune lésion cancéreuse du pottiqué. L'épreuve du *lipiodol* complétera le diagnostic.

B. *Des radiographies* pouvant montrer les images caractéristiques du mal de *Pott* ou du *cancer vertébral*.

II. **Sciatique unilatérale.** — Avant de penser à la sciatique rhumatismale, il faut épuiser la gamme des autres hypothèses, et on envisage les causes :

A. GÉNÉRALES — 1. *Blennorragie* (phase aiguë, diagnostic évident).

2. *L'infection puerpérale.*

3. *La grippe.*

B. LOCALES. — Il faut surtout penser à une :

1. *Lésion osseuse* ou *ostéo-articulaire* ; SACRALISATION DE LA Ve LOMBAIRE, SACRO-COXALGIE et c'est la *radiographie* qui sera ici l'argument définitif.

2. Il faut également invoquer encore ici : l'appendicite, le cancer du rectum, les affections utéro-ovariennes, et pratiquer un *toucher rectal* et *vaginal*.

3. Enfin, on sait l'existence de « sciatiques variqueuses », décrites par Quénu.

Malgré cette enquête étiologique poussée, on ne trouve pas la cause de la sciatique, dans un grand nombre de cas. Et on parle de *sciatique rhumatismale* dite « essentielle », la plus fréquente. C'est une sciatique généralement *unilatérale*, qui relèverait de *névrodocite* (*sciatique funiculaire*).

Elle débute le plus souvent de façon *brusque*, chez un sujet ayant été exposé au *froid humide*. C'est tout d'abord un lumbago, puis la sciatique se manifeste. Elle est *essentiellement algique* et guérit en quelques semaines, les rechutes n'étant pas rares.

En résumé, syndrome essentiellement douloureux, la sciatique pose des problèmes étiologiques variés. Le diagnostic s'oriente de façon différente suivant qu'il s'agit d'une *sciatique unilatérale* généralement rhumatismale, ou d'une *sciatique bilatérale* pouvant relever du mal de Pott, du cancer vertébral, de lésion pelvienne, de diabète. Ces divisions sont d'ailleurs trop schématiques. Dans les cas douteux, l'examen minutieux du rachis, la radiographie, la ponction lombaire, le toucher vaginal ou rectal, les réactions sérologiques viendront étayer un diagnostic souvent difficile, et ce n'est qu'en procédant *par élimination* qu'on s'arrêtera à celui de sciatique rhumatismale d'ailleurs très fréquente.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 22 octobre. — Questions données : « Signes, diagnostic et traitement du tétanos. — Signes et diagnostic de la luxation traumatique récente extracoracoïdienne de l'épaule. »

MM. Laflote et Carbonnel, 15; Arondel, 29; Martin (Jean), 23; Cohen (Asdriel), 21; Mlle Wilm, 19.

Séance du 24 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des péricardites aiguës. — Complications de la délivrance. »

MM. Hesse et Gilbrin, 24; Antonelli, 20; Perrier, 12; Aboulker, 19; Keyts, 18; Mlle Fagnier, 19; MM. Caciura et Huret, 15; Werner, 14.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — Le jury est définitivement composé de MM. L'Hirondel, Roy, Darcissac, Rivet, Rieffel, Nespoulous, Didsbury.

Censeurs : MM. Ruppe et Richard.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le jury d'admission est provisoirement composé de MM. Lemaître, qui accepte; Grivot, Rouget, Hautant, Moulonguet, Lapointe, Renaud, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Questions données : « 1. Apophyse coracoïde. — 2. Insertion du muscle court supinateur. — 3. Innervation des trois muscles adducteurs de la cuisse. — 4. Les surfaces articulaires de l'articulation radio-carpienne. — 5. Enumérer dans leur ordre d'origine les branches de l'artère sous-clavière. »

Pathologie médicale. — Questions données : « 1. L'exanthème de la scarlatine. — 2. Examen des urines dans le diabète. — 3. Signes physiques locaux des péricardites rhumatismales, sans la radiologie. — 4. Signes oculaires du tabes. — 5. Examen du liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. — 6. Enumérer les causes des phlébites des membres inférieurs. »

Pathologie chirurgicale. — Questions données : « 1. Diagnostic de l'hydrocèle vaginale. — 2. Le toucher dans le cancer du col de l'utérus. — 3. Symptômes de la fracture cervico-trochantérienne du col du fémur, sans la radiographie. — 4. Symptômes du phlegmon de la gaîne synoviale du fléchisseur du pouce. »

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'ÉTAT. — L'Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat s'est réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris le vendredi 12 octobre, sous la présidence de M. le professeur Guyot (de Bordeaux), assisté des professeurs Besançon et Sebileau (de Paris), anciens présidents. De nombreux professeurs des différentes facultés assistaient à cette importante réunion. Les questions traitées ont été les suivantes :

1° *Recrutement du personnel enseignant.* — L'Assemblée demande le retour au concours d'agrégation à deux degrés : premier degré, épreuve anonyme sur liste unique constituant l'admissibilité; deuxième degré, concours entre tous les admissibles avec : 1° leçon de trois quarts d'heure; 2° épreuve de titres; 3° épreuve pratique.

Les anciens agrégeables bénéficieraient de l'admissibilité dans les mêmes conditions que ceux qui doivent subir la prochaine épreuve anonyme.

2° *Agrégés sans enseignement.* — L'Association demande la disparition de la limitation à 50 p. 100 des agrégés avec et sans enseignement. Elle exprime le vœu que tout agrégé

chargé d'un enseignement effectif en reçoive le traitement.

3° *Professeurs patentés.* — L'Association demande l'abrogation de la disposition introduite dans la loi des finances relative aux professeurs astreints à la patente, celle-ci ne constituant aucun critérium des gains réalisés en dehors de la fonction et constituant une véritable mesure d'exception.

4° *Situation des chefs de clinique.* — L'Assemblée renouvelle le vœu voté en 1925, relatif à la situation des chefs de clinique; elle émet le vœu que ces fonctionnaires bénéficient, ainsi que les prosecteurs d'anatomie, de l'augmentation de traitement dont ils n'ont pas bénéficié jusqu'à ce jour.

L'Association des membres du Corps enseignant nomme comme ses délégués à la Fédération de l'enseignement supérieur, MM. Guyot (de Bordeaux), Sebileau, Mauclaire et Basset (de Paris), Chassevant (d'Alger), Patel (de Lyon), Moog (de Toulouse).

Les vœux votés par l'Assemblée générale ont été, le même jour, apportés par le Comité au ministère de l'Instruction publique.

CONFÉRENCE SUR LA VACCINATION ANTITUBERCULEUSE. — La conférence sur la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. réunie à l'Institut Pasteur sur l'initiative de l'organisation d'hygiène de la Société des nations, a clos ses travaux par l'adoption des rapports des sous-commissions clinique, bactériologique et vétérinaire. Le programme des recherches internationales a été adopté sous réserve de l'approbation du comité d'hygiéné de la Société des nations. Ce programme de recherches doit être poursuivi par les principaux instituts de plusieurs pays, dans des conditions de contrôle rigoureux. Les résultats de ces recherches seront centralisés et étudiés par la section d'hygiène de la Société des nations à Genève. Le but de ces travaux est d'établir si la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. est absolument inoffensive tout en étant efficace. Une conférence ultérieure sera convoquée pour examiner les résultats de ces travaux.

La sous-commission des vétérinaires a été unanimement d'avis que la vaccination par le B. C. G. chez les animaux de l'espèce bovine est d'une parfaité innocuité et confère des qualités prémunisantes vis-à-vis de l'infection tuberculeuse expérimentales et naturelle.

La sous-commission bactériologique est également d'avis que le B. C. G. constitue un vaccin inoffensif et propose une enquête serrée à entreprendre dans un grand nombre d'instituts de divers pays pour étudier la préparation et les propriétés caractéristiques du B. C. G.

La sous-commission des cliniciens émet l'avis que le B.C.G. administré par la bouche aux nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie et par voie sous-cutanée aux enfants plus âgés et aux adultes se montre inapte à provoquer des lésions tuberculeuses virulentes et, d'autre part, que la vaccination par le B. C. G. provoque un certain degré d'immunité. Elle soumet un projet de feuilles d'observation et de suggestions techniques pour le recueil de renseignements dans les cliniques et dispensaires sur la morbidité et la mortalité tuberculeuse et des non-vaccinés.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le professeur Regaud (de l'Institut Pasteur) a été nommé docteur *honoris causa* de la Faculté de médecine de Lima. Il a été élu également membre étranger de l'Académie de médecine de Lima.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Le prix Albert Ier de Monaco.* — A l'unanimité, l'Académie décerne le prix Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) à M. Cotton pour le puissant électro-aimant qu'il a réalisé à l'Office national des recherches et inventions.

Liste des prix et subventions attribués en 1928. —

Botanique. — Prix Desmazières (1.600 fr.) : M. Léonidas Grigoraki, assistant au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de Lyon; prix Montagne (1.500 fr.) : M. Roger Werner, assistant de botanique à la Faculté des sciences de Strasbourg; prix de Coincy : un prix de 1.000 fr. à Mlle Gabrielle Bonne, docteur ès-sciences.

Anatomie et zoologie. — Prix Cuvier (1.500 fr.) : M. Louis Boutan, professeur à la Faculté des sciences d'Alger; prix Savigny (1.500 fr.) : M. Jean-Louis Dantan, professeur à la Faculté des sciences d'Alger; prix Jean-Thore (1.000 fr.) : M. Etienne Hubault, inspecteur des eaux et forêts.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : prix de 2.500 fr. à MM. Maurice Chiray, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Pavel, assistant à la Faculté de médecine de Bucarest; prix de 2.500 fr. à M. Edmond Papin, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph; prix de 2.500 fr. à M. Gustave Worms, professeur au Val-de-Grâce; une mention honorable de 1.500 fr. à M. Albert Berthelot, chef de laboratoire de l'Institut Pasteur, à M. Gaston Ramon, directeur de l'Institut Pasteur de Garches, et à Mlle Germaine Amoureux, préparateur à l'Institut Pasteur; mention honorable de 1.500 fr. à MM. Charles Foix et Julien Marie; mention honorable de 1.500 fr. à MM. Edouard Schoull et Louis Weiller; prix Barbier (2.000 fr.) : MM. J. Belot, médecin électroradiologiste de l'hôpital Saint-Louis, et François Lepennetier, médecin électroradiologiste adjoint à l'hôpital Saint-Louis; prix Bréant : un prix de 3.000 fr. est décerné à M. Georges Blanc, directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes; prix de 2.000 fr. à M. Edouard Bist, médecin de l'hôpital Laënnec; prix Godard (1.000 fr.) : M. Paul Bordas, interne des hôpitaux; prix Bellion (1.400 fr.) : M. Noël Fiessinger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; prix Larrey (1.000 fr.) : MM. Antony Rodiet, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, et Fribourg-Blanc, médecin chef du centre psychiatrique du Val-de-Grâce.

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (section spéciale de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen) se réunira le samedi 10 novembre 1928, à 17 h., à la Faculté de médecine de Montpellier (salle des actes).

Cette réunion sera consacrée à l'étude du traitement hydrominéral et climatique de la douleur : toutes les communications se rapportant à ce sujet y seront accueillies. Les auteurs désireux de présenter à cette séance une communication de cet ordre sont priés de se faire inscrire auprès de M. le docteur Puech, professeur agrégé de la Faculté de médecine, 32, rue de l'Aiguillerie, à Montpellier.

A 20 h., un dîner par souscription sera servi à l'hôtel de la Métropole (cotisation : 75 fr.). Prière de se faire inscrire le plus tôt possible auprès de M. le docteur Castagné, préparateur à la Faculté de médecine, 12, rue de la Vieille, à Montpellier.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 29 octobre. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Debré et Mathieu. — M. Hébert. Etude sur les arthrites. — M. Nicoglou. Etude de la morti-natalité (Clinique Baudelocque). — M. Boisramé. Orthopédie et restauration nasale.

Xe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(Octobre 1928) (1)

Le vendredi 12 octobre s'est ouverte dans l'amphithéâtre Vulpian la Xe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie, sous la présidence du professeur Nové-Josserand (de Lyon). Le président salue cet anniversaire et montre la vitalité de cette Société qui compte maintenant un nombre respectable de membres tant étrangers que français.

Les élections ont constitué ainsi le bureau pour l'an prochain :

Président : M. A. Mouchet; vice-président : M. P. Mathieu; secrétaire général adjoint : M. Sorrel.

Elections de membres titulaires : MM. Fortou (Bordeaux), Benoiste-Pilloire (Kerpape), Lenoël (Nice), Louis Ménard et Galland (Berck).

Membres d'honneur : MM. Blankart, Bristow, Elmslie, Fairbank, Hey Groves, Ollenrenshaw, Harry Platt.

Membres correspondants étrangers : MM. Franz Condé Jalun (Caracas), Barros Lima (Pernambuco), Radulesco (Cluj), Martin Gonzalès (Mexico), von Bayer (Heidelberg).

PREMIÈRE QUESTION

LUXATIONS PATHOLOGIQUES SIMPLES DE LA HANCHE

Rapporteur : Professeur René Le Fort (de Lille).

Résumé du rapport. — Sous ce titre, emprunté à Malgaigne, on désigne les luxations se produisant soudainement, sans cause déterminante nette, et en dehors de destructions osseuses étendues capables de déterminer le déplacement des surfaces articulaires.

Ces luxations sont décrites dans les travaux anciens et attribués surtout à l'expulsion de la tête fémorale par un abondant épanchement intraarticulaire. On a longtemps cru qu'elles pouvaient se produire indépendamment de toute arthrite au cours de maladies aiguës diverses. Mais en absence de constatations opératoires directes, d'examens radiographiques, il était impossible d'établir à leur endroit des notions précises, ce chapitre de pathologie était resté très confus.

Le professeur Le Fort, en recueillant au moyen d'une large enquête des observations plus complètes, en y joignant une importante contribution de cas personnels, a tenté de donner des notions plus précises sur ces luxations « soudaines » de la hanche. Un premier fait est établi, c'est leur extrême rareté, puisque des chefs de services orthopédiques très actifs n'ont jamais eu l'occasion d'en observer. Elles peuvent se produire au cours d'affections très diverses.

Le type le mieux individualisé est la luxation soudaine, brusque, du début de la coxalgie telle que l'ont décrite Kirmisson et ses élèves. Bien que les os soient le plus souvent atteints, le contour articulaire est conservé. La luxation, comme l'ont montré les examens directs (opérations, autopsies), est le résultat de l'expulsion de la tête fémorale hors du cotyle par des masses de fongosités. Celles-ci enlevées, la réduction et la contention se font aisément. On ne peut l'observer que tout à fait au début d'une coxalgie à forme très fongueuse; dès que les lésions osseuses destructives existent la luxation perd son caractère de soudaineté. On peut alors observer la pseudo-luxation précoce progressive décrite par Nové-Josserand et Perrin qui sert d'intermédiaire entre le type soudain exceptionnel de la coxalgie au début et les luxations tardives, progressives, par usure osseuse, type banal dans la coxalgie. L'étude des observations montre que la luxation soudaine n'appartient pas spécialement aux formes malignes de l'affection. Mais, après réduction, la maladie continue son évolution et les destructions osseuses peuvent entraîner une reluxation progressive tardive.

Le chapitre des luxations simples non coxalgiques comprend des cas très disparates. Le rapporteur commence par en éliminer les luxations qui se produisent si souvent au cours des arthrites suppurées du nourrisson.

Des travaux récents, importants, appuyés sur les examens radiographiques, opératoires, ont montré que dans la plus grande majorité des cas ce sont de véritables ostéomyélites avec destructions plus ou moins étendues de la tête du fémur et du cotyle. Ce sont donc des pseudo-luxations. On a bien invoqué, à l'appui de l'intégrité osseuse complète, la possibilité d'obtenir dans quelques cas la guérison par réduction non sanglante, mais la preuve anatomique de l'intégrité osseuse n'a pas été faite dans ces cas.

C'est l'ostéomyélite aiguë qui fournit le plus gros chiffre des luxations simples non coxalgiques. Trois variétés d'arthrite peuvent conduire à la luxation dans l'ostéomyélite : rarement elle est la conséquence de la grande arthrite suppurée grave avec ostéomyélite intraarticulaire d'emblée très destructive; plus souvent on la trouve à la suite des arthrites subaiguës consécutives à un foyer osseux juxtaarticulaire; plus souvent encore c'est au cours d'une septico-pyohémie ostéomyélitique avec arthrite à distance de la hanche que la luxation se produit.

De toute manière, cette luxation ostéomyélitique est d'ordinaire une pseudo-luxation avec destructions osseuses, mais il existe des cas incontestables de luxations simples. Dans ces cas, les constatations opératoires (Hallopeau, Honsell, Becker, Le Fort) montrent que la tête fémorale est chassée du cotyle par un véritable bouchon d'exsudat fibrineux.

Pendant le cours ou la convalescence de maladies infectieuses aiguës, la fièvre typhoïde en particulier, le rhumatisme articulaire aigu généralisé, la scarlatine, ou au cours des septico-pyohémies on voit se produire des luxations pathologiques de la hanche qui sont, tantôt des pseudo-luxations, tantôt de véritables luxations simples.

Dans ces cas, les constatations anatomiques montrent que la distension articulaire par du liquide refoulant au dehors la tête fémorale, mécanisme invoqué surtout par les auteurs allemands (distensions luxationen) ne suffit pas à expliquer toutes les luxations. La production d'un épanchement intraarticulaire abondant peut favoriser la luxation mais ne suffit pas à la produire. Il y a toujours des lésions d'arthrite et le déboîtement ne se produit que s'il y a un certain degré de relâchement, destruction de la capsule et des ligaments, en particulier destruction du ligament rond.

Quelle que soit la cause de la luxation pathologique simple, de multiples facteurs interviennent pour la favoriser. Le rapporteur les étudie en détail : l'attitude vicieuse prolongée, en particulier l'adduction-flexion, le ramollissement du bourrelet cotyloïdien, la présence d'un épanchement articulaire, l'atrophie musculaire en particulier, celle des fessiers, la contracture des adducteurs, l'influence d'un traumatisme en général insignifiant puisque certaines de ces luxations ont été produites par l'action de se retourner au lit.

L'ensemble des faits montre au total trois mécanismes pour la production de la sortie de la tête fémorale :

1° Le plus souvent le refoulement progressif par une masse semi-solide comblant le cotyle (fongosités, granulations, bouchon fibrineux);

2° Plus rarement destruction plus ou moins complète des moyens de contention articulaire;

3° Exceptionnellement malgré l'absence des deux facteurs précédents la tête sort parce que il y a eu dislocation des trois

(1) *Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*

os composant le cotyle, et l'ileum s'enfonce vers le bassin « en touche de piano ».

Les conditions mécaniques adjuvantes énumérées plus haut complètent ces facteurs principaux.

Un point capital et sur lequel le rapporteur insiste à juste titre c'est que la luxation simple n'a d'individualité qu'au moment de sa production. Après la luxation, la maladie causale continue son évolution, la luxation simple perd ses caractères particuliers et se confond vite avec les autres luxations pathologiques.

Elle ne présente donc de particularités de traitement que dans les premiers temps qui suivent sa production.

La principale particularité est la facilité habituelle de la réduction. Mais elle reste naturellement subordonnée aux règles générales du traitement des arthrites; on devra proscrire toute manœuvre violente en particulier dans la coxalgie.

La réduction sera faite par manœuvres sous anesthésie générale, soit souvent par simple extension continue.

Dans les arthrites suppurées la réduction ne devra pas faire négliger l'incision d'urgence de l'articulation. Dans les arthrites subaiguës la ponction rendra de grands services. Une arthrite réactionnelle à côté d'un foyer osseux suppuré ne sera jamais incisé.

Ces réserves faites, dit le rapporteur, toute luxation *simple*, *récente*, doit être réduite : par les moyens de douceur, tractions ou manœuvres si c'est possible, chirurgicalement et sans hésiter, si c'est nécessaire.

Après la réduction, la contention devra être assurée par appareillage.

Mais une fois la réduction opérée il ne faut pas oublier que la maladie causale continue à évoluer conduisant selon les cas à des reluxations progressives ou à des ankyloses. La réduction n'a été que le traitement d'un épisode dans le cours de l'affection.

Lorsque la luxation simple n'a été observée que longtemps après sa production, s'il s'agit de coxalgie elle constitue une luxation confirmée dont la réduction ne doit pas être tentée. Au contraire dans les suites d'arthrite, si la tête fémorale a conservé une certaine mobilité, on a pu obtenir des réductions tardives. Dans ces cas la fragilité osseuse fera redouter les fractures au cours des tentatives de réduction.

DISCUSSION DU RAPPORT

1° Luxations coxalgiques. — M. Delchef (Bruxelles) insiste sur la fragilité dans le temps de la différence entre les vraies et fausses luxations, tous les intermédiaires existent. La radiographie peut tromper sur la valeur d'un cotyle et faire croire à une destruction où il y a décalcification. Dans un cas de luxation coxalgique avec cotyle d'aspect éculé la réduction se produisit avec claquement.

M. Jouon (Nantes) qui avait réuni dans sa thèse (1901) six observations de luxations précoces de la coxalgie en apporte 4 nouveaux cas personnels.

La réduction a été effectuée dans 3 de ces cas — 2 ont présenté des abcès froids — et 2 ont succombé avec des lésions de méningite. Il faut donc faire des réserves sur la gravité de ces coxalgies.

M. Rocher (Bordeaux) a observé 2 luxations précoces de la coxalgie. Il a opéré dans les 2 cas, trouvé des masses de fongosités remplissant le cotyle, et après leur ablation la réduction a été facile mais ultérieurement on a assisté à la transformation en pseudo-luxation par destructions osseuses.

M. Delahaye (Berck) apporte la statistique de l'hôpital maritime depuis 1920. On relève 18 luxations soudaine, dont une ostéomyélite, et 17 parmi les 480 coxalgiques soignées pendant ce temps. C'est donc une rareté, 6 seulement des luxations se sont produites à l'hôpital les autres sont arrivés luxés. Dans 2 cas la coxalgie était associée à un mal de Pott et la luxation a été favorisée par la présence d'une paraplégie avec contracture en flexion, ou d'une psoïtis par abcès.

Il s'agit dans tous les cas d'enfants jeunes (cotyle peu profond). De coxalgie à évolution sévère puisque toutes sauf une ont fait des abcès et par la suite des destructions osseuses importantes. La radiographie montre avant la luxation le cotyle rempli par une ombre de fongosités et la tête est écartée du fond du cotyle.

Sur 13 cas, 6 ont été réduits sous anesthésie, 7 traités par extension continue, l'évolution ultérieure a toujours été grave (2 résections, 1 désarticulation).

2° Luxations en dehors de la coxalgie. — M. Maffei (Bruxelles) apporte une observation de luxation simple au cours d'une paratyphoïde, après réduction la luxation se reproduit et nécessite une deuxième réduction.

M. Rocher (Bordeaux) a observé une luxation pathologique simple, au cours d'une ostéomyélite subaiguë du col du fémur, la ponction articulaire a ramené du liquide trouble qui contenait du staphylocoque, réduction stable, le contour osseux étant intact.

M. Nicod (Lausanne) a vu aussi une luxation simple au cours d'une arthrite purulente ostéomyélitique. Une deuxième observation est d'un intérêt capital : après un rhumatisme polyarticulaire aigu ayant duré deux mois, on s'aperçoit lorsque la malade se relève qu'une hanche est luxée. Sous narcose la réduction est facile. Mais la malade étant couchée et sous extension continue la luxation se reproduit, après ponction qui évacue un liquide qui ne cultive pas, on réduit, revue plusieurs années après, du fait de l'évolution du rhumatisme la malade présente une ankylose des deux hanches.

M. Van Haelst (Gand) montre la difficulté qu'il peut y avoir à contenir ces luxations tout en évitant l'ankylose. Il indique la technique particulière qu'il emploie pour éviter ce double obstacle.

M. Rœderer (Paris) rappelle que dans l'arthrite suppurée des nourrissons si on ponctionne de bonne heure la hanche on peut conserver l'intégrité des os et dans certains cas par la reposition non sanglante obtenir la guérison des luxations.

M. Pouzet (de Lyon) a recherché ce que sont devenues les arthrites suppurées de la hanche soignées dans le service de M. Nové-Josserand, il a pu retrouver à longue échéance de ces hanches luxées, et par une série de projections montre les adaptations fonctionnelles parfois extraordinaires subies par le fémur luxé.

DEUXIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PIED PLAT

Rapporteur : E. Allenbach (de Strasbourg).

Résumé du rapport. — Le rapporteur limite son sujet du pied plat congénital et au pied plat statique.

Pied plat congénital — Il nécessite un traitement chirurgical en raison de l'étendue des déformations anatomiques qu'il comporte et de sa tendance à l'aggravation progressive.

Les altérations consistent essentiellement dans une bascule en avant de l'astragale devenu vertical, sur le calcanéum; le scaphoïde et le calcanéum sont subluxés en haut. La plante du pied est convexe. Le pied est maintenu en valgus par la rétraction de l'appareil ligamenteux externe de la tibio-tarsienne.

On a proposé des opérations variées dans le pied plat congénital. Celles qui portent uniquement sur les parties molles sont insuffisantes.

L'astragalectomie donne des résultats, mais l'ablation partielle de l'astragale (col et tête) ou son évidement, joints à des sections tendineuses et ligamentaires (opérations de Nové-Josserand, de Camera) donnent d'excellents résultats.

Dans une forme douloureuse du pied plat congénital, on

trouve une synostose cuboïdo-calcanienne. On s'est demandé si celle-ci ne jouait pas un rôle dans la production des douleurs et si la libération des deux os ne suffirait pas à les faire disparaître.

Pied plat statique des adolescents. — Laissant de côté les théories pathogéniques des troubles observés dans le pied plat statique, le rapporteur se borne à décrire les différents procédés opératoires proposés pour y pallier, et à discuter ensuite leurs applications dans les différentes formes anatomo-chimiques de la maladie.

Opérations tendineuses. — Elles ont été pratiquées soit pour faciliter le redressement des déviations, ce sont les ténotomies, soit pour renforcer certains groupes musculaires aux dépens des antagonistes, ce sont les transplantations tendineuses.

La ténotomie du tendon d'Achille a souvent été pratiquée pour lutter contre la rétraction du triceps sural souvent rétracté dans les pieds plats. De plus, en affaiblissant temporairement ce muscle, elle tend à créer un certain degré de talus et à renforcer ainsi la voûte plantaire. En fait, elle a donné de bons résultats à beaucoup d'auteurs dans les pieds contractés.

On a ténotomisé aussi les péroniers contracturés pour lutter contre le valgus.

Les transplantations tendineuses ont visé en général à renforcer l'action du jambier antérieur soit en transplantant l'un ou les deux péroniers au bord interne du pied, en le renforçant par l'extenseur du gros orteil, ou en raccourcissant le jambier lui-même, etc... Ces transplantations, très en vogue en Allemagne, sont manifestement insuffisantes à remédier aux déformations du pied plat.

Opérations osseuses. — A citer pour mémoire seulement : l'opération de Gleich (section et abaissement de la partie postérieure du calcanéum pour creuser le pied, et les dérivés; l'ostéotomie sus-malléolaire, illogique; l'astragalectomie trop mutilante; l'extirpation du scaphoïde; l'excision du col de l'astragale.

L'opération d'Ogston, arthrodèse astragalo-scaphoïdienne répond déjà mieux aux indications : la voûte interne du pied bloquée devient indolore. Mais elle est souvent insuffisante; pour arriver à redresser, il faut avoir recours à la tarsectomie cunéiforme interne qui restitue au bord interne sa concavité. On peut, comme le voulait Cauchoix pour augmenter la courbure du pied, rendre le coin plus large vers la plante (résection trapézoïdale).

L'ostéotomie modelante du pied (Perthes) se propose d'exciser un coin du bord interne trop long et de l'insérer dans le bord externe trop court. Abbott agit de même avec une résection cunéiforme et l'insertion d'un greffon.

Mais les opérations précédentes ne visent qu'au rétablissement de la voûte, pour obvier au valgus du pied, c'est à la sous-astragalienne qu'il faut s'attaquer. Son arthrodèse, avec au besoin l'exérèse d'un coin osseux pour permettre le redressement, jointe à l'arthrodèse médio-tarsienne permettra une fixation du pied en bonne attitude.

Indications du traitement chirurgical. — Dans le pied statique l'intervention est une méthode d'exception. Elle ne doit s'adresser qu'aux formes graves ayant résisté au traitement non sanglant. Cependant des nécessités sociales peuvent forcer la main.

« Dans le pied plat douloureux et contracté, on commencera toujours par le redressement non sanglant ». Le redressement pourra exiger la ténotomie des péroniers et du tendon d'Achille.

Le rapporteur reconnaît les avantages de la section ou allongement du tendon d'Achille. Par contre, il rejette l'emploi des transplantations tendineuses. Si le redressement manuel ne peut être effectué, il ne faut pas employer l'ostéoclaste, trop brutal, il faut avoir recours aux opérations osseuses.

Ce sont les opérations portant sur la médio-tarsienne qui donnent les meilleures chances de succès : opération d'Ogston et ses modifications; résection cunéiforme ou trapézoïdale pour les cas très rigides; ostéotomie modelante si l'abduction du pied est très marquée.

« L'arthrodèse sous-astragalienne seule ou associée à une arthrodèse ou résection cunéiforme de la médio-tarsienne sera utile si un glissement de l'astragale sur le calcanéum est à craindre ou s'il y a une grande laxité dans la sous-astragalienne. »

DISCUSSION DU RAPPORT

Pied plat congénital. — M. Rendu (Lyon). Le pied bot congénital est traité par la double arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne.

Dans les cas où il y a synostose calcanéo-scaphoïdienne, on s'est demandé si l'ablation de cette synosthose ne suffirait pas à enlever les douleurs.

Dans un des 6 cas de la thèse de Jamin, la synostose a été enlevée et associée à la seule arthrodèse sous-astragalienne, le résultat a été bon.

M. Rocher (Bordeaux) insiste sur la difficulté dans ces pieds plats congénitaux dont la plante est convexe en bas à redresser cette convexité.

Dans 4 cas, il a ouvert la médio-tarsienne, réséqué le scaphoïde et n'a obtenu qu'un redressement incomplet.

M. Ombrédanne compare la difficulté de dérouler ces pieds valgus congéuitaux à la même difficulté rencontrée sur les varus congénitaux.

Pied plat statique. — M. Ducroquet (Paris) expose la statique musculaire du pied et montre le danger qu'il y a dans le pied plat à ténotomiser les péroniers, les avantages au contraire tirés de la section du tendon d'Achille.

Le pied comprend 2 voûtes osseuses juxtaposées : une voûte externe de sutsentation, une voûte interne de mouvement. Dans le pied plat par suite de la bascule en valgus dans la sous-astragalienne, c'est la voûte interne qui porte le poids du corps.

On ne rétablit l'équilibre du pied qu'en ramenant la voûte externe sous l'axe du corps, par correction du valgus calcanien.

Dans les pieds plats contracturés de l'adolescent, il pratique la ténotomie du tendon d'Achille, le redressement forcé manuel, puis ensuite gymnastique et chaussures correctrices.

Chez les sujets atteints d'arthrite, c'est la double arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne qui constitue l'opération de choix. Il pratique le redressement forcé un mois après.

Cette opération a été décrite dès 1908 par Ducroquet et Launay pour le redressement de toutes les déviations latérales du pied.

M. Michel (Lyon). On a trop insisté sur l'affaissement de la voûte dans le pied plat. Il comporte un déplacement du massif calcanéen, une bascule de l'astragale, le déplacement de l'avant-pied en valgus. C'est ce que montrent les radiographies. La double arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne en bloquant le pied supprime les douleurs, et en réséquant largement permet le redressement.

M. Trèves (Paris) fait toujours le redressement forcé comme temps préliminaire de toute intervention. S'il y a surtout valgus il pratique la double arthrodèse. S'il y a surtout aplatissement de la voûte il fait la résection cunéiforme du bord interne.

M. Radulesco (Bucarest), sur les pieds plats irréductibles,

a employé sept fois avec succès l'enchevillement du pied avec un ou deux greffons passant longitudinalement à travers le pied de la base du premier métatarsien jusqu'au calcanéum.

M. Georges Huc (Paris). Il y a dans le pied plat trois lésions élémentaires isolées ou associées : l'abaissement de la voûte interne, la bascule du calcanéum, l'étalement du pied antérieur.

On néglige beaucoup trop ce dernier facteur qui joue un rôle important dans la symptomatologie du pied plat (durillons sous la tête des deuxième et troisième métatarsiens, marche avec l'adduction du gros orteil, orteils en griffe). Il montre la confirmation radiographique de cet écartement des cunéiformes et des métatarsiens.

Il faut compléter le traitement chirurgical, la double arthrodèse de Ducroquet et Launay, les arthrodèses modelantes de Farabeuf et Ombrédanne, par une reconstitution de la voûte antérieure. On y arrive en libérant le deuxième cunéiforme et en sectionnant la partie externe du scaphoïde. On peut alors remonter en clef de voûte le deuxième cunéiforme et redonner à l'avant-pied sa forme normale. Cette opération, pratiquée dans quatre cas, complète heureusement la double arthrodèse.

M. Ombrédanne (Paris). Il y a deux sortes de pieds plats. Les pieds réductibles, avec ou sans anesthésie. On corrige la difformité, puis on cherche à rendre la tonicité musculaire en développant la musculature. Mais il met en doute l'action de la section du tendon d'Achille dans ces cas.

Pour les pieds invétérés, qu'on ne peut redresser, la double arthrodèse est la seule intervention à appliquer. Mais elle ne suffit pas au redressement, il faut élargir l'admirable opération de Ducroquet et Launay en la transformant en une résection cunéiforme dans les interlignes.

M. Lance (Paris). La double arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne est l'opération de choix dans le pied plat invétéré. On est parfois obligé de faire la section du tendon d'Achille rétracté pour arriver à redresser l'arrière-pied. Naturellement l'arthrodèse se transformera en résection cunéiforme dans la mesure nécessitée pour obtenir le redressement.

Il insiste sur l'importance jouée souvent dans la symptomatologie douloureuse par l'étalement de l'avant-pied. Il a pu apprécier les beaux résultats obtenus pour y remédier par l'opération proposée par M. Huc.

QUESTIONS DIVERSES

Butoir astragalien antérieur pour pied talus paralytique. — M. Maffei (Bruxelles) présente un cas dans lequel il a pratiqué l'arthroryse antérieur en soulevant le bord antérieur du col astragalien.

M. Nové-Josserand rappelle qu'il a été amené à cette technique parce qu'en insérant un greffon tibial à la manière de Putti il l'avait vu parfois se fracturer.

M. Ombrédanne n'a jamais observé cette fracture.

Un cas de déformation de l'ischion. (*Présentation de radiographie.*) — M. Maffei (Bruxelles).

Suites éloignées des fractures du condyle externe. — M. Massart (Paris) montre, au moyen de projections, ce que deviennent à distance les fractures du condyle externe. Quand il n'y a pas de déplacement la fracture ne laisse pas de suites. S'il y a déplacement en dehors sans bascule, ou si le noyau bascule mais reste attaché à l'humérus il y a un cal volumineux et l'extrémité inférieure de l'humérus est en fourche. Mais si le fragment basculé est complètement détaché il se résorbe, le résultat est un cubitus valgus considérable qui peut conduire à des paralysies cubitales. Aussi, pour éviter ces accidents dans le cas de déplacement, faut-il pratiquer le replacement et fixation du fragment.

M. Mouchet pratiquait autrefois l'enlèvement du fragment détaché, depuis qu'il a rattaché les paralysies cubitales tardives à ces cubitus valgus, il cherche toujours à replacer et fixer le fragment.

M. Nové-Josserand. Le replacement et la fixation sont facilités si on n'isole pas le fragment de ses attaches musculaires. Dans les cas difficiles il faut s'aider par des tractions sur l'avant-bras.

M. Rocher fait toujours la réduction du fragment. Quand il est basculé on peut le retourner avec une curette. On fixe le fragment avec une vis ou un perforateur laissés quelques jours en place dans la plaie.

M. Mathieu fait toujours la fixation du fragment avec une vis fine de Lambotte.

M. Delchef suture au crin de Florence.

Un cas de paramycétone osseux de Madurella. — M. Marcel Meyer (Strasbourg). Un enfant de douze ans, n'ayant jamais habité les colonies, présente depuis deux ans des douleurs et du gonflement de la malléole externe et du talon, puis une fistule de l'autre talon, lésions longtemps considérées comme de l'ostéite tuberculeuse. La radiographie montre des cavités dans les deux calcanéums et la malléole. Le péroné est incisé. Le tissu osseux paraît normal. L'examen histologique montre des amas mycéliens qui par culture sont identifiés : c'est une maduromycose.

Opération dans un cas de sacralisation de la Ve lombaire. — M. Delchef (Bruxelles) a opéré un cas de sacralisation douloureuse selon la technique Bonniot. Bon résultat.

Traitement de la torsion fémorale dans les luxations congénitales. — M. Delchef (Bruxelles), dans deux cas ayant récidivé après réduction à cause de l'antéversion considérable du col fémoral, a pratiqué l'ostéotomie avec le procédé d'ostéosynthèse externe d'Ombrédanne. Le résultat a été excellent. Dans un cas la contention a été complétée par la constitution d'une butée selon la méthode de Lance.

Ostéites ou ostéoses éburnisantes. — M. Froelich (Nancy). On a rapporté dans ces dernières années (Léri, Putti, etc.) un certain nombre d'observations d'une affection se traduisant par des épaississements, une densité plus grande, l'os se produisant par coulées longitudinales sur un segment de membre ou un membre entier.

M. Froelich a observé quatre de ces cas chez des filles de six à douze ans, sur le tibia et en plus deux fois sur le cubitus et l'humérus. Il fait passer en projections les radiographies de tous les cas publiés et montre qu'il faut en distinguer deux variétés : les éburnisations à l'intérieur du périoste, dans l'os lui-même qu'il rattache nettement à l'hérédo-syphilis, et les coulées d'os compact saillantes en dehors de l'os et dont l'origine est inconnue.

Présentation d'appareil électrique pour la taille de greffons en forme de cheville. — MM. Ch. Dujarier et P. Mathieu.

M. LANCE.

— Sujets mis à l'étude pour la Réunion d'octobre 1929 :

Première question : *Les luxations récidivantes de l'épaule.* — Rapporteur : M. Tavernier (Lyon).

Deuxième question : *Les lésions osseuses juxtaarticulaires tuberculeuses.* — Rapporteur : M. Andrieu (Berck).

LA VIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE

POUR

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Rome, 24 septembre 1928.

La VIe Conférence internationale pour la lutte contre la tuberculose vient de se terminer. Son succès a été considérable puisqu'elle a réuni près de mille médecins, accourus de tous les pays du monde, d'Europe, d'Amérique et d'Orient, parmi lesquels une centaine de médecins français, parmi lesquels plusieurs des représentants les plus distingués de la phtisiologie française, les professeurs L. Bernard, Besançon, Calmette, Arloing, les docteurs Courcoux, Rist, Weill-Hallé, A. Delille, la plupart des médecins de sanatoriums et un grand nombre de praticiens, unis par le même désir d'apporter la contribution personnelle de leur savoir, de leurs recherches ou de leurs efforts à la lutte contre l'ennemi commun de l'humanité. Et son succès s'explique sans peine si l'on considère l'intérêt des questions portées à l'ordre du jour, la notoriété des rapporteurs, l'intérêt de la visite aux diverses formations sanitaires italiennes : sanatoriums, préventoriums, organisations des centres industriels, presque toutes récentes, répondant aux exigences les plus sévères et dont le développement, le grand nombre et la perfection, font le plus grand honneur au pays et à ses dirigeants.

La Conférence s'est déroulée à Rome dans le cadre incomparable de cette ville unique au monde par sa beauté, la splendeur de ses monuments, la grandeur de ses souvenirs, les trois mille ans d'histoire qu'elle représente et le charme si particulier qu'on y éprouve et qu'elle doit à la sérénité de son atmosphère et à l'exquise urbanité de ses habitants.

Placée sous le haut patronage de Sa Majesté le Roi d'Italie, sous la présidence d'honneur du chef de gouvernement S. E. B. Mussolini et la vice-présidence de S. E. Turati, elle fut présidée par S. E. le professeur Paolucci, avec pour secrétaire général le professeur Léon Bernard, assisté de MM. les professeurs et docteurs Humbert, Calmette, Dewez, Harbitz, Th. Smith, Philipps, Maragliano, Morelli, Fabri, Ascoli, Ilvento, Boschetti.

L'ouverture du Congrès avait lieu le 24 septembre, en une séance solennelle, au Capitole. Dès le matin, un service d'ordre acheminait les congressistes vers le Palais des Sénateurs, sanctuaire des gloires romaines. A 10 h. 1/2, le gouvernement, suivi des membres du bureau, faisait son entrée dans la salle. En quelques mots, le gouverneur de Rome saluait les congressistes, leur souhaitait la bienvenue dans la capitale de l'Italie et donnait la parole à M. Léon Bernard, secrétaire de la Conférence. Ce dernier, après avoir remercié les autorités de l'hospitalité magnifique qu'elles offraient au Congrès international, exposait alors le but de la Conférence qui est de réunir les médecins de tous les pays, de coordonner les efforts de toutes les nations pour le développement plus complet des moyens à opposer au fléau. Il annonça ensuite les sujets mis à l'ordre du jour. Puis, ce fut le Duce qui parla au milieu de la curiosité générale. Très simplement, et, attention ressentie profondément par les nombreux Français présents dans la salle, en langue française, le chef du gouvernement prit la parole : d'une voix forte et nette il souhaita la bienvenue aux membres du Congrès, félicita médecins et savants de leurs efforts et affirma la volonté du gouvernement national fasciste de mener avec vigueur la lutte contre la tuberculose, « lutte que seulement l'Etat avec ses forces, avec ses ressources, a la possibilité de conduire. A l'issue de cette courte cérémonie, une collation attendait les visiteurs dans le Palais des Conservateurs, consacré à la sculpture antique;



LE CAPITOLE OU A EU LIEU LA SÉANCE D'OUVERTURE

et pendant plus d'une heure on put voir les groupes admiratifs se répandre dans les salles de ce musée, nouvellement réorganisé, et dans les jardins délicieux qui couvrent la colline, du côté de la Roche Tarpéienne, vers le Palais Cafarelli.

L'après-midi le travail commença avec la première séance, dans la grande salle du Palais des Expositions, via Nazionale. Sous la présidence du professeur Ascoli, le professeur Calmette exposa l'état actuel de nos connaissances sur les éléments filtrables du virus tuberculeux dans un rapport lumineux, richement documenté, ne disant que ce qui est certain et parfaitement établi. Il est difficile de donner même un aperçu d'une question aussi importante dans un rapide compte rendu. Disons seulement que l'existence d'éléments filtrables du virus tuberculeux est aujourd'hui à peu près unanimement acceptée. Il y eut bien quelques opposants, quelques-uns affirmant que les lésions expérimentales réalisées chez l'animal sont dues au passage de quelques bacilles au travers des bougies (??) et que la présence de granulations et de bacilles chez l'animal est sans valeur puisque 50 p. 100 des animaux de laboratoire en hébergeraient normalement (?). Ces objections soulevèrent de très vives réactions dans l'assistance, notamment chez notre collègue Valtis. Mais l'amabilité souriante et le tact parfait du professeur Ascoli adoucirent les angles et finalement on avait le sentiment d'un accord à peu près unanime sur cette question. Le virus filtrant a bien acquis droit de cité, depuis la découverte de Fontès, grâce aux efforts de Vaudremer, de Calmette et Valtis de l'Institut Pasteur ; de Durand, chef du laboratoire du professeur Sergent; d'Arloing et Dufourt (de Lyon). Le lendemain Valtis faisait une démonstration dans le laboratoire du professeur Sanarelli, montrant de belles coupes histo-bactériologiques de placentas de femelles gravides tuberculeuses qui suscitèrent un vif mouvement de curiosité.

A 6 h. le soir s'ouvrait l'Exposition internationale contre la tuberculose dans les salles de ce beau Palais des Expositions, richement décorées des couleurs italiennes, des armes

(1) *Compte rendu de l'Association de a Presse médicale française.*

de Savoie et de la Croix barrée de la Croisade antituberculeuse. Chaque nation occupait une salle où elle avait disposé sur les murs et dans des vitrines d'innombrables documents photographiques, statistiques, plans et cartes, tous d'intérêt considérable, permettant de juger, de comparer et d'apprécier les efforts de chaque pays dans la lutte entreprise. Et cette première journée, déjà bien remplie, s'acheva dans les grands salons de l'Hôtel Excelsior par une grande soirée dont le chef du gouvernement voulut encore rehausser l'éclat en l'honorant de sa présence.

La journée du 26 débuta par le rapport du savant professeur Rocco Jemma sur le diagnostic de la tuberculose infantile. Peu de questions sont aussi passionnantes que celle-là, puisque c'est avec la première enfance que commence l'histoire clinique de la tuberculose. Cette étude lumineuse, excellente mise au point de la question, envisage successivement les diverses conditions de l'infection de l'enfant, l'étude clinique de ses diverses manifestations morbides et des particularités de la tuberculose dans la première enfance, la critique des divers procédés biologiques de diagnostic. De nombreuses communications suivirent cet exposé et les pédiatres phtisiologues, parmi lesquels nos concitoyens Armand-Delille, Rist, Courcoux, Weill-Hallé apportèrent leurs observations personnelles.

L'après-midi, les congressistes visitèrent le magnifique établissement sanatorial Cesare Battisti, et la journée prenait fin à l'Aula Magna du Collegio Romano où, devant un auditoire pressé et attentif, le professeur Morelli, l'un des élèves du maître, faisait avec émotion une conférence applaudie avec enthousiasme sur Forlanini, le père de la thérapeutique par le pneumothorax. Le même jour, les congressistes français étaient reçus à l'ambassade de France par le comte et la comtesse de Beaumarchais. Ce fut une joie pour tous de se retrouver en terre de France, dans ces magnifiques salons décorés des fresques de Carrache et d'y recevoir l'accueil si simple et si charmant de Mme l'Ambassadrice de France dont « la maison était la nôtre ». Et si nous pouvions formuler un regret, nous dirions que peut-être on eût pu associer à cette fête charmante nos dévouées collaboratrices les infirmières visiteuses qui sont toujours à la peine et dans l'ombre et dont la modestie et le dévouement eussent reçu là une juste récompense. Ce fut de la part de l'organisation française un oubli regrettable qui certainement ne vint pas de l'ambassade.

Le 27, le professeur W. Brand (de Londres), en un exposé magistral, développa l'organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux en Angleterre. Il en montra tous les rouages : le dispensaire, pierre angulaire de l'édifice, la nécessité de la déclaration obligatoire de la tuberculose, l'utilité du registre des cas déclarés qui permet de suivre les malades dans leurs changements de résidences, la liaison de cet organisme avec les médecins des écoles, d'où la surveillance plus avertie des enfants dont les parents sont reconnus infectés, le rôle de l'infirmière visiteuse, le sanatorium, l'œuvre postsanatoriale qui complète par les soins et l'éducation les résultats obtenus au sana, les soins à domicile aux frais de la Caisse d'assurance. Et cet exposé laissa chez les assistants l'impression d'une organisation complexe, mais pratique, comme le savent comprendre nos amis anglo-saxons, et dans laquelle aucune question d'intérêt étroitement personnel, aucune objection théorique et d'un autre âge sur les libertés individuelles (qui, en l'espèce, sont surtout celles de cracher sur ses voisins ou sur ses enfants) ne vient entraver l'œuvre d'intérêt commun. Elle s'intéresse au malade, l'accompagne au sana, le suit à sa sortie, pendant qu'elle assure la surveillance ou l'aide matérielle à la famille et fait ainsi une véritable et belle œuvre sociale.



PALAIS DES EXPOSITIONS

A 11 h. 1/2, cette étude recevait son complément naturel, dans celle de l'assurance obligatoire contre la tuberculose en Italie, faite par l'Hon. Martinelli. L'après-midi, pour illustrer d'exemples ce qui avait été dit le matin, une visite avait lieu à la colonie post-sanatoriale de la Caisse d'assurance sociale, œuvre d'intérêt considérable, qui prend le convalescent à la sortie du sana où s'est fait en quelque sorte la première étape du traitement et l'empêche de retomber sans forces dans le milieu où il s'est infecté.

A 6 h. enfin, dans la grande salle de l'Aula Magna, le professeur Brauer, de Hambourg, faisait une conférence sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Après un bref exposé des autres méthodes de traitement et de leurs indications, pneumo-thorax, phrénicectomie, plombage à la Tuffier, cautérisation selon la méthode de Jacobeus, il étudia les effets de la compression du poumon malade, quel que soit le procédé employé; puis abordant l'étude de la thoracoplastie il envisagea ses différentes variétés adaptées aux cas particuliers, la technique opératoire, ses indications, la nécessité de recourir à la spirographie pour bien établir la valeur du pou-

mon sain avant l'opération. Et au fur et à mesure de son exposé, il fit défiler des projections radiographiques et schématiques, illustrant parfaitement les différentes parties de sa leçon.

Avec cette dernière prenait fin la conférence proprement dite. Le lendemain, un train spécial emmenait les congressistes à travers la campagne romaine, au sanatorium militaire d'Anzio. Cet établissement, dirigé par notre confrère le capitaine docteur Boschetti, qui se fit notre guide aimable et dévoué à travers les différents services de sa maison, est située à peu de distance de la mer, à la lisière d'une forêt de pins maritimes. Disposé en pavillons séparés édifiés dans la forêt elle-même, il reçoit les tuberculeux pulmonaires justiciables d'un climat marin et les tuberculeux osseux pour lesquels est organisée la cure d'héliothérapie, soit en galerie couverte, soit directement en plein air. La luminosité est d'ailleurs extraordinaire sur cette rive et le climat régularisé par le voisinage de la mer n'est pas trop chaud; il reste tonique sans être affaiblissant. Quant aux services adjoints, bactériologique, chimique, radiologique, ils sont également installés dans des pavillons séparés, pourvus du matériel le plus moderne et chacun est placé sous la direction d'un spécialiste.

Les congressistes se dirigèrent ensuite vers le Paradiso Sulla Mare, grand et luxueux hôtel moderne où un excellent déjeuner les réunissait sous la présidence du docteur Boschetti et du professeur Léon Bernard. Des vérandas et des terrasses les visiteurs pouvaient voir déferler la mer sur les ruines du vieux port romain et sur la place autrefois fréquentée des empereurs. Aujourd'hui la petite ville renaît peu à peu et nul doute qu'elle ne doive retrouver bientôt son ancienne splendeur, plage à la mode voisine de la capitale et station de cure.

Le 29, les congressistes se retrouvaient à Milan pour l'étude de la lutte anti-tuberculeuse dans la ville et la province milanaise. A 11 h. 1/2, l'honorable Stéphane Benni, président de la confédération nationale des arts et industries, recevait les congressistes dans une des salles du Castello Sforzesco et après une courte allocution, passait la parole à l'ingénieur Quintavalle, secrétaire de la Fédération fasciste industrielle, qui fit l'exposé des moyens employés pour la prophylaxie antituberculeuse dans l'industrie milanaise. L'après-midi avait lieu une visite aux établissements de la ville et de la région; les établissements Morelli, le sanatorium Regina Elena à Legnano, l'un des joyaux des nombreuses formations sanitaires de la région milanaise, parmi lesquelles nous citerons encore le préventorium Olgiate Olonna, plusieurs consultations de nourrissons, le sanatorium Vittorio Emanuele, le sanatorium Ornago et celui de Cuasso al Monte, au-dessus du lac de Varèse, que dirige avec tant de dévouement et de science notre ami le professeur Parodi.

Le complément de cette série de journées de travail fut la visite aux organisations sanatoriales du Haut-Adige et du Trentin. Disons de suite que cette semaine fut moins austère pour les congressistes, car les organisateurs, pour leur montrer les établissements édifiés dans les régions irrédentes revenues à l'Italie après la guerre, leur firent traverser les régions montagneuses les plus belles de l'Italie et parcourir cette merveilleuse région des lacs d'enchantement éternel.

Le départ eut lieu le matin du 30 septembre; le train longeait d'abord les rives du lac de Côme, pour atteindre bientôt le village montagnard de Sondrio. Là une réception enthousiaste attendait les congressistes : musique, drapeaux, haies d'enfants, tout donnait l'impression d'un accueil d'une cordialité sincère et joyeuse. Après le déjeuner servi au gymnase, les visiteurs gagnèrent en voiture par une route aux lacets pittoresquement tracés sur les flancs de la montagne, le sanatorium de Prasomaso, sanatorium populaire de 174 lits, édifié par la ville de Milan, sur une clairière, au milieu d'une forêt de sapins, à 1.250 mètres d'altitude, et parfaitement agencé pour assurer aux malades, en même temps que les meilleures conditions de cure, tout le confort désirable. Signalons ici que les malades ne sont pas astreints à revêtir un uniforme, ce qui leur évite l'impression d'hôpital, pour leur donner plutôt celui d'une villégiature; il y a là une attention délicate à signaler. Une deuxième escalade permit d'atteindre le sanatorium de l'Abetina, édifié au-dessus du village de Sondalo, en face des monts Serrottini. Il est dirigé par le professeur Morelli de Pavie, qui se fit notre guide avec l'amabilité souriante que chacun lui connaît et fit visiter à tous les groupes le magnifique établissement pourvu de tous les perfectionnements et de tous les conforts : chambres luxueuses avec ou sans bains, avec ou sans salon, galeries de cure personnelle, communiquant à volonté avec les voisines aux heures de causerie, mais fermées pendant la cure. Salons, bibliothèque, salle de musique, murs et planchers lavables, cuisines électriques, chauffage central.

Enfin, les voitures remontant la vallée de la Valteline, arrivaient le soir à Bormo, à 1.500 mètres d'altitude, ou une belle réception, présidée par M. le professeur Morelli attendait les voyageurs fatigués. Dans un français, parfait de correction, notre confrère fit une allocution charmante qui provoqua des réponses émues du docteur Dumarest et de nos confrères anglais, polonais, turcs, italiene.

Le lendemain, dès la première heure, sous la conduite de notre excellent confrère attaché à l'établissement des bains de Bormo, les voyageurs visitèrent les Bagni Vecchi fréquentés des Romains avec leurs baignoires creusées dans le rocher, la profonde grotte creusée jusqu'à l'émergence de la source chaude, les bagni nuovi, d'organisation moderne pour le traitement des rhumatismes, de l'obésité, de l'arthritisme.

Puis, à mesure que le soleil s'élevait, les voitures se rassemblaient pour le départ. Les organisateurs avaient en effet projeté de faire franchir au Congrès la fameuse passe du Stelvio à 2.800 mètres d'altitude. Disons tout de suite que ce fut un succès. La montée dans l'air frais du matin fut aisée sur cette belle route, admirablement entretenue, aux virages relevés, garnis de pare-pierres et de goulets dans les lignes de chutes de pierres et de neige. Peu à peu, les voitures gagnèrent l'altitude, l'herbe fit place aux mélèzes, les pierres à l'herbe, la neige même survint un moment, ajoutant au pittoresque du voyage. Puis, ce fut le passage et la descente sur Trafoi. Et c'était un spectacle impressionnant que cette théorie de lourdes voitures, sur ces lacets tortueux serpentant au flanc de la muraille à pic, en face des glaciers de l'Ortler. Aucun incident ne vint compliquer le voyage, grâce à l'adresse des automobilistes italiens dont on ne saurait trop louer la virtuosité et le sang-froid. Après une courte halte, la route fut reprise et à 1 h., le Congrès débarquait à Merano. Une journée de repos permit aux visiteurs de parcourir cette ville charmante, toute de grâce et de luxe, entourée de collines verdoyantes couvertes de vignobles plantureux et de vergers magnifiques, d'où émergent ça et là une tour, un reste de château, témoins des rencontres et des luttes passées, que remplaceront peut-être définitivement les réunions pacifiques comme la nôtre, où les hommes se rejoignent non pour les batailles fratricides, mais pour le bien. Le lendemain, une magnifique réception avait lieu au Casino municipal. Le préfet de la province de Merano accompagné des autorités militaires, escorté par les musiciens tyroliens en costume national et les milices fascistes défilant entre les maisons pavoisées aux couleurs italiennes, faisait son entrée dans la salle décorée de drapeaux et de feuillages. D'une voix claire, il souhaita la bienvenue aux visiteurs, affirma le désir du Gouvernement fasciste de consacrer ses soins à la lutte contre la tuberculose et remercia tous ceux qui s'efforcent, chacun dans leur sphère d'action, de resserrer l'étau autour du fléau. La matinée se termina par une conférence sur Merano station de cures : cure d'air, d'altitude, cure de raisins; l'après-midi fut consacrée à des excursions dans la ville et ses alentours, qui permirent de jouir de merveilleux panoramas sur les montagnes; et la journée

s'achevait par une fête magnifique : la Fête locale du raisin, fête traditionnelle en Tyrol, où les vendangeurs en costumes historiques, escortés du gardien des vignes, viennent faire aux autorités et aux visiteurs l'hommage de leur récolte, cependant que les jeunes gens dansent en chantant les vieux airs du pays.

Le 3 octobre les Congressistes gagnaient Bolzano. Après être allé solennellement s'incliner devant le monument aux morts, ce qu'eût également fait à Rome la délégation française si elle avait été prévenue, le Congrès faisait une rapide visite à la Griserhof, qui permettait de se rendre compte de ce qu'est une maison de régime et de cure, avec les diverses organisations d'électrothérapie, mécanothérapie, bains, douches, massages, comme en sont dotées tant de villes austro-allemandes. Puis, les voitures, à grande allure, remontant les gorges sauvages, gagnaient peu à peu l'altitude et déposaient au bord du lac de Carezza, au pied des Dolomites, sous le soleil de midi, les Congressistes éblouis par la splendeur d'un si beau spectacle. Puis ce fut la descente dans la plaine, et la nuit trouva le Congrès dans la grande rue d'Arco, escorté par une population joyeuse et sympathique, saluant de vivats ses visiteurs nocturnes. Un banquet réunit encore une fois les Congressistes, et après les allocutions des autorités, de nos confrères italiens, hollandais, du professeur Mouisset de Lyon, parlant au nom des médecins français, la soirée s'acheva par un bal animé.

Enfin le 4 octobre, les Congressistes traversaient un lac de Garde inhabituel, mélancolique sous la pluie d'automne, et après une courte halte à la maison de cure de Fasano, installée magnifiquement sur les rives fleuries du lac, arrivaient le soir à Desenzano pour visiter le bel établissement de cure héliothérapique du docteur Magrassi. La Casa del Sole, située sur un coteau, face au soleil, la façade nord tournée vers le lac, reçoit les malades de la province de Brescia, atteints de tuberculose osseuse. Là, on n'opère pas, on attend tout de la cure, sur ce coteau magnifiquement insolé, baigné d'une lumière éblouissante au-dessus des rares et légères brumes du lac. Cet établissement est certainement un des modèles du genre, admirablement organisé dans tous ses détails, que le docteur Magrassi, avec une inlassable courtoisie, voulut bien montrer à tous. Un repas froid attendait les visiteurs à l'issue de la visite et quand le docteur Magrassi eut prononcé quelques mots de remerciement aux Congressistes qui étaient venus en si grand nombre visiter son établissement, le docteur Dumarest, au nom des médecins français, ne put que féliciter nos confrères italiens de l'effort réalisé par eux et des résultats obtenus. Et ce fut la fin du Congrès. Les voyageurs reprenaient bientôt le train pour Milan où se fit la dislocation, chacun regagnant son pays, en emportant un souvenir inoubliable de ces journées de travail, de fête, de joie aussi.

Journées de travail, car les Journées du Congrès furent abondamment remplies : exposés des rapporteurs, discussions souvent longues et chargées, conférences, il y avait là pour les Congressistes une abondante moisson de documents, d'autant qu'à l'intérêt des questions développées s'ajoutait l'autorité des rapporteurs, tous spécialisés, dans les questions étudiées.

La visite aux établissements sanitaires de la ville de Rome, de la ville de Milan, aux sanatoriums de la Valteline, de l'Adige et du Trentin, furent également un régal pour tous. Les formations sanatoriales de nos amis d'Italie sont en effet parfaites dans tous les points, unissant les exigences les plus modernes d'installation scientifique au souci du bien-être et du confort des malades. Nul doute que nos confrères ne fassent là de bon travail et n'obtiennent des résultats proportionnés à leurs efforts. Il y a là un sentiment de reconfort en voyant s'édifier partout sanatoriums, préventoriums, établissements d'héliothérapie, œuvres d'assistance, et qui réjouit profondément ceux d'entre nous qui, en d'autres temps, ont connu le doux laisser-aller et l'aimable insouciance d'un peuple simplement heureux de vivre et qui le voit aujourd'hui ayant secoué la vague de paresse, comme le disait son chef, ardent au travail, soucieux de tenir sa place au rang des nations de progrès et dans tous les domaines.

Louons sans réserves l'admirable organisation de ce Congrès; ce n'était pas une mince besogne que de recevoir plus de 1.000 médecins étrangers, de les réunir dans des salles de conférences, de les intéresser à des exposés faits dans une autre langue que leur langue maternelle. Nos amis y ont parfaitement réussi. Chacun a pu suivre pas à pas les travaux du Congrès, quelle que fût sa langue maternelle, quelle que fût celle de l'orateur, car, dès le début, on trouvait au bureau de la Conférence des traductions en quatre langues des sujets exposés. A ce point de vue, une innovation nous a paru parfaite : à Milan, à mesure que parlait l'orateur un film projeté répétait en quatre langues la partie correspondante de la leçon que tous les assistants purent ainsi suivre entièrement.

Par ailleurs, bureaux permanents de renseignements, de correspondance, service touristique, rien ne manquait et rien ne manqua.

Et puis, les organisateurs du Congrès avaient eu la gracieuse pensée d'associer les femmes de nos confrères à cette réunion internationale, les faisant participer aux réunions, aux fêtes, aux excursions. Il y eut là une charmante attention, dont on ne peut que remercier la direction; comme le disait un de nos confrères d'Italie, aimable comme on l'est au delà des monts « elles ont émaillé de leur sourire et de leur beauté notre réunion bien austère sans elles ».

Journées de joie aussi, car que dire de l'accueil reçu dans cette ville délicieuse? Que dire de l'amabilité jamais en défaut des Romains, de nos confrères des hôpitaux, des laboratoires, des sanatoriums, dont la complaisance à faire visiter à des groupes sans cesse renouvelés toutes les parties de leurs établissements, ne se départit pas une minutes. Est-il nécessaire de rappeler le nombre et la splendeur de ses monuments que les congressistes, après les heures de travail, visitaient en grand nombre, se retrouvant, Anglais, Français, Polonais, Tchèques, Hongrois, entre les pierres du Forum et du Palatin, dans les salles du Vatican, sous une arcade du Colisée, et s'abordant en joyeuses exclamations.

Et puis, comment remercier assez de leur immense et admirable effort, ceux qui assumèrent la tâche de transporter plus de trois cents médecins en chemins de fer, en bateaux, en voitures, à travers campagnes, lacs, montagnes, leur faisant escalader les pentes les plus fortes pour atteindre les sanatoriums des hautes altitudes, passer d'une vallée dans une autre, par les cols les plus élevés des Alpes, le tout sans un accroc, sans un accident, sans que jamais un lit ou un repas ait fait défaut à un seul Congressiste. Départs à l'heure, arrivées à l'heure, tout fut parfait, et à ce titre comme en tant d'autres, nos amis italiens ont droit aux éloges les plus complets et aux félicitations les plus sincères de tous.

Et dans chaque ville, chaque village, la visite fut l'objet d'une réception magnifique de cordialité; goûters délicats préparés par nos confrères, joie des habitants, musiques, chants, saluts et vivats, le Congrès allait comme le disait notre collègue Dumarest, de fête en fête et de festin en banquet. On se fût cru sans peine dans son propre pays; et d'ailleurs l'Italie n'est-elle pas un peu la patrie de tous? n'est-elle pas le foyer de l'art? le trait d'union entre les vieilles civilisations orientales et helléniques et nos civilisations modernes? Et c'est pourquoi, chacun de nous n'y voit pas des étrangers, mais des frères et des amis; c'est pourquoi aussi la joie est si grande pour ceux qui l'aiment sincèrement de voir l'effort de tout un peuple, uni autour de son chef dans l'amour du travail, légitimer sa présence dans l'Assemblée des peuples en marche vers le progrès, et au premier rang de ceux qui s'efforcent d'apporter le secours ou l'adoucissement aux souffrances de l'humanité. Et c'est pourquoi aussi, lorsque

M. Dumarest, à la fin du Congrès, proposa qu'une souscription fut ouverte pour élever un monument à Forlanini, un tonnerre d'acclamations couvrit sa parole, exprimant la reconnaissance de l'humanité tout entière au grand médecin, au grand bienfaiteur, que fut l'Italien de Pavie, Forlanini.

Dr HENRI DURAND.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1928)

Sur l'unicité des spirochètes récurrents du groupe Dutton. — MM. Ch. NICOLLE, C. MATHIS et Ch. ANDERSON.

Sur l'inefficacité des courants continus prolongés dans l'excitation neuro-musculaire. — M. Philippe FABRE.

Réaction simple de différenciation des sérums normaux et syphilitiques à l'aide de colloïdes organiques. — MM. R. DOURIS et J. BECK.

Cellules nerveuses et virulence du pneumogastrique dans la rage canine. — MM. Y. MANOUÉLIAN et J. VIALA.

Une nouvelle application des courants de haute fréquence : la d'Arsonvalisation médicamenteuse. — M. BORDIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1928)

Sur le sort d'un bacille de Koch sans valeur tuberculigène. — M. VALLÉE rapporte l'histoire d'un bacille de type bovin qui, tout d'abord d'une parfaite virulence, s'est spontanément atténué. Depuis vingt-cinq ans l'atténuation de ce microbe s'est lentement affirmée, et des doses de 10 à 20 milligrammes restent aujourd'hui sans valeur pathogène pour le cobaye, tandis que le bovin supporte, sans se tuberculiser, une inoculation intraveineuse de 100 milligrammes du même germe.

Cependant, inoculé sous la peau des bovidés (2.000 cas), à la dose de 20 milligrammes dans un excipient à base d'huile de vaseline, ce bacille provoque l'apparition d'une lésion fibro-caséeuse persistante et inextensible. Recueilli après plusieurs mois ou plusieurs années d'évolution, le caséum de la lésion se montre riche en bacilles tuberculeux parfois revivifiables par la culture. Pas plus que celle du caséum, l'inoculation de celle-ci ne met en évidence un regain du pouvoir pathogène (52 expériences).

Entre les mains de l'auteur, d'autres échantillons bacillaires d'origines humaines ou bovines ont également perdu de leur pouvoir pathogène au cours des années. Le bacille tuberculeux n'échappe donc point à la loi commune de la dégradation de la virulence, et de tels faits méritent d'être rapprochés des insuccès des expérimentateurs qui ont vainement cherché à obtenir, chez divers animaux, un regain de l'activité de ce bacille véritablement atténué qu'est le B. C. G.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. (Expérience de la Compagnie des mines de Béthune.) — MM. A. CALMETTE et Ph. BRÉHON. Depuis le 1er septembre 1926 la Compagnie des mines de Béthune fait vacciner au B. C. G. tous les enfants qui naissent sur le territoire de sa concession; 845 enfants ont été ainsi vaccinés jusqu'au 31 août 1927 et sont donc actuellement âgés d'un à deux ans. Leur mortalité générale (par toutes causes) a été seulement de 3,5 p. 100 alors que la mortalité moyenne des enfants de zéro à un an est, en France, de 8,5 p. 100. Il n'est pas douteux que la vaccination B. C. G. ait eu pour résultat, non seulement de faire disparaître la mortalité infantile due à la tuberculose, mais aussi de faire baisser la mortalité générale.

Cet exemple donné par la Compagnie de Béthune mériterait d'être suivi par toutes les grandes institutions industrielles ou minières, ainsi que par les Compagnies de chemin de fer qui ont des services médicaux bien organisés. Dans notre pays qui se trouve si gravement menacé d'une crise de main-d'œuvre du fait du trop petit nombre des naissances, il n'y a pas d'économies de vies humaines qu'on ne doive s'efforcer de réaliser.

La cuti-réaction chez les enfants vaccinés par le B. C. G. — MM. Léon BERNARD, Robert DEBRÉ et Marcel LELONG. On discute encore sur la fréquence, voire sur l'existence de la cuti-réaction chez les enfants vaccinés par le B. C. G. suivant la méthode Calmette. L'intérêt particulier des observations qu'apporte M. Léon Bernard tient à ce qu'elles ont été faites sur des enfants vaccinés et séparés dès la naissance de tout contact infectant, et recueillis au Placement familial des Tout-Petits, de sorte que la cuti-réaction chez ces enfants ne peut être attribuée qu'au B. C. G. et non à une contamination tuberculeuse, ainsi qu'on a pu l'avancer lorsqu'il s'agit d'enfants vaccinés et laissés en contact avec des tuberculeux.

En outre, il a été pratiqué chez chaque enfant des cuti-réactions en série, condition indispensable pour pouvoir tirer une conclusion valable.

Sur 105 enfants ainsi étudiés, 55 ont conservé une cuti-réaction constamment négative; 50 ont présenté à un moment donné une cuti-réaction positive. La proportion des cuti-réactions positives est donc plus élevée qu'on ne l'a dit, même Calmette. Nul doute qu'elle serait encore accrue par l'emploi de l'intradermo-réaction en place de la cuti-réaction.

Si la réaction est plus souvent faible que forte, par contre il n'y a pas de type constant et spécifique de la cuti due au B. C. G.

La cuti-réaction apparaît chez ces enfants, après un délai qui va d'un mois et demi à douze mois et qui oscille en moyenne entre trois et cinq mois.

La cuti-réaction, une fois apparue, peut le demeurer définitivement; elle peut redevenir négative après un temps variable.

Ces faits démontrent que le B. C. G. est susceptible de provoquer par lui-même les réactions allergiques, dans une proportion et avec des délais d'apparition et de maintien variables. Si la cuti négative ne prouve pas le non-passage du B. C. G., par contre la cuti positive atteste son absorption en même temps que ses aptitudes allergisantes.

Résultats expérimentaux obtenus avec les bacilles des petites Denise et Marie D... pour la recherche de leur identité avec le B. C. G. — M. LIGNIÈRES apporte l'observation de deux petites filles, à l'appui des réserves qu'il a faites à diverses reprises sur l'emploi du B. C. G. Voici les conclusions de l'auteur :

« Les inoculations expérimentales pratiquées avec les lésions purulentes de la petite Denise D... vaccinée au B. C. G. ainsi que le pus de sa sœur Marie qu'elle a contaminée par un contact intime et prolongé, prouvent que les bacilles rencontrés en quantité énorme dans le pus sont bien du B. C. G. et n'appartiennent pas au bacille tuberculeux normal type humain ou type bovin.

« L'étude des cultures quoique non complètement terminée confirme le même diagnostic.

« Cette constatation n'ajoute pas seulement de nouveaux cas malheureux à la statistique des vaccinations, ce qui serait d'ailleurs sans grande portée; elle a une signification bien autrement importante puisqu'elle démontre que le B. C. G. est un bacille encore trop virulent pour l'espèce humaine.

« Comme je l'ai démontré antérieurement par l'étude des

réactions tuberculiniques, la majorité des nouveau-nés ne paraît pas affectée par le B. C. G. ni prémunie suffisamment par ce vaccin; chez d'autres sujets probablement plus sensibles, le vaccin Calmette peut provoquer une infection grave, parfois mortelle.

« Dans ces conditions, ce n'est pas seulement une erreur, c'est une faute de vacciner des enfants nés de parents sains et élevés dans un milieu non infecté de tuberculose.

« La vaccination en masse de tous les nouveau-nés préconisée par M. Calmette ne peut d'aucune façon se soutenir.

« Tout en reconnaissant que l'atténuation du bacille de la tuberculose par les cultures successives en milieu bilié est une découverte acquise qui fait grand honneur à MM. Calmette et Guérin parce que c'est la première fois qu'on obtient artificiellement une atténuation fixe du bacille de Koch, il n'en est pas moins exact que cette atténuation n'est pas encore suffisante pour l'homme.

« La nocivité manifestée parfois par le B. C. G. chez des vaccinés n'est pas due à un retour à la virulence du bacille bilié, mais seulement à ses qualités pathogènes propres agissant sur des sujets d'une sensibilité exaltée.

« On peut toutefois soutenir que les enfants nés de parents tuberculeux, surtout ceux élevés dans un milieu bacillifère, par conséquent en danger de contracter la tuberculose, puissent bénéficier d'une infection antérieure par un bacille tel que le B. C. G. moins virulent que le bacille de Koch. Les résultats obtenus jusqu'ici sur ce point ne permettent pas une conclusion définitive. »

Discussion. — Cette communication amène à la tribune M. Calmette. Celui-ci rend hommage aux travaux de M. Lignières en médecine vétérinaire, mais il conteste formellement sa compétence en ce qui concerne la vaccination des enfants d'autant plus que ses affirmations vont à l'encontre de celles que vient d'émettre la Commission Internationale de la Société des Nations pour l'étude du B. C. G. Celle-ci à laquelle ont pris part d'éminents cliniciens, bactériologues et vétérinaires de différents pays a conclu unanimement à l'innocuité et à l'efficacité préventive du B. C. G.

Ecartant les hypothèses de M. Lignières, M. Calmette déclare s'en tenir aux conclusions de la Conférence.

M. Lignières réplique à son tour en maintient ses conclusions.

Résultat d'une enquête relative aux enfants qui ont été vaccinés par le B. C. G. durant l'année 1926 à la maternité de l'hôpital Boucicaut. — M. Le Lorier. De son enquête qui a porté sur 459 enfants, l'auteur se croit autorisé à tirer les conclusions suivantes :

La vaccination préventive par le B. C. G. appliquée indistinctement à tous les enfants, non seulement n'exerce aucune influence défavorable sur le taux général de la mortalité dans les trois premières années, mais paraît bien diminuer cette mortalité.

Il semble bien que la majorité des enfants vaccinés, même vivant dans des milieux sordides, jouisse d'une excellente santé.

Présentation. — Au début de la séance, M. L. Camus a offert à l'Académie, de la part du docteur Ed. Chaumier (de Tours), une série de onze tableaux relatifs à la vaccine et à la vaccination. Le président au nom de l'Académie a remercié le généreux donateur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1928)

Syndromes spléno-pneumoniques et pleurésie interlobaire. Intervention. Guérison. — MM. d'Hour et Desplats (de Lille) rapportent un cas de spléno-pneumonie compliqué de pleurésie interlobaire. A ce propos les auteurs insistent sur la rareté de la pleurésie interlobaire et sur la difficulté de diagnostic radiologique. Ils recommandent la position de Flexner (de Vienne) (lordose accentuée) qui permet de mettre nettement en évidence le bande d'ombre de l'interlobe.

Remarques sur les modifications du sang produites par la cure de foie ou de ses extraits dans les anémies. — M. Hayem insiste sur les modifications sanguines dues à la méthode de Whipple. Il présente des courbes de réparation sanguine et montre le rapport entre la courbe des hématoblastes et celle des réticulocytes.

M. Fiessinger partage l'opinion de M. Hayem sur les éléments granuleux et considère qu'ils sont des éléments de néopronation atypique n'apparaissant que dans les réparations rapides et imparfaites.

Evolution d'un abcès pulmonaire parapneumonique. Guérison spontanée. — M. Roger Cattan rapporte l'observation d'une femme de trente-trois ans qui présenta, à la suite d'une pneumonie particulièrement grave, un abcès du poumon qui évolua pendant deux mois. Des radiographies successives permirent de suivre l'évolution de cet abcès jusqu'à sa guérison. Celle-ci survint spontanément malgré l'intensité de l'affection causale.

Trois ans de prévention antidiphtérique à l'hôpital maritime de Berck. — MM. M. et G. Mozer et Cofino indiquent les résultats obtenus à l'Hôpital maritime de Berck où sont hospitalisés 1.100 enfants atteints de tuberculose externe ou de rachitisme depuis décembre 1925, date de l'emploi systématique de l'anatoxine diphtérique chez tous les enfants. Les cas de diphtérie, qui étaient chez les enfants hospitalisés de 137 dont 12 décès pour les trente-cinq mois qui ont précédé la pratique de la vaccination — années 1923, 1924 et aux premiers mois de 1925 — sont tombés à 36 cas, dont 16 chez les non-vaccinés (1 décès) et 11 chez des enfants n'ayant reçu que deux doses d'anatoxine pour les trente-quatre mois qui ont suivi la vaccination. A la suite de trois injections d'anatoxine, la proportion de Schick positif est tombée de 36 à 4,5 p. 100. Une quatrième injection supplémentaire a réduit à 4 le nombre des 44 sujets chez lesquels le Schick était resté positif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1928)

Annexite bacillaire. — M. Grégoire fait un rapport sur un travail de M. P. Picard (de Douai) qui, opérant une malade atteinte d'annexite bacillaire, trouva une tuberculisation d'un fibrome et du rectum; l'auteur fit une hystérectomie et une résection du rectum et guérit sa malade. Il faut, après de telles opérations, largement drainer. Malgré les dangers de ces interventions, il faut bien reconnaître que très souvent les malades retrouvent après une santé florissante.

A propos du traitement des plaies tétanigènes. — M. Arribat (de Béziers) [rapport de M. L. Bazy], chez un malade atteint d'ostéo-arthrite bacillaire fistulisée opérée, vit quelques jours après l'intervention apparaître du trismus, de la contracture, une température élevée, tous les signes du tétanos; malgré la sérothérapie intensive et les inhalations de chloroforme, l'état s'aggravant, l'auteur fit une amputation de cuisse qui amena la guérison du malade.

M. Sorrel a également pu guérir un malade atteint de tétanos par l'amputation.

Diverticules pharyngo-œsophagiens. — M. Grégoire fait une communication sur le traitement des diverticules pha-

ryngo-œsophagiens opérés et fistulisés, par la sonde œsophagienne à demeure fixée à la joue qui, dans deux cas, a amené la guérison de la fistule assez rapidement.

Ostéochondromatose de la hanche. — M. FREDET revient sur l'étude des corps étrangers cartilagineux ou ostéocartilagineux que l'on trouve en assez grand nombre dans les articulations paraissant saines, et que plusieurs auteurs ont considéré comme des néoplasies bénignes.

Ces corps étrangers, surtout fréquents au niveau du genou et du coude, semblent très rares à la hanche ; le cas que rapporte M. Fredet est le deuxième connu; après incision antérieure il a pu facilement arriver sur la capsule et extraire une partie des corps étrangers qui, d'après la radiographie, semblaient être au nombre d'une soixantaine. La capsule semblait saine, le malade n'était pas gêné par ces formations.

MM. MOUCHET et ROUVILLOIS ont également trouvé des malades présentant une articulation bourrée de ces corps étrangers.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1928)

Le rhumatisme articulaire aigu. Contribution à l'étude de son traitement par l'immunovaccin antirhumatismal. — M. R. LAUTIER (de Nice) expose les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'immunovaccin antirhumatismal, à base de bacille d'Achalme, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et de ses complications viscérales.

Sur 130 cas traités, 49 entrent dans le cadre du rhumatisme articulaire aigu, avec ou sans complications viscérales.

Chez ces 49 malades, l'immuno-vaccin anti-rhumatismal a amené la guérison complète qui se maintient sans récidives, pour quelques-uns, depuis plus de six ans. Dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, la guérison a été obtenue sans complications viscérales.

Dans un cas enfin, où il existait déjà avant le traitement une lésion mitrale avec souffle systolique intense, la guérison complète de l'endocardite a été atteinte.

L'activité de l'immunovaccin anti-rhumatismal s'est montrée aussi constante dans les cas traités antérieurement par la méthode classique et nettement salicylo-résistants.

L'auteur conclut en faveur de la généralisation de la vaccinothérapie du rhumatisme articulaire aigu, et de ses complications viscérales, par l'immunovaccin antirhumatismal, qui s'est montré un agent thérapeutique actif, fidèle, et absolument inoffensif.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de la sécrétion interne de l'ovaire. Les propriétés du liquide folliculaire (1), par H. SIMONNET.

On connaît les importants travaux que Simonnet poursuit, en collaboration avec L. Brouha (de Liége), sur l'hormone folliculaire. Simonnet, dans sa thèse, rassemble les documents qu'il a recueillis sur les propriétés physiques, chimiques, physiologiques et pharmacodynamiques des ovaires de juments.

Il décrit en détail les procédés de préparation et de concentration des extraits lipoïdiques acétono-solubles, dont il s'est servi dans ses expériences. Mais il a réussi également à isoler un extrait hydro-soluble, dont l'activité n'est pas inférieure à celle de l'extrait liposoluble. « L'hormone ovarienne » ou « folliculine » (Courrier) est un composé ternaire non protéique, non phosphoré, non apparenté à la cholestérine, sensible aux agents oxydants, mais résistant à la chaleur.

(1) Thèse de doctorat vétérinaire. — Paris, O. Doin.

L'action physiologique du liquide folliculaire et de ses extraits a été étudiée sur les rats-femelles, dont le développement génital et le cycle œstral constituent, on le sait, les tests de choix (Long et Evans) pour l'expérimentation de l'hormone ovarienne.

Dénués de toute action toxique et sans influence déprimante appréciable sur la pression sanguine, les extraits obtenus provoquent l'apparition de la puberté précoce et le développement du tractus génital chez les femelles impubères, l'exagération et le prolongement de la période œstrale chez la femelle normale à ovulation spontanée, l'apparition des phénomènes du rut chez les femelles au repos sexuel, qu'il s'agisse d'animaux carencés, ménopausiques ou même castrés. Les doses répétées déterminent un développement de l'utérus analogue à celui de la grossesse et une hypertrophie mammaire.

Les extraits hydrosolubles exercent, en outre, une action ocytocique sur l'utérus isolé in vitro.

Injectée à forte dose au début de la grossesse, la folliculine paraît susceptible de provoquer l'avortement.

Simonnet a dosé ses extraits en « unités-rats », suivant une technique qu'il décrit minutieusement. « L'unité-rat » (Doisy, Ralls, Allen et Johnston) est la plus petite quantité de substance nécessaire pour provoquer l'œstrus chez un rat castré pesant 140 grammes, à 20 grammes près, les injections étant faites à raison de trois, à intervalles de quatre heures. Un litre de liquide folliculaire de jument contiendrait de 1.000 à 2.000 unités-rats.

La folliculine se retrouve constamment dans les follicules et dans le liquide folliculaire, dans le placenta, dans le sang circulant au moment de la menstruation et à la fin de la grossesse, d'une manière inconstante dans le corps jaune et dans le tissu ovarien en dehors du follicule. Elle est dépourvue de toute spécificité zoologique.

La critique des faits mène Simonnet à conclure que la folliculine représente bien l' « hormone sexuelle femelle spécifique » et qu'elle tient sous sa dépendance, par les fluctuations de sa sécrétion, tous les phénomènes morphologiques et fonctionnels qui se déroulent dans le tractus génital au cours de la vie sexuelle : régularisation de la croissance, puberté, caractères sexuels secondaires, ménopause.

Le travail de Simonnet s'appuie presque exclusivement sur des expériences personnelles qui sont relatées avec précision et qui sont accompagnées d'intéressantes figures.

J. MOUZON.

La Cure d'engraissement par l'insuline (1), par le docteur D. BINÈS.

Les indications de la cure d'engraissement par l'insuline sont très difficiles à établir. C'est le médicament symptomatique de la maigreur en général; il ne s'adresse point — en dehors du diabète — à la cause de l'amaigrissement avérée ou cachée, laquelle n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire : la diversité nosologique des malades qui ont bénéficié du traitement en est la preuve; des tuberculeux, des phtisiques, des cancéreux même ont été traités avec succès.

Persuadé de l'innocuité absolue du traitement par l'iloglandol, lorsque le régime alimentaire est suffisamment riche en hydro-carbonés, pour éviter tout incident d'hypoglycémie, l'auteur a pu constater :

1° Que les doses parfois considérables d'hormone pancréatique administrées par les auteurs allemands et autrichiens n'étaient nullement nécessaires (ce qui ressort d'ailleurs nettement des travaux de Moutier et de Max Lévy).

(1) *Th. de Paris*, 1928.

2° Que, contrairement aux conclusions déjà formulées, une cure ambulatoire est parfaitement possible sans aucun danger.

La technique personnelle de l'auteur, basée sur cette double constatation, consiste dans l'injection quotidienne de 15 ou 30 unités cliniques (1 ou 2 ampoules d'iloglandol Roche) pratiquée quelques minutes seulement avant l'un des principaux repas (celui du soir en général) par voie sous-cutanée profonde, pendant quinze jours à trois semaines. Le régime alimentaire des malades doit être assez riche en hydro-carbonés, non seulement pour neutraliser l'insuline administrée (1g50 à 2 grammes par U. C.) mais encore pour en apporter un appoint supplémentaire. C'est la condition de l'innocuité de la cure et c'est encore la condition du succès. La cure ne nécessite ni l'hospitalisation des malades, ni même un repos au lit plus ou moins prolongé. Les sujets en traitement peuvent parfaitement continuer à vaquer à leurs occupations habituelles : ce qui est un point excessivement important au point de vue de la pratique médicale.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —

— COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur Henri Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale, le samedi 3 novembre 1928, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 h. : Examens cliniques et présentation de malades à l'amphithéâtre.

Samedi, 10 h. : Leçon à l'amphithéâtre.

Opérations, à 9 h. 1/2, lundi et vendredi par M. Hartmann; mardi et samedi, par M. Bergeret; mercredi et jeudi, par M. Boppe.

Consultations externes, à 9 h. 1/2. — Maladies de l'appareil digestif (M. Parmentier), mardi et samedi (le mardi est spécialement réservé aux examens radioscopiques). — Maladies de l'appareil urinaire (M. Brouet), lundi et jeudi. — Maladies des femmes (M. Metzger), mercredi et vendredi. — Malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium (M. Hartmann), lundi à 15 h.

Du lundi 5 novembre au samedi 15 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : Cours de sémiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bergeret et Boppe, chirurgiens des hôpitaux; Brouet, Delagenière et Metzger, chefs de clinique; Garnier, aide d'anatomie.

— COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris). — M. le professeur Ombrédanne commencera l'enseignement de clinique chirurgicale infantile le lundi 5 novembre 1928, et le continuera d'après le programme suivant :

Lundi, à 9 h. 1/2 : Examen de malades nouveaux à l'amphithéâtre, par le professeur.

Jeudi, à 9 h. 1/2 : Démonstrations opératoires, par le professeur. — Opérations spéciales. — Opérations nouvelles.

Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique, par le professeur.

Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçons complémentaires de chirurgie infantile, par les chefs de clinique.

Mercredi, à 10 h. 1/2 : Leçon complémentaire d'orthopédie, par l'assistant d'orthopédie.

— CHAIRE D'HISTOLOGIE. — M. le professeur Champy commencera son cours le lundi 5 novembre 1928, à 17 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : La cellule en général. — Les tissus

épithéliaux. — Les tissus de soutien. — Tissus musculaires. — Tissus nerveux.

— COURS DE BACTÉRIOLOGIE. — M. le professeur A. Lemierre commencera son cours le mercredi 7 novembre 1928, à l'amphithéâtre Vulpian, à 18 h., et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Les microbes pathogènes. Application des méthodes bactériologiques au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement des infections humaines. »

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la Clinique obstétricale de la Pitié le jeudi 8 novembre, à 11 h., et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Fondation de la Ville de Paris.) — M. J.-L. Faure, professeur, commencera son enseignement clinique le vendredi 9 novembre 1928, à 10 h. du matin.

Les séances opératoires auront lieu les mardis et samedis, à 10 h.

— COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, fera sa première leçon le lundi 12 novembre 1928, à 17 h., amphithéâtre Vulpian), et continuera le cours les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Trente leçons théoriques, faites à la Faculté sur les difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes. — Présentation de nombreuses radiographies et dessins.

Cours de revision en juin en douze leçons.

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE [Asile clinique, rue Cabanis, n° 1 (XIVe)]. — M. le professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le mercredi 14 novembre, à 10 h., et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 h. : Leçon policlinique avec présentation de malades.

— CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — M. le professeur Pierre Sébileau commencera ses leçons le jeudi 15 novembre 1928, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 h., et continuera son enseignement tous les jours.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Félix RAMOND.) — *Gastrologie clinique.* — Du 22 au 30 octobre, M. Félix Ramond, assisté de MM. Charles Jacquelin, Zizine, Delalande, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations radiologiques et des travaux pratiques accompagneront ces conférences.

Les conférences auront lieu tous les matins, à 9 h. Elles sont gratuites.

Pour les examens radiologiques et travaux pratiques qui auront lieu après chaque conférence, verser un droit de 250 fr. et s'inscrire, en raison du nombre limité des places, soit à la Faculté de médecine, salle Béclard au siège de l'A. D. R. M., soit à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lorain, auprès de la surveillante générale du service.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

HÔPITAL BROUSSAIS (96, rue Didot). — ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL. — M. le docteur Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Première conférence le vendredi 23 novembre 1928.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de l'estomac (1). Deuxième partie (septième série des travaux de chirurgie), par Henri HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Ouvrage écrit en collaboration.

Cette septième série des travaux de chirurgie du professeur Hartmann, contient, comme les précédentes, une série de mémoires écrits soit par lui, soit par ses collaborateurs, en utilisant les matériaux recueillis dans sa Clinique. Elle fait suite à la précédente et complète l'exposé d'une série de points de chirurgie gastrique. La pathologie du duodénum se rapprochant par bien des points de celle de l'estomac, l'auteur a adjoint aux articles traitant uniquement de la chirurgie gastrique plusieurs mémoires sur les lésions duodénales.

Comme dans les volumes précédemment parus et dont la plupart sont actuellement épuisés, les auteurs, tout en ne négligeant pas les travaux antérieurement publiés, se sont appuyés sur leurs travaux personnels donnant des statistiques intégrales et recherchant ce qu'étaient devenus à la longue leurs anciens opérés.

Medicus (2). **Guide annuaire du Corps médical français.**

Medicus pour 1929 vient de paraître. Composé par M. Rouzaud avec un souci constant de l'exactitude et le sens exact des nécessités de la vie, c'est le guide parfait que tout médecin doit posséder sur sa table et qu'il est amené à consulter plusieurs fois par jour.

Société médicale de Saint-Nectaire. Clinique thérapeutique de Saint-Nectaire (3). Préface de M. le professeur RATHERY.

Les membres de la Société médicale de Saint-Nectaire ont réuni dans cet ouvrage quelques-uns de leurs travaux sur cette station, de façon à donner au praticien une vue des différents aspects cliniques de la thérapeutique nectarienne. Traitement thermo-médical des néphrites congestives (M. Porge); Action physiologique des eaux de Saint-Nectaire, en boisson (M. Roux); Modification de la fonction uréo-sécrétoire au cours de la cure de Saint-Nectaire, applications au traitement hydrominéral de certaines azotémies (M. Serane); Faut-il envoyer les néphrites chlorurémiques avec œdèmes? (M. Siguret); La Source rouge de Saint-Nectaire en injections hypodermiques (M. Versepuy); les régimes et tables de régimes à Saint-Nectaire (M. Pouyet), tels sont les titres de chapitres de ce petit volume.

M. le professeur Fr. Rathery a bien voulu présenter ces études d'hydrologie clinique au corps médical et a rédigé pour cet ouvrage une magistrale préface indiquant les raisons qui justifient la spécialisation de Saint-Nectaire dans les affections rénales, résumant le mode d'action de la cure et précisant ses indications chez les « débiles rénaux » et dans certaines formes de néphrites chroniques.

(1) Un volume de 340 pages, avec 142 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Fort volume de 1.450 pages, relié. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris (Ve).

(3) Un volume in-8 couronne de 64 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 25 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des paralysies diphtériques. — Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. »

MM. Thorel, 13 ; Benassy et Lemoine, 16 ; Puymartin, 20 ; Mme Baillon, 26.

Séance du 26 octobre. — Questions données : « Coma diabétique. — Formes cliniques et évolution du cancer de la langue. »

MM. Hivovici, 6 ; Belatre et Dubois (Jean), 16 ; Brizard (André), 13 ; Peney, 18 ; Gaston, 22 ; Leroy (Robert), 20 ; Filliozat, 13 ; Vialle et David (Jean), 24.

— Concours d'ophtalmologiste. — Séance du 25 octobre. — Questions données : « Cornée (anatomie et physiologie). — Complications iriennes et cristalliniennes des contusions du globe. »

MM. Cousin et Favory, 27 ; Hartmann et Lagrange, 30 ; Veil, 29.

Epreuve clinique anonyme. — MM. Cousin et Favory, 19 ; Hartmann, 20 ; Lagrange et Veil, 19.

Classement des candidats : MM. Hartmann, 50 ; Lagrange, 49 ; Veil, 48 ; Cousin et Favory, 46.

Candidats admissibles : MM. Hartmann, Lagrange et Veil.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury d'admission est définitivement composé de MM. Lemaître, Grivot, Rouget, Hautant, Moulonguet, Lapointe, Renaud.

LA CONSTRUCTION DE NOUVEAUX HÔPITAUX PARISIENS. — M. Loucheur, ministre du Travail, vient d'adresser au préfet de la Seine une lettre dans laquelle il le prie de saisir immédiatement de la question des nouveaux hôpitaux à construire à Paris le Conseil municipal et le Conseil général de la Seine et de leur demander de délibérer avant la fin de la présente année sur le programme de construction de six hôpitaux de quinze cents lits chacun dans la banlieue immédiate.

La dépense à prévoir est évaluée à 250 millions de francs environ.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de chimie et de pharmacie, M. Labat ; d'anatomie pathologique, M. Muratet ; de parasitologie et zoologie, M. Sigalas ; de bactériologie, M. Aubertin ; de botanique et matière médicale, M. Fourment ; de physiologie, M. Soullé ; de chimie, M. de Coquet ; de pharmacologie, M. Lauret.

— Lille. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de physiologie, M. Bédart ; de bactériologie, M. Doumer ; de médecine opératoire, M. Maurice Gérard ; de pharmacie, M. Morvillez ; d'anatomie, M. Cordier ; de médecine légale, M. Bertin ; de chimie minérale, M. Louis ; de chimie organique, M. Lespagnol ; d'anatomie pathologique, M. Clénet ; d'histologie, M. Morel.

— Lyon. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de chimie minérale, M. Barral ; de chimie organique, M. Florence ; d'anatomie pathologique, M. J.-F. Martin ; de chirurgie opératoire, M. Bonnet ; de médecine légale, M. Mazel ; de botanique, M. Manceau ; de physique biologique, M. Chanoz ; de pharmacologie et thérapeutique, M. Imbert ; de pharmacie, M. Fouillouze ; de parasitologie, M. Massia ; de médecine expérimentale et de bactériologie, M. Thévenot ; de physiologie, Mme Vincent.

— Montpellier. — Sont nommés pour 1928-1929 chefs de laboratoire des cliniques ci-après : MM. les docteurs Granel,

histologie; Guibert, anatomie pathologique; Parès, radiologie; Puech, chimie; Richaud et Mlle Giraud, bactériologie; MM. Lang, chimie; Imbert, physique médicale.

Sont nommés pour 1928-1929 chefs de travaux: MM. Bosc, anatomie pathologique; Cristol, chimie biologique.

Sont chargés, pour 1928-1929, des fonctions de chefs de travaux les agrégés dont les noms suivent : MM. Carrieu, hygiène; Cabannes, histoire naturelle; Turchini, histologie; Louis Hédon, physiologie; Lamarque, physique médicale; Coll de Carrera, obstétrique; M. Carrère est maintenu pour 1928-1929 dans l'emploi de chef de travaux de microbiologie (emploi d'Etat).

Prix de la Faculté de médecine. — Première année : prix, Mlle Benoit; mention très honorable, M. Gravier.

Deuxième année : prix, M. Le Forestier; mention honorable, M. Bec.

Troisième année : pas de concurrent.

Quatrième année : prix, M. Arnal.

Cinquième année : prix, M. Moulinié.

Prix Bouisson (accordé aux étudiants qui ont la meilleure scolarité accomplie à la Faculté de Montpellier, thèse comprise) : MM. Laux, Janbon, Chardonneau, Chaptal, Vidal, Guibert, Estor, Marchand.

Prix Siviecicki (accordé à l'auteur du meilleur mémoire écrit dans un laboratoire ou une clinique de la Faculté), Mlle Soulas.

Prix Fontaine (accordé à la meilleure thèse de l'année antérieure) : premier prix de thèse, MM. Charbonneau, Estor, Janbon, Laux, Marchand et Vidal.

Deuxième prix de thèse (médaille d'argent), MM. Béraha, Castagné et Guibert.

Troisième mention de prix de thèse (médaille de bronze), MM. Cazes, Conte, Galavielle, Rey et Michel-Béchet.

Prix Lescellière-Lafosse (accordé alternativement à un interne en médecine ou à un interne en chirurgie), M. Laux; mention très honorable, M. Fayot.

Bourses de la Faculté pour l'année scolaire 1928-1929 : bourse Pierre Faurie, Mlle Benoit, M. Bert; bourse Dubreuil; M. Arnal.

— NANCY. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux : de parasitologie, M. Thiry; de physique, M. Lamy; d'anatomie pathologique, M. Cornil; de chimie, M. Sannie; de pathologie expérimentale, M. Simonin; d'histologie, M. Florentin.

M. CHARLES NICOLLE, PRIX NOBEL DE MÉDECINE POUR 1928. — On annonce que le prix Nobel de médecine pour 1928 vient d'être décerné à M. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis.

M. Charles Nicolle, dont on célébrait au mois de mai dernier le Jubilé scientifique (1), doit la haute distinction qui vient de l'honorer à l'ensemble de ses travaux, et en particulier à ses belles recherches sur le typhus, recherches auxquelles il associa si souvent ses collaborateurs, en particulier M. Conseil.

Rappelons que c'est M. Ch. Nicolle qui a reproduit le typhus exanthématique chez les animaux et qui a découvert le mode de transmission de la maladie par le pou. Il a permis ainsi d'établir la prophylaxie de la maladie. C'est à lui qu'on doit d'avoir pu protéger les armées alliées du plus grand fléau des guerres.

C'est encore à lui qu'on doit la découverte du pouvoir préventif du sérum des malades convalescents du typhus, puis de celui des convalescents de rougeole.

Est-il nécessaire de rappeler ses recherches et ses découvertes au sujet des infections inapparentes, du kala-azar, du bouton d'Orient, du trachome, de la fièvre ondulante, ses travaux sur les vaccins microbiens, sur la lèpre, la grippe, les maladies à champignons?

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 40, p. 706.

GUERRE. — M. le médecin général Visbecq, directeur du Service de santé des troupes du Maroc a été placé à dater du 26 octobre 1928 dans la deuxième section (réserves du cadre du corps de santé militaire).

— Par décision ministérielle du 22 octobre 1928, sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire :

A la chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : M. le médecin lieutenant-colonel Paitre, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole du Service de santé militaire.

A la chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie : M. le médecin commandant Zoeller, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

A la chaire d'hygiène et de prophylaxie : M. le médecin commandant Pilod, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

— Par décision ministérielle de même date :

M. le médecin commandant Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, spécialiste des hôpitaux militaires, de l'Ecole du Service de santé militaire, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire et désigné pour la chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie.

M. le médecin commandant Jausion, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie, est maintenu à ladite Ecole et désigné pour la chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie.

CITÉ UNIVERSITAIRE DE PARIS. — La principauté de Monaco a décidé d'édifier, dans la Cité universitaire de Paris, la « Maison de Monaco » destinée à recevoir un certain nombre d'étudiants — 30 probablement.

A LA MÉMOIRE DE CABANÈS. — Le docteur Molinéry vient de publier dans la revue de l'UMFIA une bibliographie de Cabanès contenant de nombreuses lettres de notre regretté confrère. Molinéry a su faire revivre d'une façon impressionnante cette figure si attachante. A côté de l'homme de lettres, et du chercheur, il nous montre l'homme du terroir passionné par sa « garrigue ». Nous ne surprendrons pas ceux qui connaissent Molinéry en disant qu'il a apporté dans cette biographie non seulement tout son talent, mais aussi tout son cœur.

Nous rappelons à ce propos qu'il est ouvert une souscription pour honorer la mémoire de Cabanès. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 20 oct. 1928, n° 85, p. 1470.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bimbenet (de Cour-Cheverny), Hippolyte Boucher (de Busigny), Chapoy (de Besançon), Fernand Guillemaud (de Bourbon, Pas-de-Calais), Herland (de Paimpol), Jacques (de Marseille), Moser (de Montgé), Mlle le docteur Régine Perlis (de Paris), MM. les docteurs Portal (de Marseille), Vareillaud (de Roumazières), John Wylie Nicol, le grand dermatologiste de Glasgow.

XXXVIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1928 (1).

DEUXIÈME QUESTION

LA RACHI-ANESTHÉSIE. ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Résumé du rapport de MM. E. Forgue (de Montpellier) et A. Basset (de Paris).

L'anesthésie a désormais le devoir et le pouvoir d'être éclectique. De même que, à la base de toute décision opératoire, il y a un diagnostic clinique rigoureux, à la base de toute anesthésie il doit y avoir un examen médico-chirurgical précisant les indications et les contre-indications du mode anesthésique à adopter. Il n'est pas de question qui actuellement s'impose avec plus d'intérêt en chirurgie que celle du choix, des avantages réels et de la sécurité comparée des divers procédés d'anesthésie. En ce qui regarde la rachi-anesthésie, les auteurs se sont efforcés de revoir et de mettre au point toutes les questions qui la concernent, en s'aidant d'avis recueillis près des chirurgiens du monde entier.

I. Physiologie de l'anesthésie lombo-rachidienne. — Le mécanisme physiologique de l'analgésie spinale est difficile à établir par suite de l'absence ou de l'insuffisance de bases expérimentales et de l'obligation de s'adresser surtout aux données médico-chirurgicales. Cependant il faut bien tenter de le déterminer, si l'on veut supprimer les divergences techniques, prévenir les échecs et les risques de ce mode d'anesthésie.

Divers éléments sont à examiner successivement.

Il convient de déterminer d'abord les effets de la ponction rachidienne elle-même, indépendamment de l'action de l'anesthésique.

A. Ponction lombaire et évacuation liquide. — Tout d'abord le trou de l'aiguille à travers les méninges peut, par suite de la rigidité de la dure-mère, rester béant et donner lieu à une fuite du liquide céphalo-rachidien dans les espaces épiduraux. L'échappement du liquide céphalo-rachidien a pour conséquence une hypotension de ce liquide et de l'hyperémie méningée qui se traduisent par la céphalée, les vertiges, la rachialgie, l'état nauséeux et les vomissements. Ces phénomènes, sur lesquels Leriche a insisté avec raison sont relativement rares et il faut savoir qu'à côté des types à hypo il y a les types à hyperpression. On n'en doit pas moins retenir que des variations tensionnelles du fluide cérébro-spinal peuvent être causées par la simple ponction lombaire.

La *quantité de liquide céphalo-rachidien évacué* est un point important à considérer. S'appuyant sur une expérience de Pech et Delmas, on peut dire qu'une des conditions favorisantes de la diffusion, c'est la diminution de la pression dans la masse où se fait l'injection. La hauteur de l'analgésie est inversement proportionnelle à la résistance de cette masse. Aussi, Le Filliâtre, pour accroître la hauteur de la diffusion et éviter les insuffisances d'anesthésie, extrait-il 25 à 30 centimètres cubes de liquide. Les rapporteurs ne dépassent pas 10 centimètres cubes et tiennent compte de la tension que caractérise dans une certaine mesure le rythme d'écoulement. La soustraction de liquide abaisse la tension, surtout au début. Puis l'appareil régulateur de la pression cérébro-spinale entre en jeu; la pression liquidienne revient à son taux initial, elle peut le dépasser, comme aussi bien chez certains malades elle peut rester basse plusieurs jours, ce qui explique certains troubles postanesthésiques de nature hypotensive.

Il s'agit maintenant de préciser les conditions physiques ou vitales qui déterminent la progression en hauteur de l'action anesthésique, car c'est là un point critique de la rachi. Il faut reconnaître l'incertitude de la méthode quant à la détermination du niveau supérieur d'ascension de la zone d'analgésie. Examinons les quatre mécanismes selon lesquels peuvent se faire l'extension et la progression de la substance médicamenteuse dissoute.

1° *Diffusion.* — Les lois physiques de la diffusion libre des liquides ne sont pas ici intégralement applicables, et heureusement d'ailleurs. Si la substance anesthésique diffusait à la totalité du liquide céphalo-rachidien les centres supérieurs n'échapperaient pas plus à l'analgésie que les zones basses de l'axe médullaire. Cette limitation relative de la diffusibilité a été constatée expérimentalement et cliniquement.

2° *Gravitation.* — L'anesthésique se déplace dans le liquide céphalo-rachidien. La position du sujet et la densité de la solution introduite ont une influence sur la hauteur de ce déplacement. Barker a bien étudié ces deux points. Chez un sujet en décubitus dorsal, le point culminant du canal rachidien est dans la région cervicale, et il y a un second point élevé entre la IIIe et la IVe lombaire. D'un autre côté si la solution injectée est plus lourde que le fluide spinal elle obéit à la pesanteur et s'écoule vers les parties déclives du sac arachnoïdo-dural. Il faut donc tenir compte de la densité variable du liquide anesthésique et de l'attitude opératoire imposée au malade. Pratiquement, quoique, selon Barker, le Trendelenburg ne soit dangereux que poussé à l'extrême, il convient d'éviter des déclivités que la parésie de la paroi abdominale rend d'ailleurs inutiles.

3° *Mouvements du liquide céphalo-rachidien.* — Quelle est la part que prennent ces mouvements dans le transport de la substance médicamenteuse? S'il semble bien qu'il y ait un courant dans le liquide céphalo-rachidien, ce courant n'est certainement pas ascendant, c'est un point qu'ont établi les médecins; il est au contraire descendant, ventriculo-spinal, mais très faible. En somme, le liquide de l'espace sous-arachnoïdien n'est guère agité que par de légères oscillations en rapport avec les modifications circulatoires du névraxe et qui ne doivent intervenir que fort peu dans la progression du mélange anesthésiant.

4° *Neurotropisme.* — L'inégalité de hauteur de la zone analgésiée dans des conditions de technique semblables et la limitation ascensionnelle de l'analgésie sont deux phénomènes qui s'expliquent mal si l'on ne fait intervenir l'imprégnation élective des tissus nerveux par la substance chimique introduite dans l'espace sous-arachnoïdien et qui s'épuise au fur et à mesure qu'elle se fixe.

B. Sur quels éléments nerveux et par quelles modifications fonctionnelles ou lésionnelles, l'anesthésique exerce-t-il son action? — 1° *Diffusion en largeur et en profondeur.* — Au niveau de la zone basse de la colonne lombaire, la rachi-anesthésie n'est qu'une anesthésie tronculaire du paquet de nerfs qui composent la queue de cheval. Le symptôme précoce de cette inhibition, c'est l'affaiblissement ou la suppression des réflexes achilléen et rotulien. Puis l'insensibilisation, commençant au périnée, s'élève le long des membres inférieurs selon les lois de la distribution radiculaire. Après quoi l'imprégnation ascensionnelle atteint, le cône médullaire, la moelle sacrée, la moelle lombaire, les segments bas de la moelle dorsale. Mais même au niveau de ces segments médullaires, l'agent chimique paraît porter son action d'une façon très prépondérante sur les racines rachidiennes;

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 83, p. 1434, et n° 85, p. 1473.

L'anesthésie spinale est avant tout une anesthésie radiculaire.

Ainsi du côté de la moelle l'alcaloïde pénètre peu du côté périphérique, il s'avance dans les culs-de-sac lamello-arachnoïdiens qui enveloppent les faisceaux des racines, s'avançant plus loin sur les racines postérieures. C'est peut-être ce qui explique le retard, souvent l'absence des troubles moteurs.

La limite supérieure de l'action de l'anesthésique ne s'arrête pas à un niveau net. Il y a une diffusion dégradée du principe actif qui selon des conditions individuelles variables et techniques atypiques peut atteindre les centres supérieurs. Ainsi peuvent être excités les centres du vomissement, respiratoire et modérateur du cœur. De là viennent les vomissements de la vingtième minute, l'apnée, les lypothymies, les sueurs, la pâleur, le ralentissement du cœur.

2° *Quelles sont les modifications exercées par l'agent chimique sur le conducteur nerveux ?* — Van Lier et Wossidlo ont signalé chez l'animal des altérations importantes des éléments nerveux, mais ces altérations sont temporaires. Après vingt-quatre heures, elles ont disparu. En outre les conditions anatomiques et physiologiques de ces expériences font qu'elles ne sont pas rigoureusement comparables à la rachi-anesthésie humaine.

On peut admettre que la rachi-anesthésie a pour résultat d'intercepter la conduction radiculaire, sans léser la conduction médullaire, que l'action sur la moelle est superficielle et doit être évitée par la réduction des doses, que l'imprégnation sur les racines est temporaire et dépend de modifications histologiques transitoires.

C. Comment et en combien de temps l'anesthésique s'élimine-t-il? — La durée de l'anesthésie se rattache logiquement à l'élimination de la substance injectée. Les mouvements de la lame liquide qui enveloppe les centres diluent cette substance, en lavent le tissu nerveux et l'entraînent vers les voies veineuses et lymphatiques d'échappement.

Klose et Vogt ont déterminé expérimentalement les durées d'élimination des solutions de tropacocaïne, novocaïne, stovaïne. Avec la tropacocaïne, l'élimination totale est réalisée en vingt heures, avec la novocaïne en quarante heures, avec la stovaïne en quarante-huit heures. Chacune de ces substances disparaît du liquide céphalo-rachidien, respectivement au bout de douze heures, trente heures et trente-six heures. Ceci permet de comprendre certains accidents rares, à retardement des rachi-anesthésies.

D. Après la rachi-anesthésie, le retour aux conditions physiologiques normales est-il intégral? — C'est une question capitale quand il s'agit de juger une méthode d'anesthésie. Les troubles nerveux particuliers à la rachi-anesthésie sont des *accidents secondaires*, céphalée, rachialgie, nausées et vomissements survenant dans les quatre premiers jours qui suivent l'intervention et des *accidents tardifs*, paralysies oculaires, parésies et paraplégies qui ne se développent que quelques jours ou quelques semaines plus tard. Puisque passée la quarante-huitième heure, il n'y a plus trace d'anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien, la cause des troubles qui évoluent au delà de ce délai paraît assez obscure. Trois interprétations peuvent être examinées :

1° *La toxicité retardée.* — J. Camus a montré que certaines substances (comme le chlorure de plomb) injectées dans le liquide céphalo-rachidien ne donnaient lieu à des accidents, d'ailleurs très graves, qu'après une *période latente* de quelques jours. On pourrait admettre dans le cas de la rachi que l'alcaloïde reste fixé aux éléments nerveux alors qu'il est devenu indécelable dans le liquide qui les entourent. Mais la toxicité tardive n'a pas été démontrée pour les substances utilisées dans l'anesthésie rachidienne.

2° *Variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien.* — Cette cause est démontrée pour les petits symptômes secondaires. On la vérifie manométriquement et on sait aujourd'hui depuis les travaux de Weed et Mac Kibbee régulariser la pression liquidienne par des injections de sérum physiologique ou d'eau distillée dans l'hypotension, de sérum hypertonique dans l'hypertension.

3° *Réactions méningées.* — Ces réactions sont indubitables. Elles peuvent même être produites, comme Cestan et Pérès l'ont montré, par la simple réinjection du liquide extrait par ponction. Il y a une hyperalbuminose et une hyperleucocytose qui disparaît du quatrième au sixième jour. Il est donc certain que toute injection sous-arachnoïdienne provoque une légère réaction hyperémique. Mais depuis l'emploi de la novocaïne, cette réaction est minime et passagère. Et certains détails de technique sont de nature à l'empêcher ou à la réduire. Les recherches de Cestan et Perès ont mis en effet en évidence le rôle des facteurs mécaniques de ces troubles : dépression et surpression. D'où l'intérêt qu'il y a à n'injecter que de petites quantités, c'est-à-dire des solutions concentrées, d'éviter les barbotages et de pousser très lentement l'injection.

II. La place de l'analgésie rachidienne dans la pratique chirurgicale actuelle. — Les rapporteurs ont fait près des chirurgiens de tous les pays une enquête capable d'indiquer le rang que tient actuellement la rachi-analgésie par rapport aux autres modes d'anesthésie.

Au dépouillement du dossier recueilli, deux faits retiennent l'attention : d'une part, les grandes oscillations du pourcentage de l'emploi de la rachi; de l'autre, son abandon par des chirurgiens de premier ordre. Sans doute, la spécialisation des opérateurs intervient dans cette inégale fréquence, mais beaucoup moins évidemment qu'une incertitude sur les risques et les avantages réels de la méthode. Puis il y a ici un facteur d'ordre psychologique qui n'est pas à négliger. Il n'y a pas d'anesthésie où la responsabilité apparente du chirurgien paraisse plus directe. Alors que dans la narcose, l'insensibilisation est progressivement obtenue, lorsque l'injection anesthésiante intrarachidienne est faite, on n'est plus maître du dosage de la substance toxique, on ne peut que parer symptomatiquement aux incidents et accidents. C'est donc, en réalité, la fréquence et la gravité réelle de ces accidents qu'il faut établir. D'ailleurs, ce sont souvent l'insuffisant examen des contre-indications ou les fautes de techniques qui en sont responsables et non la méthode elle-même.

III. Indications, avantages et contre-indications de l'anesthésie rachidienne. — *A*, Indications. — 1° Dans la *chirurgie de la tête, du cou, du membre supérieur*, la rachi doit être rejetée. L'opinion des rapporteurs ici est formelle et toutes les réponses qu'ils ont reçus concluent dans le même sens.

2° Pour la *chirurgie du thorax*, la question est plus discutable. Il est certain que dans diverses opérations pleuro-pulmonaires, sur des malades qui toussent, expectorent, se cyanosent et supportent mal l'éther, le calme de la rachi serait appréciable. Mais ce sont les cas où cette anesthésie serait avantageuse qui, précisément, créent des contre-indications à ne pas enfreindre, en raison du péril de l'atteinte bulbaire possible. Aussi l'anesthésie étendue au thorax a-t-elle été progressivement abandonnée par presque tous les chirurgiens qui l'ont expérimentée.

3° Dans la *chirurgie de l'abdomen supérieur sus-ombilical*, la rachi donne des facilités opératoires dues à la détente pariétale, à la rareté des vomissements, à l'absence de poussées intestinales, qui sont bien connues; d'autre part, elle est techniquement simple à réaliser. Cependant elle est loin d'être inoffensive chez les malades atteints d'affections gastrique, hépatique ou rénale souvent en mauvais état général et viscéralement déficients auxquels on peut être tentés de l'appliquer. Une bonne règle est d'utiliser autant que possible l'anesthésie locale et de ne recourir à la rachi que quand l'opération doit

être difficile et longue, chez un malade âgé, prêt à faire de la congestion pulmonaire, dont le foie et le rein fonctionnent mal. La rachi en effet évite le risque de l'inhalation des sécrétions bucco-pharyngées dont la septicité est particulièrement redoutable en chirurgie gastrique. Son action sur le foie et sur les reins paraît réduite au minimum.

Donc certaines gastrectomies, les interventions sur la vésicule et les voies biliaires, diverses opérations rénales, pourront être faites sous rachi-anesthésie, mais il est entendu que dans chaque cas il est indispensable, avant de se décider, de peser avec soin les indications et les contre-indications basées sur l'importance et la durée de l'opération à pratiquer, sur l'état général du malade, sur son bilan cardio-pulmonaire et hépato-rénal.

On ne doit pas oublier et c'est au reste l'opinion générale que le niveau supérieur de la zone d'anesthésie ne se règle pas à coup sûr et que du fait même de cette ascension et de la dose qu'elle comporte, la gravité de l'anesthésie rachidienne augmente.

4° C'est la *chirurgie sous-ombilicale* qui est le vrai domaine utile et sûr de la rachi-anesthésie.

Est-ce à dire que la question de topographie est suffisante et décisive? Non. C'est en vérité une faute lourde que de faire une rachi-anesthésie par une circoncision. Il est excessif de l'employer pour un varicocele, une hernie simple, une appendicite chronique, une dilatation anale, une excision hémorroïdienne, une fistule anale ou un curettage utérin. Là où l'anesthésie locale ou régionale suffit, il serait fautif de courir les risques de la rachi-analgésie, si minime soient-ils. Là où quelques minutes de narcose au chlorure d'éthyle ou à l'éther sont nécessaires, il serait superflu de rechercher une anesthésie lombaire d'une heure et plus.

En revanche, toutes les fois qne la séance opératoire peut durer plus de trente minutes, qu'une résolution musculaire parfaite est désirable, que le travail technique devra être particulièrement précis, la rachi sous-ombilicale donne trois quarts d'heure à une heure d'analgésie tranquille que l'on peut utiliser de façon méthodique, réglée, sans incidents.

Parmi les opérations où elle est particulièrement appréciée on citera, la résection du genou, l'ostéo-synthèse pour fracture de cuisse ou de jambe, les saphénectomies étendues, l'exérèse des grosses tumeurs du membre inférieur, la désarticulation de la hanche et dans la catégorie des opérations pelviennes, les colpopérinéorraphies, les hystérectomies vaginales, les amputations périnéales du rectum et toutes les interventions intra-vésicales.

Mais c'est surtout pour la chirurgie abdominale qu'apparaît la supériorité de la rachi-novocaïnisation sur l'anesthésie générale. Ce qui fait ici son prix, c'est le « silence abdominal » grâce auquel sont simplifiées les larges hystérectomies pour cancer, les énucléations pour inclusions graves, la décortication d'annexites très fixées et les grandes interventions intestinales longues et shockantes que sont les colectomies, l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux les larges résections intestinales dans les occlusions.

La rachi-anesthésie dans l'iléus est une question actuellement mise au point (Pierre Duval). Cliniquement et expérimentalement, la rachi-anesthésie exerce une action excitatrice sur la contractilité intestinale. Mais si elle agit sur un élément fonctionnel, corrigible, elle ne peut rien sur un élément lésionnel fixe. Aussi est-elle efficace dans l'iléus paralytique postopératoire. En cas d'obstacle mécanique, si elle ne dispense pas de rechercher et de traiter la cause de l'iléus, elle peut cependant rendre service par la débâcle qu'elle est capable de provoquer, soit avant, soit après l'acte opératoire, et qui est utile dans les deux cas.

Dans les hernies étranglées, la rachi semble devoir être considérée comme dangereuse, surtout parce qu'elle rend possible la réduction spontanée des anses étranglées avant tout examen direct du contenu herniaire. Il est certain qu'ici la rachi est inférieure à la locale. Néanmoins les rapporteurs lui gardent des indications dans les volumineuses hernies inguinales et ombilicales.

B. Les qualités de l'anesthésie rachidienne. — Aucun mode d'anesthésie générale ne respecte aussi parfaitement le foie et les reins.

La rachi est moins offensive au poumon que l'anesthésie générale.

Elle supprime la poussée intestinale et évacue le pelvis.

Elle dispense de l'aide anesthésiste.

Elle laisse persister la conscience pendant l'anesthésie, ce qui permet, en cours d'opération, de prendre une solution opératoire différente, dont on n'avait pas préalablement envisagé l'éventualité et d'en obtenir le consentement,

Enfin, elle simplifie les suites opératoires.

C. Contre-indications de l'anesthésie rachidienne. — Un fait physiologique est dominant et constitue la source majeure des contre-indications, c'est l'action hypotensive de la rachi-anesthésie, donc son risque dans les cas où préexiste une grave hypopression artérielle.

Cette hypotension de l'analgésie rachidienne, vérifiée oscillométriquement et qui se traduit cliniquement par la pâleur de la face, la bradycardie, les nausées et les vomissements de la vingtième minute, parfois une tendance à l'apnée, quel en est le mécanisme? Il semble qu'assez souvent il s'agisse d'une diminution du tonus vasculaire par paralysie des vaso-constricteurs sympathiques due à l'imprégnation des centres médullaires. Toutefois il est hors de doute que dans certains cas, devenus plus rares depuis que la technique est meilleure, les phénomènes hypotensifs sont produits par l'imprégnation toxique des racines des nerfs cervicaux et même des centres bulbaires.

La règle de sagesse est de ne pas rachi-anesthésier les hypotendus graves, les grands intoxiqués en occlusion, les cardiaques mal compensés, les blessés avec grandes hémorragies, les ruptures de grossesse tubaire et les hémorragies internes.

Le shock traumatique ne paraît aux rapporteurs, et d'ailleurs aussi aux chirurgiens anglais, être une contre-indication que s'il y a eu une forte déperdition sanguine.

Mais les septicémiques, surtout ceux à culture positive, ne doivent pas être soumis à la rachi-anesthésie qui risque chez eux de déterminer une méningite mortelle. Il en est de même pour les tuberculeux et pour les syphilitiques. Chez certains de ces derniers, la rachi peut activer une réaction méningée latente ou être tenue pour responsable d'une localisation nerveuse évoluant tardivement.

Il faut savoir encore que certains hyperazotémiques, surtout ceux qui ont en outre une forte rétention chlorurée, sont de mauvais sujets pour la rachi.

Enfin, les rapporteurs estiment que la méthode applicable aux vieillards ne convient pas aux enfants au-dessous de quinze ans, bien qu'en Angleterre elle soit employée avec succès dans ce cas et même chez le nourrisson.

IV. **Technique.** — *A*. Importance de la technique. — Il faut ici faire son apprentissage. Il y a un tour de main à acquérir. Comme l'a dit von Brunn, la plus sûre condition pour réduire les ratés, les insuccès et les accidents de la rachi-anesthésie, c'est le soin minutieux de la technique.

B. Choix de l'anesthésique. — La cocaïne est à juste titre abandonnée. La stovaïne n'a plus que de rares partisans. Elle est plus toxique pour les centres, surtout le centre respiratoire. La novocaïne (ou ses produits substitués) se recommande par sa moindre atteinte sur les éléments nerveux, par sa plus rapide élimination, par la constance de son analgésie. On ne peut lui reprocher que la plus brève durée

de l'analgésie qui atteint en moyenne quarante-cinq minutes et dépasse assez souvent l'heure.

C. Mode de la solution. — Celle-ci doit être récente. Barker fixe la limite de conservation à trois semaines. Il n'y a pas d'avantage évident à faire une solution extemporanée dans le liquide céphalo-rachidien.

Le meilleur titrage pour la syncaïne est à 8 p. 100. Il permet de réduire la quantité de liquide refoulée et il donne une solution de densité relativement élevée, condition, comme on l'a vu, favorable.

Pas de mélange : la substance pure et seule, nature. L'adrénaline augmente la réaction méningée. La caféine gêne ou écourte l'anesthésie, elle n'empêche pas les accidents bulbaires, elle peut même rendre la méthode plus nocive (Guibal).

D. Le lieu d'élection de la ponction. — C'est la partie basse du segment lombaire. Entre la IIe vertèbre lombaire et la IIe paire sacrée, l'aiguille ne peut rencontrer que le faisceau des racines lombaires et sacrées.

La ponction médiane est le procédé le plus sûr pour ne point léser le double faisceau radiculaire et piquer droit sur la citerne terminale arachnoïdienne. En effet, au niveau des quatrième, troisième et deuxième espaces intervertébraux lombaires, l'aiguille enfoncée sur la ligne médiane pénètre entre les deux paquets de racines dans un espace triangulaire à base antérieure et à sommet postérieur, véritable lac arachnoïdien. Pratiquement on peut ponctionner ces quatre espaces intervertébraux, de la IIe lombaire à la Ire sacrée. En général la ponction basse dans le quatrième espace paraît préférable et pour hausser, selon l'indication opératoire, la ligne de niveau supérieur de l'analgésie, il faut, dans la mesure de précision relative qu'il est possible d'atteindre, faire jouer ces conditions techniques : le dosage, la quantité de liquide soustrait, les changements d'inclinaison de la table d'opération.

E. Dosage de la substance a injecter. — Il y a deux écueils à éviter : l'hyperdosage, la dose insuffisante. Avec des solutions fraîches de syncaïne, la posologie va de 0,04 ou 0,05 centigrammes à 0,10 et 0,12 centigrammes suivant qu'il s'agit de chirurgie périnéale, des membres inférieurs, abdominale basse et pelvienne ou de l'étage supérieur de l'abdomen, cette échelle approximative variant en outre selon des conditions cliniques comme la taille du sujet, sa résistance organique et les difficultés opératoires prévues.

F. Evacuation préalable du liquide céphalo-rachidien. — Elle doit être proportionnée à la tension apparente du liquide : 5 à 10 centimètres cubes suivant le cas; ou si le liquide pisse en jet le laisser s'évacuer jusqu'à ce que le goutte-à-goutte s'établisse.

G. Position du sujet. — La position classique est l'attitude assise. Mais comme il faut sans trop de retard coucher le sujet pour permettre la diffusion, cette atttitude contraint à une injection un peu rapide. Il vaut mieux opérer en décubitus latéral gauche et ne passer au Trendelenburg, d'ailleurs très progressivement, que vers la dixième minute. La position déclive doit être peu accentuée. La tête et le cou seront relevés par un mince oreiller.

H. Lenteur et précautions dans l'injection. — La prudence exige une injection très lente, effectuée à raison d'un centigramme par minute. On emploiera une seringue bien graduée, une aiguille très fine à biseau court et pourvu d'un mandrin exactement biseauté comme elle.

I. Barbotage. — C'est une pratique répandue. Les rapporteurs la proscrivent car la rachi est d'autant plus sûre que sa technique est plus exempte de manipulations, plus respectueuse des réactions de la séreuse sous-arachnoïdienne.

A l'étude de ces différents points importants de la technique on peut ajouter quelques indications utiles : l'injection de caféine et d'huile camphrée pré-anesthésique, l'application, en hiver, d'un sac d'eau chaude sur la tête, l'inhalation d'oxygène dès le début de l'opération, enfin l'assistance morale d'un aide distrayant et rassurant l'opéré.

V. Accidents, complications et séquelles de la rachianesthésie. — Les *échecs* de la rachi sont complets ou relatifs. Les statistiques donnent à ce sujet des chiffres très variables.

Il semble que l'*absence complète d'anesthésie* s'observe dans une proportion qui varie entre 2 et 10 p. 100.

Les *échecs relatifs* se présentent sous trois formes. Tantôt la limite supérieure de l'anesthésie reste au-dessous de la région sur laquelle on doit intervenir. Tantôt l'anesthésie a une durée trop courte. Tantôt enfin son intensité est insuffisante. La proportion des échecs relatifs, très différente suivant les auteurs est évaluée par Schikelé entre 10 et 15 p. 100 des cas.

Les insuccès de la rachi peuvent tenir soit au chirurgien, c'est-à-dire à des fautes de technique, soit à la solution employée, soit au sujet lui-même et il faut bien dire que certains échecs restent jusqu'ici inexplicables.

A. Les accidents survenant au cours de l'anesthésie sont surtout ceux qui en se groupant forment ce qu'on a appelé l'orage de la vingtième minute. On les observe suivant Desplas dans 10 p. 100 des cas.

Les nausées et les vomissements semblent dus pour une part à la nature et à la qualité de l'anesthésique. Les vomissements sont fort gênants pour l'opérateur. Ils troublent gravement le silence abdominal qui est un des principaux avantages de la rachi.

Les troubles circulatoires se traduisent par la pâleur, les sueurs froides, la tendance à la syncope, la petitesse du pouls, accidents dont la gravité est très variable et peut aller jusqu'au collapsus et à la mort. Ils sont le fait de l'hypotension.

Les troubles respiratoires consistent en une modification de la respiration qui devient superficielle, mais ample et se ralentit jusqu'à, dans certains cas, cesser complètement. Mais l'*apnée* nécessitant la respiration artificielle est rare.

En dehors des accidents précédents, il en peut survenir d'autres moins fréquents et moins inportants. Ce sont des *troubles moteurs* : contractures, convulsions et *sphinctériens* : relâchement du sphincter anal, des *troubles sensitifs, sensoriels et psychiques*.

B. Les accidents survenant après la rachi-anesthésie sont variés mais de fréquence et de gravité très inégales.

La céphalée n'est certainement pas rare. Il est difficile de donner des chiffres tant sur ce point, comme à propos de la plupart des accidents, les appréciations des chirurgiens diffèrent. Il semble bien qu'il y ait deux sortes de céphalée : l'une peu intense et passagère celle-ci fréquente, l'autre forte, tenace et rebelle beaucoup plus rare.

La rachialgie n'est nullement exceptionnelle et accompagne souvent la céphalée.

Les accidents méningés se caractérisent par de la céphalée, de la rachialgie, de la raideur de la nuque, des vomissements, des vertiges, quelquefois de la photophobie, de la bradycardie le signe de Kernig, voire même du délire et du coma. Ils se rattachent à du méningisme ou à une méningite aseptique et disparaissent en général au bout de quelques jours sans laisser de traces. Les méningites septiques et purulentes graves sont d'une grande rareté.

Les troubles moteurs revêtent trois formes principales :

1° D'abord les *troubles sphinctériens*. Une *rétention d'urine* durant de quelques heures à deux ou trois jours et même plus est souvent observée. Cependant certains auteurs et en particulier les urologistes, déclarent qu'elle n'est pas plus fréquente qu'après l'anesthésie générale.

L'*incontinence des matières* est tout à fait rare. Elle fait presque toujours partie d'un ensemble nerveux grave.

2° Plusieurs cas de *paralysies des membres* ont été signalés. Ces troubles moteurs apparaissent en général quelques jours après la rachi mais parfois quelques semaines ou quelques mois plus tard. Ils ont une étendue variable, portant sur un groupe musculaire, le territoire d'un tronc nerveux ou atteignant un ou les deux membres inférieurs. Souvent ils régressent spontanément en quelques jours. Mais on les a vus persister indéfiniment.

3° Parmi les *paralysies des nerfs craniens* qui peuvent succéder à la rachi-anesthésie, *celles du moteur oculaire externe* sont de beaucoup les plus fréquentes.

Ces paralysies du VI surviennent dans 1 à 10 p. 1000 des cas. Elles paraissent être plus souvent causées par la stovaïne que par les autres anesthésiques, tantôt uni-, tantôt bi-latérales, elles débutent en moyenne sept à huit jours après le rachi et s'accompagnent presque toujours de signes de réactions méningées particulièrement de céphalée intense et tenace. Leur durée variable est en général de trois à six semaines. Leur évolution est constamment favorable; elles finissent toujours par guérir.

On a signalé encore dans les suites de la rachi-anesthésie des troubles sensitifs, trophiques, cérébraux et psychiques. Enfin il faut savoir que la rachi ne met pas l'opéré totalement à l'abri des complications pulmonaires.

La *mortalité* globale de la rachi-anesthésie est, d'après le groupement de nombreuses statistiques, comprime entre 0,06 et 0,08 p. 100 (pas tout à fait un décès pour 1000 cas).

Mais il est très difficile de comparer au point de vue de la mortalité les divers agents anesthésiques employés. Dans l'importante statistique de Frantz la mortalité par stovaïne est de 0,17 p. 100, celle de la tropacocaïne et de la novocaïne de 0,07 p. 100. Les rapporteurs ont trouvé des chiffres très différents et qui sont tout à l'avantage de la stovaïne. Ils pensent que l'infériorité accusée par la novocaïne dans leur statistique s'explique par diverses raisons : l'emploi de la novocaïne a coïncidé avec une reprise active de la pratique de la rachi et a été, de ce fait, plus fréquent; le renom d'innocuité de la novocaïne a peut-être, au moins au début, motivé l'emploi de doses exagérées ou incité à l'utiliser certains opérateurs qui n'avaient qu'une connaissance insuffisante de la méthode.

La mortalité est plus forte dans l'âge mûr et dans la vieillesse.

Elle est particulièrement élevée chez les malades atteints d'occlusions, de hernie étranglée et de cancer.

Plus des quatre cinquièmes des morts se sont produites pendant l'opération ou dans les vingt-quatre premières heures.

Dans plus de la moitié des cas où la cause de la mort a été indiquée il s'est agi d'un trouble définitif par action circulatoire ou toxique ou combinée sur les centres nerveux régulateurs du cœur et de la respiration.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la *pathogénie des accidents de la rachi-anesthésie*. On peut les ramener à six :

1° *La théorie toxique*. — Les accidents précoces sont dus à une intoxication des centres nerveux et en particulier des centres bulbaires. Certains accidents secondaires et tardifs ont la même origine, mais il faut faire jouer un rôle à la mauvaise qualité de certains produits anesthésiques, à la toxicité propre de certaines substances surajoutées : adrénaline, caféine; à la sensibilité variable des individus.

2° *La théorie circulatoire*. — Elle ne rend compte que des accidents précoces en les subordonnant à l'anémie des centres nerveux supérieurs provoquée elle-même par la vasodilatation des viscères et de la moitié inférieure du corps.

3° *La théorie de l'irritation méningée*. — C'est celle qui fait e mieux comprendre les accidents secondaires comme la lcéphalée, la rachialgie, les pertes de connaissance, les convulsions et surtout les paralysies du VI. Il se peut que l'irritation méningée soit favorisée par une affection antérieure des méninges ou de la moelle ou encore par certaines infections comme la syphilis.

4° *La théorie hydraulique*. — Elle explique les accidents secondaires de la rachi par des modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien, soit qu'il s'agisse d'hyperpression, soit, et ce serait presque toujours le cas, que l'hypopression soit en cause.

5° *La théorie mécanique et traumatique*. — Elle vise à expliquer certains accidents secondaires et tardifs, paralysies, accidents trophiques par un traumatisme des éléments nerveux qu'aurait piqués l'aiguille ou dissociés l'injection anesthésique, peut-être encore comprimés une hémorragie consécutive à la ponction lombaire.

6° *Les méningites septiques*.

Prophylaxie et traitement des accidents de la rachi-anesthésie. — Il importe de se souvenir d'abord que le meilleur moyen d'éviter les accidents consiste avant tout à observer de la façon la plus stricte une technique dont tous les détails ont leur importance.

Pour *prévenir les accidents bulbaires* de nombreux moyens ont été proposés. Certains d'entre eux sont à rejeter complètement, ainsi l'adjonction à la solution anesthésique de produits tels que la caféine, la strychnine, l'adrénaline ; d'autres paraissent au moins inutiles sinon dangereux, comme l'injection sous-cutanée préalable d'un hypnotique.

L'injection sous-cutanée de caféine avant l'anesthésie a donné satisfaction à de nombreux chirurgiens, mais non à tous. La position inclinée n'est pas, comme on l'a dit, dangereuse, elle est plutôt favorable à la condition d'être donnée lentement et progressivement. Les injections de sérum au cours de l'opération (Cotte), les grandes respirations, les inhalations d'oxygène paraissent être des pratiques utiles.

Quant au *traitement des accidents bulbaires déclarés* et graves il ne comprend guère, en dehors des injections toni-cardiaques, que la mise des malades en position déclive, la respiration artificielle prolongée et l'injection intracardiaque d'adrénaline. Les rapporteurs sont nettement opposés à toute nouvelle ponction lombaire suivie d'une injection intrarachidienne de caféine, procédé qui a été très vanté par certains auteurs.

La *prophylaxie des accidents méningés* comporte le maintien du malade dans le décubitus dorsal pendant le premier jour et peut-être les injections de sérum artificiel pendant l'opération.

Le *traitement de ces accidents* diffère suivant qu'il y a hyper ou hypopression du liquide céphalo-rachidien. En cas d'hyperpression, la ponction lombaire au besoin répétée est indiquée. On peut lui adjoindre l'injection intraveineuse de solutions hypertoniques. On luttera contre l'hypotension par les boissons abondantes, les injections de sérum et surtout l'injection intraveineuse de 30 à 40 centimètres cubes d'eau distillée.

DISCUSSION

M. Krynski (de Varsovie) utilise la novocaïne mais y ajoute une solution de chlorure de potassium qui paraît mettre à l'abri de certains accidents.

Il insiste sur les contre-indications suivantes : hypotension âge du sujet (vieillesse ou juvénilité) infection grave septicémique, nervosisme exagéré.

M. Phocas (d'Athènes) est surtout partisan de l'anesthésie générale à l'éther dont on peut éviter la plupart des complications.

La rachi-anesthésie rendra de précieux services là où l'éther ne pourra être utilisé, mais ce n'est là qu'une méthode d'exception.

M. DANIEL (de Bucarest) estime que la rachi-anesthésie est actuellement, grâce aux nombreux perfectionnements qui lui ont été apportés par l'Ecole française, une méthode simple par sa technique et sûre dans ses résultats.

Les accidents graves ou légers beaucoup moins importants que ceux qui accompagnent l'anesthésie générale semblent dus à un déséquilibre vago-sympathique déclanché par la pénétration dans l'organisme de l'anesthésique déterminant une crise humorale.

Ces phénomènes apparaissent habituellement chez des prédisposés. Ils se traduisent par des troubles nerveux et viscéraux.

On peut les prévenir en injectant, dans une veine, de 5 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien immédiatement prélevés avant l'opération.

Les résultats immédiats et tardifs sont excellents : pas de nausées, pas de vomissements; quelquefois cependant la céphalée tardive n'est pas évitée (7 p. 100 des cas).

Cette méthode paraît agir par le mécanisme de la désensibilisation de l'organisme rendant le sujet inapte à la crise colloïdoclasique.

M. ALIVISATOS (d'Athènes) apporte une importante statistique personnelle comprenant 3.449 cas sans un seul décès.

Toutes ces anesthésies ont été pratiquées à l'occasion d'intervention sous-ombilicales ou portant sur les membres inférieurs.

Pour 1.936 cas, il est probable que la majorité des chirurgiens eût employé l'anesthésie générale.

Pour 1.513 cas, l'anesthésie locale ou régionale pouvait être indiquée.

L'auteur ne croit pas que ce beau résultat soit dû à une technique personnelle originale. Comme tous les chirurgiens, il a usé successivement de la cocaïne, de la stovaïne, et présentement c'est à la novocaïne que vont ses préférences.

Il emploie de 6 à 10 centigrammes suivant l'importance de l'opération.

Son expérience lui a prouvé que les petits incidents : céphalée, vomissements et rétention d'urine sont devenus moins fréquents et moins intenses depuis qu'il s'astreint aux conditions suivantes :

I. Emploi exclusif de la novocaïne ;

II. Suppression du barbotage;

III. Suppression de l'écoulement du liquide rachidien, sauf quand celui-ci s'échappe en jet;

IV. Rétablissement de la pression artérielle par le procédé de Lecène et Leriche.

Par contre, l'auteur avoue n'avoir pu supprimer la petite alerte des premières minutes : pâleur, transpiration, angoisse, Ce sont là sans doute des accidents qui dépendent de la pusillanimité du sujet.

Malgré ces résultats, on ne saurait nier les contre-indications qui demeurent formelles chez les infectés, intoxiqués, cachectiques, insuffisants hépatiques ou rénaux.

L'emploi de la rachi-aneethésie haute est à rejeter.

Quant à l'usage de la rachi-anesthésie dans les occlusions, l'avis de l'auteur est qu'il y faut renoncer systématiquement dans les cas avancés et y recourir au contraire dans tous les cas au début.

M. MAYER (de Bruxelles) rappelle qu'il y a dix-sept ans, il a publié en collaboration avec Depage un travail sur les 100 premiers cas de rachi-anesthésie pratiquées par lui à l'hôpital Saint-Jean, en attirant l'attention sur les inconvénients qui, à cette époque étaient inhérents à la méthode.

Son avis est que la rachi-anesthésie ne peut être qu'une méthode d'exception. Elle est extrêmement précieuse dans la réduction des fractures et les ostéosynthèses du membre inférieur, les amputations de cuisse, les interventions sur le périnée et sur les vaisseaux des jambes (sympathectomie).

Elle est utile aussi dans la chirurgie abdominale sous-ombilicale chez des sujets atteints de lésions pulmonaires ou cardiaques graves.

L'auteur ne l'utilise plus dans les hernies et les hémorroïdes où il donne la préférence à l'anesthésie locale.

Elle est contre-indiquée chez les malades à pression basse et chez les shockés.

Merveilleuse dans certains cas particuliers, cette technique doit céder le pas, la plupart du temps à la narcose ou à l'anesthésie locale.

L'auteur souligne les avantages de l'anesthésie générale par mélanges oxygène, chloroforme et éther donnée, à l'aide des appareils de Roth-Draeger. Les risques sont ainsi considérablement diminués surtout si l'on fait précéder ou suivre l'anesthésie de l'administration d'un lavement de lait créosoté. Cette technique a fait baisser le pourcentage des pneumonies post-opératoires d'une façon sensible.

M. THEODORESCO (de Bucarest) apporte sur la rachi des considérations qui sont le résultat d'une série de 3.800 anesthésies pratiquées depuis la guerre à l'hôpital militaire (Reine-Elisabeth).

Dans 1.200 cas, l'anesthésique employé a été la stovaïne-strychnine et dans 2.600 cas, la novocaïne-adrénaline.

La ponction haute n'a été pratiquée que dans 75 cas.

Les anesthésies à la novocaïne-adrénaline ont donné les accidents et les troubles suivants :

Vomissements passagers, 10 p. 100.

Irrégularité respiratoire avec pâleur mais sans syncope, 10 p. 100.

Céphalée passagère, 12 p. 100.

Rétention d'urine, 18 p. 100.

Paresse intestinale, 5 p. 100.

Paralysie partielle et passagère des muscles oculaires 1/400.

Paralysie persistante neuf mois du crural, 1 cas.

Monoplégie de trois semaines, 1 cas.

Les anesthésies à la stovaïne-strychnine ont donné les mêmes ennuis mais avec une intensité plus grande ; et en plus ont été observées :

2 escarres sacrées.

2 paraplégies.

Les accidents immédiats sont dus au choc rachi-anesthésique dans la production duquel interviennent la technique vicieuse, l'hypotension, la toxicité de l'anesthésique. Tous ces accidents sont évitables.

C'est là la méthode idéale d'anesthésie pour les opérations sous-diaphragmatiques.

M. HALLION trouve un peu exagéré de dire que la rachi-anesthésie n'a pas encore eu l'heur d'intéresser les physiologistes. Dès 1900, avec M. Tuffier, il a étudié cette question expérimentalement, et cela à différents points de vue, sur des chiens. Les auteurs, dans leurs communications à la Société de biologie, n'ont pas seulement établi, comme l'ont rappelé les rapporteurs, que la cocaïne porte son action de façon très prépondérante, sinon exclusive, sur les racines rachidiennes; ils ont suivi méthodiquement l'évolution de l'anesthésie et analysé les phénomènes ayant pour cause la paralysie des fibres motrices radiculaires touchées par l'alcaloïde, y compris celles du système neuro-végétatif. Ils ont notamment mis en évidence une paralysie vaso-motrice du rein et de la rate et un abaissement consécutif de la pression artérielle.

Au sujet du mode suivant lequel la cocaïne se répand dans le liquide céphalo-rachidien, ils ont les premiers fait allusion à l'influence de l'attitude du sujet et de la densité des solutions injectées.

M. DE ROUVILLE (de Montpellier) utilise la rachi-anesthésie depuis vingt-huit ans dans 75 p. 100 des interventions gynécologiques.

La statistique porte sur 2.000 cas. Comme tous les chirurgiens il a utilisé d'abord la cocaïne, puis la nirvanine et la

stovaïne. Il ponctionne dans le quatrième espace lombaire avec l'instrumentation de Tuffier, retire de 10 à 15 centimètres cubes suivant la tension du liquide et pousse l'anesthésique lentement.

La solution est à 10 p. 100 et il en injecte, suivant le poids du malade, de 10 à 12 centicubes.

Une demi-heure avant l'opération il est utile d'injecter sous la peau une ampoule de caféine.

La statistique de Rouville ne comporte aucun décès attribuable sûrement à ce mode d'anesthésie. Il n'a jamais observé d'accidents tardifs, quelquefois des céphalées. Il estime qu'il n'existe qu'une seule contre-indication : le nervosisme exagéré de l'opéré.

M. Brindeau (de Paris) envisage l'action de la rachi-anesthésie au cours de l'accouchement.

Les phénomènes physiologiques sont nettement renforcés au niveau de l'utérus, par contre l'ampliation du vagin et du périnée paraît retardée.

Dans la césarienne corporéale la rachi facilite la besogne du chirurgien. Il se produit une sorte d'éversion des tissus utérins qui simplifie la suture et l'hémostase.

La méthode n'est pas à conseiller dans la pelvitomie, car après l'opération la femme se trouve dans l'impossibilité de pousser.

Dans la rupture de grossesse ectopique la rachi rend encore de grands services grâce au maintien parfait des anses intestinales qu'elle procure toujours. On peut sans difficultés, la malade étant renversée, étancher complètement le sang accumulé sous le diaphragme.

Il a paru à l'auteur que les suites de couches étaient plus normales après la rachi qu'après toute autre anesthésie. Il emploie ordinairement une injection de 6 centigrammes.

M. J.-L. Faure (de Paris) affirme qu'il n'emploiera jamais la rachi-cocaïnisation en raison des accidents qu'elle peut toujours causer et parce qu'il lui semble que la narcose générale constitue un des plus grands bienfaits de la chirurgie moderne.

Que l'opéré puisse être le témoin de l'acte chirurgical ne lui paraît nullement désirable.

Il semble que ses préférences soient pour la narcose à l'éther où il est si facile d'éviter les accidents graves. Depuis de longues années il n'a observé dans son service qu'une seule mort par éthérisation, l'externe-anesthésiste ayant cru devoir pousser l'anesthésie jusqu'à ce que « mort s'en suive ».

En aucun cas l'anesthésie ne doit être plus grave que l'opération elle-même, et à ce point de vue, avec de la patience et une bonne technique, l'anesthésie locale ou régionale pourrait être étendue à un grand nombre d'interventions importantes.

On a beaucoup parlé du « magnifique silence abdominal » qui accompagne la rachi-cocaïnisation. Mais si l'on emploie l'écarteur à cadre que l'auteur a imaginé on ne saurait être gêné par l'issue des anses intestinales, quelle que soit la narcose choisie.

M. Villard (de Lyon). Sur 36.000 interventions que l'auteur a vu pratiquer dans son service, interventions presque toutes réalisées sous anesthésie générale à l'éther, pas une seule mort n'a été observée du fait de l'éther.

Sur 101 rachi-anesthésies, une mort par broncho-pneumonie.

Il insiste sur ce fait qu'on a signalé souvent des accidents à distance après rachi-anesthésie, et qu'au contraire ces accidents à distance n'existent jamais après éthérisation.

Les interventions réalisées sous une anesthésie générale à l'éther bien conduite donnent toute tranquillité à l'opérateur. La rachi-cocaïnisation expose au contraire aux vomissements brusques, à l'angoisse.

En outre, la mortalité et la morbidité sont infiniment supérieures dans la rachi-anesthésie. Sur 101 cas, l'auteur a observé 2 syncopes graves, 1 mort après vingt-quatre heures avec accidents cérébraux et hémiplégie.

Quant aux accidents immédiats de broncho-pneumonie, il faut reconnaître qu'ils sont plus fréquents avec l'éther, 4 cas mortels sur 1.739 anesthésies à l'éther. Mais la rachi n'en met pas complètement à l'abri, 1 cas mortel sur 101 anesthésies.

Les suites éloignées, céphalées, escarres sacrées, n'existent qu'avec la rachi-anesthésie, et, sans préjuger de l'avenir, l'auteur conclut que présentement la rachi-anesthésie doit être réservée aux pulmonaires et aux grands infectés.

M. H.-L. Rocher. De 1920 à 1928, l'auteur a pratiqué 175 rachi-anesthésies chez des enfants de quatre à quinze ans. Après avoir rappelé quelques notions historiques, il prétend qu'aucune raison d'ordre moral, biologique ou chirurgical ne s'oppose à son emploi. Il faut la réserver aux opérations importantes sous-ombilicales et des membres inférieurs. La rachi est supportée admirablement par l'enfant, l'orage y est moins accusé. Les incidents non opératoires sont moins fréquents, moins durables et moins importants que chez l'adulte.

M. Froelich (de Nancy), à l'occasion de la publication de M. Rocher, exprime sa surprise, car la rachi et l'anesthésie locale ne lui ont jamais paru applicables à l'enfant, toujours indocile.

Il préfère l'emploi du chloroforme.

M. Patel (de Lyon) a employé successivement la cocaïne, la stovaïne, l'allocaïne. Aujourd'hui ses préférences vont à la scurocaïne à la dose de 6 centigrammes. Il utilise une aiguille fine, à biseau court, et procède avec lenteur.

Les accidents immédiats, en particulier les vomissements, sont moins marqués depuis qu'il pratique systématiquement dans les heures qui précèdent l'opération une injection sous-cutanée de caféine.

Il a observé des « ratés » 1 fois sur 40 ou 50 cas.

Sur 2.000 rachi-anesthésies, l'auteur a eu 3 morts.

Il considère que c'est la méthode de choix dans la réduction des fractures difficiles.

M. Peugniez (de Paris) se déclare adversaire de la rachi-cocaïnisation. Il n'a jamais observé d'accidents par l'éther contre lesquels il n'ait été possible de lutter victorieusement. A son avis l'avenir appartient aux anesthésies locales et régionales dont on peut étendre les applications. L'anesthésie lombaire ne sera jamais qu'une méthode d'exception.

M. Leriche (de Strasbourg) a été vivement impressionné à la suite d'une rachi-anesthésie qui s'est terminée par une syncope mortelle et sans vouloir tirer d'un seul cas des conclusions générales il déclare qu'il est bien décidé à ne plus recourir à la méthode pour la partie haute de l'abdomen.

Il réserve la rachi-anesthésie à la chirurgie des membres inférieurs, de l'utérus, du rectum et du côlon pelvien.

Il pense qu'il faut suivre l'exemple des chirurgiens viennois et étendre considérablement les indications de l'anesthésie locale et régionale. On peut, avec un peu de patience et d'entraînement réaliser ainsi des gastrectomies, des choledocotomies, des résections étendues du tractus digestif.

Ceci étant dit, l'auteur envisage la question des accidents secondaires de la rachi-anesthésie; céphalée, raideur de la nuque, méningisme.

La cause habituelle est l'hypotension. Dès qu'il y a perte de liquide céphalo-rachidien, dès que la tension de ce liquide n'est plus normale, par un simple phénomène d'équilibre circulatoire les méninges se congestionnent et restent congestionnées aussi longtemps que l'équilibre n'est pas rétabli. L'auteur propose comme thérapeutique très efficace l'injection dans les veines de 40 à 50 centimètres cubes d'eau distillée. *Ceci réussit dans les deux tiers des cas.*

M. Termier (de Grenoble) n'aime pas ce mode d'anesthésie. Il a été frappé du fait que tant de chirurgien après avoir employé la rachi-anesthésie d'une façon presque courante, ont peu à peu renoncé à cette méthode ou tout au moins en ont restreint les indications.

En lisant les travaux des plus chauds partisans de la rachianesthésie, on trouve encore bien des points sans réponse. Nous ne savons pas d'une façon certaine le niveau supérieur atteint par l'anesthésique. Nous n'avons pas la possibilité d'éviter ces réactions méningées ou même médullaires qu'on a contrôlées aux autopsies.

Il y a vraisemblablement des différences d'affinité individuelle pour cette anesthésie et même entre les mains les plus entraînées à cette méthode l'auteur a vu des échecs nécessitant l'emploi d'un autre anesthésique. Et puis que faire contre les risques tardifs?

Dans son service où se font de 1.000 à 1.200 interventions par an, M. Termier n'use pas de la rachi, mais son chef de clinique y a recours assez souvent, les observations sont donc possibles, et voici les critiques :

Temps perdu, surcroît de travail, cumul de responsabilité.

Il faut aussi un certain temps pour que l'anesthésie soit réalisée, ce qui a une certaine importance dans les matinées « chargées ».

Mais voici des objections plus sérieuses. L'auteur a observé une paraplégie qui dura une huitaine de jours, une autre qui dura près d'un mois, des crises de céphalée violentes et tenaces. Au cours d'une hysterectomie en Trendelenburg, il fut surpris par une émission inopinée de matières fécales liquides; enfin plusieurs fois il nota des échecs partiels ou complets.

A part quelques indications exceptionnelles, l'auteur donne donc la préférence à l'anesthésie par inhalation : scopolamine-chloroforme, kélène-éther.

M. Abadie (d'Oran). Malgré le souvenir d'un accident opératoire récent nettement imputable à l'anesthésie rachidienne, l'auteur considère cette méthode comme fort utile et lui demeure fidèle. En cas d'urgence, à la campagne, elle permet de se passer d'un aide. Elle est souvent la seule anesthésie réalisable pour le chirurgien solitaire. Elle ne doit pas vivre des contre-indications du chloroforme et de l'éther. Employée judicieusement, elle mérite d'être conservée. Les progrès de la technique, la découverte de produits très purs, la connaissance précise de ses indications et contre-indications rendront un jour cette anesthésie d'un emploi courant pour tous les chirurgiens.

M. Leclerc (de Dijon) pense que la rachi-anesthésie n'est pas une méthode aussi bénigne qu'elle a paru aux rapporteurs.

Il l'emploie de moins en moins et la réserve à la chirurgie des fractures et à la chirurgie d'urgence.

Sa technique est la technique initiale. Il demeure fidèle au barbotage et injecte 10 centigrammes d'allocaïne.

Sur 750 anesthésies il a observé 10 morts soit 1,3 p. 100.

6 p. 100 d'accidents méningés graves,

Et 1,5 p. 100 de syncopes graves mais non mortelles.

Il rappelle ses travaux sur les méningites post-rachianesthésiques, qui ne sont pas toujours du reste des méningites aseptiques, et il insiste sur les contre-indications : infection, hypotension, sclérose rénale.

M. Lacaze (armée), sur 3.041 rachi-anesthésies, a observé 22 échecs et 34 anesthésies iusuffisantes, mais aucun accident mortel. Au cours d'une syncope impressionnante il pratiqua une injection intracardiaque d'adrénaline qui sauva son malade.

Il distingue deux groupes d'incidents : les incidents graves et les incidents légers ou ordinaires.

Les premiers comprennent : l'orage bulbaire de la cinquième à la quinzième minutes dont il a observé 34 cas; les hémorragies méningées dont il a observé 3 cas, et les réactions méningées simples sans hémorragie : 13 cas.

Les incidents légers sont pour ainsi dire constants, puisque ils ont été absents seulement dans 42 anesthésies. Ce sont les algies, les céphalées, les vomissements.

Jamais l'auteur n'a noté de paraplégie, ni de parésie, ni d'escarre.

Les contre-indications sont la syphilis, l'hypotension, l'azotémie, l'infection, la pusillanimité, et aussi la brièveté de l'opération.

M. Arnaud (de Saint-Etienne) considère la rachi-anesthésie comme un procédé précieux pour le chirurgien isolé et très occupé. Cette anesthésie ne serait pas plus dangereuse que l'anesthésie générale si l'on tenait toujours compte des contre-indications. Loin de renoncer à cette méthode, il faut travailler à en perfectionner la technique et inciter le chimiste à préparer des produits d'une pureté irréprochable.

M. Seebrechts (de Bruges) expose une très importante statistique de rachi-anesthésies portant sur plusieurs milliers de cas. La rachi n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a dit, mais elle a de sérieuses contre-indications : l'hypotension, l'infection, la sénilité. Elle ne doit être confiée qu'à des mains expérimentées. La préparation morale du malade joue un rôle considérable.

Dans la plupart des cas, les accidents sont imprévisibles mais il faut toujours être prêt à les combattre dès qu'ils se produisent.

Dans son service de Bruges ou la rachi est l'anesthésie habituelle, réclamée par les malades eux-mêmes, on place toujours un garrot sur le bras de l'opéré avant de ponctionner; à la moindre alerte on peut ainsi sans perdre de temps injecter dans la veine céphalique une ampoule d'adrénaline. Ce traitement, dans l'immense majorité des cas, joint à la respiration artificielle, ranime toujours le malade.

M. Cahen (de Bruxelles) expose que depuis trois ou quatre ans le nombre des rachi-anesthésies pratiquées dans le service de Verhoogen a considérablement diminué.

De 1914 à 1925 c'était cependant une anesthésie courante puisque sur 8.046 opérations, 1.503 avaient été pratiquées sous rachi-cocaïnisation.

La mortalité nettement imputable à la rachi atteignait 5 p. 100.

Les insuccès totaux furent de 28 et les partiels de 19. Mais ce fut surtout la fréquence des escarres, des paralysies oculaires et des céphalées tenaces qui amena Verhoogen à ne plus considérer cette anesthésie que comme une méthode d'exception.

M. C. Michel (de Nancy), après avoir été un partisan très convaincu de la rachi-anesthésie, a restreint de plus en plus les indications de ce mode d'anesthésie à la suite de deux accidents mortels.

Certains avantages sont obtenus avec moins de risques par l'anesthésie locale et régionale, ou par l'anesthésie générale précédée de l'injection préalable de géno-scopolamine morphine.

Par ce moyen, on obtient aussi bien le « silence abdominal » qui est regardé comme un des avantages de la rachianesthésie.

Cette méthode garde cependant certaines indications, en particulier pour la chirurgie du rectum cancéreux, elle permet la position ventrale pour l'extirpation coccypérinéale et elle reste indiquée dans les interventions pour iléus.

MM. Mériel et Lefebvre (de Toulouse) apportent un chiffre de 6.843 rachi-anesthésies pratiquées pour des opérations sous-diaphragmatiques. Ils utilisent un matériel ordinaire mais strictement réservé à cet usage et stérilisé à sec. Ils effectuent la dissolution de l'anesthésique (scurocaïne)

dans le liquide céphalo-rachidien du sujet lui-même, aux doses de 6 à 12 centigrammes suivant la durée présumée de l'acte opératoire.

Le sujet est ponctionné assis, sur la ligne médiane, et mis ensuite la tête basse. Pas de brassage, mais aspiration de contrôle pendant l'injection.

Les résultats sont satisfaisants : anesthésie rapide et massive d'une durée de trois quarts d'heure à une heure un quart, silence abdominal admirable.

Les échecs diminuent de fréquence avec l'habitude; ils sont d'environ 2 p. 100. Les auteurs ont observé « quelques orages » vite dissipés.

Les accidents, enfin, ont consisté en 3 morts : 2 vieillards scléreux, 1 femme très shockée.

Il faut renoncer à cette anesthésie chez les hyper et les hypotendus et chez les enfants.

Les auteurs utilisent systématiquement la rachi et ne font l'anesthésie générale que contraints et forcés.

M. Guyot (de Bordeaux) emploie l'anesthésie rachidienne depuis plusieurs années. Sur un millier de cas il n'a jamais observé d'accidents paralytiques ni de mort,

Il utilise de préférence la rachi pour les interventions portant sur le membre inférieur, le périnée, l'anus et pour les hernies.

Il fait toujours précéder la rachi d'une injection sous-cutanée de caféine.

La syncaïne ou l'allocaïne à 5 p. 100 ont ses préférences. Il en injecte de 7 à 10 centigrammes.

L'anesthésie rachidienne est employée dans 15 p. 100 des opérations. Les autres interventions sont pratiquées sous narcose au mélange de Schleich.

L'auteur ne nie pas les inconvénients ni même les dangers de la rachi. Il considère cependant qu'elle est un progrès, un « pas en avant », en attendant la solution définitive à donner au problème toujours pendant de l'anesthésie chirurgicale.

M. V. Riche (de Montpellier). On a dit de la rachi-anesthésie qu'elle était une méthode infidèle et dangereuse. Elle n'est pas infidèle si on utilise une bonne technique et une bonne solution. La proportion des « ratés » qui diminue avec l'expérience du chirurgien peut descendre à 1 ou 2 p. 100 au maximum. En cas de résultat insuffisant, il ne faut pas craindre de pratiquer plusieurs injections successives à condition que l'intervention ne soit pas encore commencée.

Avec la novocaïne, la rachi est peu ou pas dangereuse entre des mains expérimentées.

L'auteur cite un seul cas de mort nettement imputable à la rachi. Il a cependant observé quelques alertes et paralysies respiratoires par des doses élevées de stovaïne.

Les petits incidents au cours de l'opération (pâleur, ralentissement du pouls, vomissements de la vingtième minute) sont loin d'être constants, même avec des doses élevées; dans tous les cas ils ne gênent pas le chirurgien.

Quant aux accidents secondaires ils ont paru à l'auteur tout à fait exceptionnels. La prophylaxie et la thérapeutique en sont du reste connues. Deux cas de paralysies transitoires avec trouble des sphincters ont été observés; ils ont disparu en un mois.

M. Auvray (de Paris), d'abord réfractaire à la rachi-anesthésie, a évolué à l'arrivée de la novocaïne.

Il ne croit pas que la rachi doive vivre simplement des contre-indications de l'anesthésie générale.

Plus que toute autre méthode elle est indiquée dans la chirurgie des membres inférieurs et du pelvis, assez peu cependant dans la chirurgie gynécologique.

Elle a ses contre-indications formelles chez les grands hémorragiques, les infectés, les intoxiqués, les cachectiques, les hypotendus.

L'auteur estime que les accidents méningés atteignent 2 p. 100 des cas, les vomissements prolongés 3,8 p. 100.

Il n'a jamais observé de troubles nerveux graves. Un seul cas de mort existe dans sa statistique, mais qui aurait pu se produire avec une autre anesthésie.

L'avenir est malgré tout à l'anesthésie locale et régionale dont il faut savoir étendre les indications.

M. Lardennois (de Reims) a commencé à pratiquer quelques rachicocaïnisations en 1900. A l'apparition de la stovaïne il revint à la méthode; et en 1908, Chaput publiait en son nom à la Société de chirurgie 139 cas de rachi-stovaïnisation.

Il utilise actuellement la novocaïne ou la syncaïne.

Sa statistique globale à ce jour atteint 1.213 cas.

Il a eu à déplorer une mort rapide chez un vieux prostatique, des accidents de paraplégie et des escharres chez une femme de soixante-dix-huit ans opérée de hernie étranglée; tous récemment, à la suite de l'ablation d'une adénopathie cancéreuse de l'aine, le malade scléreux et fatigué succombe le troisième jour à un ictus. Dans quatre autres cas, alerte très vive mais guérison.

L'auteur estime qu'il faut limiter le domaine de la rachi à la chirurgie sous-ombilicale et avoir recours à des doses minimes de solutions récentes et pures, injectées lentement à l'aide d'une fine aiguille.

Il conseille l'injection pré-opératoire d'atropo-morphine et d'huile camphrée s'il y a hypotension. Il met en garde contre le danger des brusques modifications d'attitude des centres encéphaliques.

La rachi est infiniment précieuse quand le decubitus ventral est nécessaire, dans le Wertheim, l'amputation du rectum, la cure des fistules vagino-vésicales hautes.

Elle est parfois l'ultime ressource chez les emphysémateux et pulmonaires où ni l'éther ni le chloroforme ne sauraient être utilisés.

M. Richard (de Paris) décrit avec soin sa technique. Il n'emploie qu'une solution de novocaïne-adrénaline injectée en decubitus latéral.

La position inclinée, tête basse ne présente pas de danger. L'anesthésie sus-ombilicale et même thoracique doit être pratiquée prudemment avec de petites quantités de novocaïne.

L'hypotension et la cachexie sont les seules contre-indications.

La statistique globale de l'auteur porte sur 2.119 cas avec une mort sur la table d'opération. Il s'agissait d'un malade atteint d'une volumineuse tumeur du médiastin très adhérente; encore n'est-il pas prouvé que cet accident soit vraiment dû à l'anesthésie.

Les incidents se résument comme suit : 3 syncopes, 2 paralysies des nerfs craniens, 6 tendances à la syncope, et seulement 3 p. 100 de rachialgies; 2 échecs complets, 2 partiels et 2 hémi-anesthésies.

Cette méthode est parfaite dans la réduction des fractures difficiles. L'auteur croit que c'est là l'anesthésie de l'avenir, celle des jeunes générations chirurgicales.

M. André Chalier (de Lyon) est un grand partisan de la rachi qu'il pratique depuis vingt ans et dont il possède plusieurs milliers de cas. Il utilise une aiguille-trocart, très fine, à biseau court, longue de 10 centimètres et, comme produit, la solution de syncaïne à 5 p. 100; la dose employée est de 0gr05 à 0gr15, suivant les cas. Il soustrait très peu de liquide céphalo-rachidien, et ne fait pas de barbotage. Les « ratés » correspondent à des fautes de technique; ils sont donc évitables, de même que la plupart des incidents ou accidents de la rachi : pour cela, il faut utiliser de fines aiguilles, une solution analgésique ayant déjà fait la preuve de sa relative innocuité et de la constance de son action; il faut injecter la solution doucement, et déplacer les malades sans à-coup, très lentement. Il faut aussi choisir ses cas, et ne pas utiliser la rachi chez les hypotendus, les choqués, les anémiés, les grands infectés, les

grands nerveux. Chez les malades en état d'occlusion, on peut l'utiliser, mais seulement chez les sujets qui ont une hernie étranglée ou une occlusion intestinale de date récente avec des signes d'intoxication modérée. Chalier n'a observé aucun phénomène paralytique durable. Il conclut en disant que la rachi est l'anesthésie de choix dans la plupart des opérations gynécologiques et même des opérations sous-ombilicales, en particulier dans les opérations longues ou difficiles, où elle fait gagner un temps précieux et accroît la sécurité grâce au splendide « silence abdominal », et aussi chez tels malades emphysémateux, bronchitiques, asthmatiques, où l'anesthésie par inhalation serait à la fois pénible et dangereuse.

M. Marquis (de Rennes) présente une statistique de 1.200 cas sans un seul décès.

Il a cependant observé deux accidents graves et de multiples incidents.

Le premier de ces accidents concerne un malade âgé et éthylique qui pendant trois mois fut quadriplégique.

Le second accident se rapporte à un opéré qui eut les pieds brûlés par le contact des bouillottes dont on avait garni son lit. La sensibilité ne revenant que très lentement, l'infirmière appliqua ces bouillotes trop tôt. Il en résulta une brûlure sérieuse.

Souvent l'auteur a constaté des troubles sphinctériens, des vomissements prolongés, des céphalées rebelles.

Ces accidents, notamment les céphalées sont devenues plus rares depuis que l'auteur n'emploie plus que des solutions fraîches.

Malgré ces inconvénients, la rachi-anesthésie est une méthode d'avenir.

M. Viannay (de Saint-Etienne). En vingt ans, l'auteur a pratiqué 331 rachi-anesthésies avec 2 morts.

Il a observé 8 p. 100 de « ratés » et des vomissements prolongés dans 1/3 des cas; jamais de paralysies.

Son avis est que l'avenir appartient aux anesthésies locales régionales, épidurales, splanchniques et tronculaires,

M. Sénéchal (de Paris) confrontant les conclusions d'un de ses articles paru il y a vingt ans, dans la *Gazette médicale de Paris*, sur la rachi-anesthésie avec les conclusions actuelles des rapporteurs, constate que ces conclusions sont rigoureusement les mêmes :

Pas d'anesthésie haute, jamais au-dessus du diaphragme.

Réserver les anesthésies sus-ombilicales, inconstantes du reste, aux sujets devant subir une intervention sur l'estomac et ses annexes et dont l'état général est très précaire.

La zone sous-ombilicale est la zone de choix.

Outre la grosse contre-indication due à l'hypotension, la méthode reconnaît les mêmes contre-indications que l'anesthésie générale.

L'anesthésie rachidienne n'a donc fait aucun progrès en vingt ans.

En résumé, l'auteur ne voit aucun avantage sérieux à substituer à la narcose et aux anesthésies locale ou régionale l'anesthésie rachidienne qui peu ou prou touche la moelle, et comme il se refuserait formellemunt à l'accepter pour luimême, il ne consent pas à l'appliquer à autrui.

M. Le Filiatre (de Paris) apporte une statistique de 10.000 cas.

Il n'emploie que la solution de cocaïne et procède toujours au barbottage après écoulement d'un peu de liquide céphalo-rachidien.

Il n'a jamais eu de mortalité et pourtant certains de ses malades ont subi la rachi jusqu'à cinq, six et sept fois.

Il ne croit pas que l'hypotension soit vraiment une contre-indication.

L'incident qu'il a observé le plus souvent est la céphalée, dans les proportions de 4 p. 100.

M. Masini (de Marseille) a pratiqué 300 rachi-anesthésies, les unes à la cocaïne, les autres à la syncaïne, à la scurocaïne et à l'allocaïne.

Il n'a observé qu'un incident syncopal duquel il est venu facilement à bout par la respiration artificielle et une piqûre de caféine.

La rachi-anesthésie présente des avantages dont le plus manifeste est le silence abdominal. Mais la méthode ne doit pas être employée chez un malade hypotendu. De plus, au cours des hystérectomies abdominales totales, l'émission toujours possible des matières fécales présente un danger d'infection du péritoine par l'intermédiaire du vagin. L'auteur conseille dans ce cas de garnir l'opérée d'un volumineux tampon de coton placé sous les fesses.

La rachi-anesthésie permet de supprimer un aide; elle évite les complications pulmonaires qui surviennent souvent après les anesthésies à l'éther et au chloroforme.

L'auteur donne comme principales indications : le Wertheim, la gastrectomie, l'occlusion intestinale, l'ablation abdomino-périnéale du cancer rectal.

Les contre-indications sont le jeune âge, la sénilité, la syphilis.

Ce n'est pas là une panacée universelle. La rachi-anesthésie n'est pas non plus la méthode à employer en désespoir de cause. Ses indications habituelles sont la chirurgie sous-ombilicale, et particulièrement la chirurgie des membres.

L'auteur n'a pas l'expérience de la rachi-anesthésie haute. Il pense que ce procédé mérite d'attirer l'attention. Le jour où il sera au point on se trouvera en présence d'une anesthésie régionale. Pour chaque segment de membre on ponctionnera entre les vertèbres correspondantes et la chirurgie y gagnera en élégance et peut-être en sûreté opératoire.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY ET DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1928)

Mécanisme de l'immunité antitoxoplasmique du névraxe. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et R. Schoen ont étudié le sort des toxoplasmes introduits, d'une part dans l'encéphale de lapins neufs, d'autre part dans le cerveau de sujets réfractaires. Des expériences analogues, réalisées par Levaditi et Nicolau avec le neuro-vaccin, ont prouvé que le système nerveux, dont l'immunité tissulaire participe à l'état réfractaire acquis de l'organisme, exerce une action microbicide immédiate, et qu'il jouit de propriétés germicides spécifiques. Avec les toxoplasmes, les auteurs constatent que les parasites, introduits dans le névraxe de lapins vaccinés, y subissent une lyse rapide et totale. L'état réfractaire acquis confère donc au tissu nerveux des quantités germicides intenses appréciables *in vivo*.

Dans la toxoplasmose, comme dans l'infection herpétique ou neurovaccinale, l'immunité est donc de nature cellulaire. Chaque système tissulaire se défend pour son compte, par des moyens qui lui appartiennent. Le névraxe est devenu apte à entreprendre la lutte antiparasitaire et à vaincre, pour la raison qu'à un moment donné il s'est trouvé aux prises avec le virus-antigène, et que ce virus y a provoqué des modifications cytologiques capables de subsister aussi longtemps que dure l'immunité. Une espèce de mobilisation cellulaire latente représente l'arme défensive que le système nerveux utilise lorsqu'il se trouve en présence du virus contre lequel il est solidement immunisé.

Transmission héréditaire de l'anaphylaxie. — MM. L. Nattan-Larrier, P. Lépine et L. Richard. Les petits nés

d'une femelle qui a été sensibilisée avec de faibles doses de sérum plus de trente jours avant leur conception sont eux-mêmes sensibilisés, et, éprouvés par une injection déchaînante, présentent des accidents anaphylactiques typiques et mortels. Les cobayes auxquels une femelle sensibilisée donne naissance possèdent donc une sensibilisation durable. Cette anaphylaxie héréditaire semble une anaphylaxie passive, comparable sans donte à celle que possèdent les petits nés de femelles vaccinées contre la diphtérie ou le tétanos. Les petits des portées successives, que donne une femelle sensibilisée, se montrent tous également sensibilisés.

Poumon et régulation cholestérinémique. — MM. BOUISSET et SOULA mettent en valeur le fait que l'appauvrissement du sang en cholestérine pendant la traversée du poumon est liée à l'intégrité de l'hématose. Il ne semble pourtant pas que la fonction pulmonaire se réduise à une simple oxydation de la cholestérine dans le poumon. Quoi qu'il en soit, il est établi que le poumon joue un rôle primordial dans la régulation cholestérinémique.

Sur la production d'un sérum anticharbonneux. — M. URBAIN pour M. URUSKA.

Sur la présence d'éléments filtrables du bacille tuberculeux dans le sang d'un enfant atteint de granulie. — MM. P. ARMAND-DELILLE, SAENZ et BERTRAND, en employant la méthode préconisée par Valtis, dans le laboratoire du professeur Calmette, injection au cobaye de sang (10 centimètres cubes) laqué, puis filtré deux fois sur bougie Chamberland L2, avec adjonction d'un témoin (culture de vingt-quatre heures de choléra des poules) avec ensemencement négatif, alors que les animaux témoins ont été dûment tuberculisés, ont produit après soixante jours des lésions caractéristiques de la tuberculose atypique décrite depuis Fontes ; chez l'un des cobayes ils ont pu déceler dans les ganglions la présence de bacilles acido-résistants.

Ces expériences démontrent qu'ainsi que Bonciu et Ionesco l'ont déjà constaté au cours de la granulie de l'adulte, et Valtis et Lacomme chez les femmes tuberculeuses au cours de la période menstruelle, il peut exister chez l'enfant atteint de granulie des éléments filtrants du bacille de Koch en circulation dans le sang.

A propos de la filtrabilité du bacille tuberculeux. — M. HABABOU-SALA a obtenu des hypertrophies ganglionnaires avec les filtrats de crachats ou de pus tuberculeux sur bougies L_1, L_2, L_3; les filtrats portés à 80 degrés pendant dix minutes ont toujours donné une hypertrophie ganglionnaire manifeste. Avec des injections de tuberculine, en place de filtrat, on obtient les mêmes hypertrophies ganglionnaires trachéo-bronchiques ou autres.

Affinité de la tuberculine pour le tissu ganglionnaire. — M. HABABOU-SALA a obtenu la fixation de la tuberculine sur le tissu ganglionnaire. Ce tissu, injecté après trituration, provoque chez les animaux une hypertrophie ganglionnaire comme on en obtient par injection de filtrats. Elle existe, de préférence, autour des poumons des cobayes d'expérience.

Au Luxembourg et chez Rodin, par le docteur Fernand VALLON (auteur de *Falconet*). Grand in-8, texte en couleurs, 4 hors-texte. — Prix : 20 fr. — En vente chez Maloine et chez Flammarion.

CHRONIQUE

CONGRÈS INTERNATIONAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

(*Budapest, septembre 1928.*)

IMPRESSIONS DE CONGRÈS

Par le professeur Léon IMBERT (de Marseille).

Combien de médecins, en France, savent-ils qu'un important Congrès international d'accidents du travail, maladies professionnelles et Assistance publique vient de se tenir à Budapest? Il y a eu cependant une certaine publicité faite dans la Presse médicale, mais elle semble avoir passé à peu près inaperçue.

* * *

Il y avait à Budapest près de 3.000 congressistes, dont la moitié environ étrangers à la Hongrie : des centaines d'Allemands, d'Autrichiens, des Suisses germaniques, des Hollandais, etc. ; tous gens de langue allemande, Hongrois compris; une centaine d'Italiens, dont quelques-uns, pour se faire mieux entendre, parlaient le français; quelques Suisses romands, un petit nombre de Belges et une demi-douzaine de Français étaient dans le même cas. Au total, comme il arrive toujours, c'était un Congrès de langue allemande.

* * *

Six Français! Paris était représenté par un seul membre, Crouzon, dont le rapport fut très écouté; il y avait aussi un Lillois, Verstraete, et quatre Marseillais : Cottalorda et Michel, chirurgiens des hôpitaux; Perrin, spécialiste des accidents du travail et moi-même. Comme disait Crouzon, nous ne faisions pas très riche. Il est vrai que nous étions tous francs-tireurs, je veux dire délégués par nous-mêmes — et à nos frais — tandis que les délégations étrangères officielles étaient nombreuses, grâce aux subventions fournies par les gouvernements, les Caisses d'assurances, les grandes industries, etc.

* * *

En pays d'Europe centrale, la médecine sociale ne se limite pas aux expertises d'accidents et à la médecine légale pure : on s'y occupe vraiment — et pas seulement en discours — de médecine sociale et préventive, c'est-à-dire de l'avenir du pays.

A la première séance a assisté l'amiral Horty, l'intérimaire, celui qui continue à agir au nom du gouvernement royal hongrois. A quand le plaisir de voir M. Doumergue présider un Congrès semblable à Paris?

* * *

Les Italiens étaient en force, une centaine environ, tous porteurs de l'insigne fasciste, sous la conduite du directeur de la Caisse nationale, orateur sonore, abondant, toujours honoré des premières places. Personne n'ignore que l'Italie est en coquetterie — c'est le moins qu'on en puisse dire — avec la Hongrie, laquelle occupe les derrières de la Yougoslavie.

* * *

Accueil d'une générosité, d'une ampleur de moyens telle

que j'en ai rarement vu de pareille : promenades en automobiles, en cars, en tramway, en bateau, sur le Danube, à l'Ile Sainte-Marguerite, etc., dégustation en qualité et en quantité de vins, de bières, de saucisses, de sandwichs, etc. Les Suisses qui auront le prochain Congrès, dans trois ans, n'ont qu'à se bien tenir pour défendre leur réputation d'hospitalité. Quant à nous, groupe étroit de Français, il ne pouvait nous venir à l'idée de proposer notre pays, et Paris, qui eût cependant réuni tous les suffrages.

* * *

Une des caractéristiques de la vie à Budapest, sinon en Hongrie, est la protestation qui s'étale partout, muette d'abord, puis peu à peu éloquente contre le Traité de Trianon; elle s'adresse surtout à la France, bien que, comme nous le savons trop, Clémenceau n'ait pas eu toutes ses aises dans le Conseil des grands Quatre.

* * *

Il y a notamment une curieuse carte postale, fort bien éditée, répandue partout, particulièrement au Congrès, et montrant la Hongrie telle qu'elle a existé pendant 1.000 ans, et telle qu'elle a été « mutilée par le Traité de Trianon ». A remarquer que la première comprend Fiume et s'étend à l'Adriatique. Comme je signalais ce détail à un jeune Hongrois de l'Aristocratie, il me répondit : les Italiens nous donneraient volontiers Fiume; ce sont les Yougoslaves qui ne veulent pas nous laisser passer!

* * *

Et les touristes qui passent en autocars devant le Palais Royal sont parfois salués par un archiduc qui y possède un somptueux logement, et se prépare sans doute à souffler la place aux nombreux enfants du malheureux Empereur Charles. Car la mémoire de François-Joseph est restée très populaire, et la Hongrie, m'affirme-t-on, est demeurée monarchiste dans l'âme et passionnément attachée aux Halsbourg, à qui cependant elle doit d'avoir été ruinée et « mutilée ».

* * *

Réception à la Légation de France : le ministre, M. de Vienne, accueille, avec notre maigre délégation, des élèves de l'Ecole des Mines en tournée d'instruction, et des jeunes filles, qui vont de pays en pays, reçues par des associations d'étudiants. Thé fort aimable, dans un luxueux immeuble, loué par la France à une famille de magnats hongrois.

* * *

Les Italiens sont allés porter une couronne au monument de Kossuth. Acte de courtoisie qui paraît avoir été fort apprécié des Hongrois. Si nous avions été en mission officielle peut-être aurions-nous une idée semblablement heureuse.

* * *

Simple remarque : la monnaie d'argent circule largement en Italie, en Autriche, en Hongrie, avec un change parfaitement stable. Elle est représentée partout par un disque d'argent qui a sensiblement la même apparence et le même volume dans les trois pays. Mais ce disque qui vaut 5 lires en Italie, soit 6 fr. 65, vaut un schelling en Autriche, soit 3 fr. 60, et un pengo en Hongrie, soit 4 fr. 50; sa valeur varie presque du simple au double. Et quand nous en serons pourvus, il portera vraisemblablement la mention 5 francs. Vainqueurs et vaincus vivront donc sous le même signe monétaire, avec cette seule différence que la même quantité d'argent sera plus chère chez les vainqueurs que chez les vaincus. La monnaie d'argent n'aurait-elle qu'une valeur fiducière, comme les jetons actuels de 1 et 2 francs?

Pour aller de Marseille en Hongrie, il faut franchir six frontières; avant guerre on n'était surveillé qu'à l'importation : six frontières, six douanes. Mais nous avons fait des progrès. Actuellement on est perquisitionné à la fois par le pays d'où l'on sort et par celui où l'on rentre : six frontières, douze douanes; le plaisir est double.

* * *

Sur les six frontières à franchir, quatre sont malgré tout assez faciles : les douaniers montent dans les trains; on est dérangé quatre fois, mais on n'a pas à quitter le train ni à porter ses bagages à la douane, avec la sourde inquiétude de trouver, en revenant, sa place prise. Ces quatre frontières bienheureuses sont : l'italo-autrichienne, l'austro-hongroise, la hongro-yougoslave, l'Italo-yougoslave, tous pays qui ne passent pas pour très intimes les uns rvec les autres.

* * *

Mais il y a deux mauvaises frontières : la franco-italienne et l'italo-française. A l'aller, comme au retour, il faut changer de train, descendre ses colis, les transporter à la douane, attendre le bon plaisir des douaniers, ouvrir ses valises, les refermer après bousculade du contenu, les rapporter à l'autre train; c'est un petit drame. Pourquoi? Les gouvernements ressemblent à ces cochers parisiens qui, dans ma jeunesse, se battaient sur le dos de leurs clients : Tu as donné un coup de fouet au mien : vlan! en voilà un pour le tien.

* * *

Impression finale un peu pénible : Pourquoi sommes-nous ainsi, toujours et à coup sûr, une infime minorité, et pourquoi tout Congrès international tourne-t-il obligatoirement au Congrès de langue allemande avec une apparence pangermaniste : indifférence gouvernementale, ignorance des Compagnies d'assurances, des grands patrons, dédain du public médical pour une forme de la médecine où l'on a trop parlé de médecins marrons? Un peu de tout cela sans doute. Il serait bon de songer à un redressement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PATENTES MÉDICALES

Par le docteur Foveau de Courmelles.

Il nous faut revenir — et pour cause — sur nos patentes (1).

Certains loyers d'avant-guerre sont déjà rentrés dans le droit commun et passibles d'être multipliés par le coefficient cinq ou plus. Le malheur, c'est que la patente, à Paris, suit ce coefficient et double les loyers. Les avocats s'en sont émus depuis longtemps déjà, les médecins également. Des confrères ayant clinique et local d'habitation séparés, n'ayant trouvé pour se loger qu'un appartement très cher, paient, comme c'est l'usage, la patente très augmentée sur leurs locaux professionnels et d'habitation. On voudrait restreindre la patente au seul local où l'on exerce, en général pour le médecin au salon d'attente et au cabinet de consultation; cela réduirait singulièrement pour les familles nombreuses, la patente, et ce serait justice. (Il ne resterait que les radiologues au local important qui paieraient les plus lourdes patentes.)

Beaucoup de nos confrères trouvent légitime de voir augmenter leurs loyers, au moins dans la proportion où ils ont augmenté eux-mêmes leurs honoraires, ce qui en général est loin du coefficient cinq! Mais la patente qui s'ensuit leur paraît légitimement lourde, et ils espèrent obtenir des villes qu'elle ne monte pas aussi vite que les loyers. Certes, la Ville

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 28 mars et 31 mai 1928.

de Paris, après maintes démarches, de la C. T. I. notamment, a réduit pour 1929 le coefficient, et pour un loyer de 7.500 francs, par exemple, la patente sera annuellement de 1.000 francs de moins. Les débutants, en attendant, ne trouvent que des loyers exorbitants dans les maisons neuves; et, avec leur patente, doivent trouver, avant tous autres frais, 40.000 à 50.000 francs en se réveillant. Quant à avoir des dégrèvements, alors que l'on veut mettre tous les salaires et appointements au coefficient de la vie, comment peut-on logiquement les espérer. Peut-être des semblants de satisfaction, donnant d'un côté, reprenant de l'autre, nous seront-ils accordés.

En attendant, les médecins augmentent en nombre, sauf en Autriche-Hongrie, écrivait récemment le docteur G. Duchesne dans *Le Concours médical*. Il est vrai que là, avec les assurances sociales, les médecins végètent, ont peu de clients payants, alors que les charlatans augmentent et sont bien rétribués. Ces derniers abondent du reste en France, et leur situation, j'en établissais le tableau lors du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de 1906, est supérieure à la nôtre : pas de patentes, pas de poursuites des clients déçus, triomphes même en justice...

Nous devons, nous devrons donc payer pour eux des impôts, sans cesse en augmentation.

Mais M. de Chappedelaine, rapporteur du budget de 1929, nous rassure, et comment! (*Le Matin*, 6 octobre 1928). Personne cependant ne nous parle de la vie chère. La faire diminuer serait bien préférable à toutes les augmentations de salaires. Mme Hélène du Taillis, M. Jean de Pierrefeu, dans *L'Œuvre*, nous montrent la progression non calmée par la stabilisation, les prix des denrées sans cesse croissants, certaines baisses chez les producteurs sans répercussion pour les consommateurs!

Ceci nous écarte de la patente? Mais non. Les centimes additionnels des villes sont en raison de leurs charges, et la patente suit, plus que doublant parfois, en province, les loyers!

Y échappent ceux qui ont, sous un autre nom, un domicile différent de leur local professionnel : les salariés ou fonctionnaires logés et n'ayant besoin que deux pièces, ailleurs, pour exercer la médecine; les célibataires vivant chez leurs maîtresses!... En un temps où la dénatalité sévit, on sait encourager les familles nombreuses!...

Et nos études? La C. T. I. a essayé de les faire compter, par amortissement, dans les frais d'exercice de la profession. En vain! L'Allemagne serait-elle plus avancée, puisque la cuisinière du général Ludendorff lui intente un procès pour le remboursement de ses frais d'études de haute cuisine? Le Tribunal de Munich enquête à ce sujet. Ludendorff est bien... soigné!

Les dépenses actuelles seules sont admises. Encore les faut-il connaître? J'ai plusieurs années durant oublié l'amortissement de mes appareils de radiologie, si changeants d'ailleurs. Des fonctionnaires des contributions, des confrères ont publié à ce sujet des conseils utiles : tels M. Martinot et sa Revue *Le Contribuable français*, *Les Impôts du chirurgien dentiste*, par le docteur A. Bouland; *Face au fisc*, « le bouclier du contribuable », par M. Charles Caussade; parmi nos journaux spéciaux, *Index médical*, *Répertoire de médecine et de chirurgie*...

L'action appelle la réaction! Trop d'impôts tuent la matière imposable, écrivent Louis Forest, Stéphane Lauzanne...

On dépense, on donne de son vivant pour éviter les énormes droits de succession, on se constitue en sociétés pour acheter des immeubles (achats d'appartements) et ne payer que 7 p. 100 de droits de mutation au lieu de 30 ou 32 p. 100. En sociétés encore, on paie, commercialement, moins d'impôts que l'isolé : *Vœ soli*.

Et ces diminutions de récupérations d'impôts font augmenter les autres impôts, car il faut de l'argent. Les professions libérales sont accablées, et lisez les professions de foi même détaillées, en volumes même, des candidats députés de 1928, même saisis par la C. T. I., et vous n'y trouverez pas mention des intellectuels! Nous comptons si peu!

Les avocats s'agitent fort justement et j'ai pu mettre en relations Me Sarran et le docteur Decourt, à l'occasion et lors du Congrès international récent d'intérêts médicaux.

Le Congrès de la propriété bâtie de 1928, la Chambre des propriétaires de Paris ont protesté contre cette marche ascendante et parallèle des loyers et de la patente?

Quand on s'unit, quand on est fort, on triomphe. Voyez les bijoutiers que l'on voulait fermer le dimanche, ils ont résisté et ont réussi. Alors que les pharmaciens si utiles à la santé publique sont limités à un par quartier, et que des malades ont déjà souffert des distances, « souffert », pour ne pas dire plus!

Les professions libérales sont en train de devenir impossibles à exercer, et la patente en devient un élément prohibitif! Qu'on poursuive les trafiquants aux patentes faibles, créateurs de vie chère, et la vie pourra redevenir normale. Il ne semble pas qu'on y songe.

P. S. — Au sujet de *Praticiens et spécialistes* (10 octobre), d'après quelques réflexions qui me furent faites, je crois ma pensée mal comprise. Je désire *tous* les médecins syndiqués, syndiqués *ensemble*, avec *divisions*, cloisons non étanches, pour les spécialistes à intérêts divers, sinon différents, et *toujours* reliés aux praticiens. Autrement, les forces sont divisées et impuissantes. Les radiologistes par exemple, je le répète, resteront malgré tout, par leur grand local et leurs nombreux appareils, même patentés seulement pour la partie professionnelle, les plus lourdement imposés, de ce chef. — F. C.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE TROPICALE ET D'HYGIÈNE DU CAIRE (décembre 1928). — Le Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène, qui aura lieu au Caire, du 15 au 22 décembre 1928, présente pour tous les médecins, surtout pour la France, un très grand intérêt.

Il a pour but de célébrer à la fois le centenaire de la Faculté de médecine et la mémoire de celui qui l'a fondée, notre compatriote Clot Bey, qui a séjourné en Egypte pendant près de quarante années, organisant l'enseignement de la médecine et nombre d'œuvres d'assistance sociale et d'hygiène qui faisaient complètement défaut.

Il est très important que la France soit dignement représentée à ce Congrès. De plus, en sa qualité de puissance coloniale, elle ne peut pas se désintéresser des questions qui y seront discutées et qui ont trait aux maladies tropicales, notamment à la « Bilharziose » et à l' « Amibiase ».

Enfin il est à noter que le Congrès a lieu à l'époque la plus favorable, c'est-à-dire au mois de décembre et qu'on a prévu un séjour dans la Haute-Egypte, où sont accumulées les beautés de la nature et de l'art. Toutes les facilités pour ces excursions ont été accordées : réductions de 25 à 50 p. 100 sur les Compagnies de navigation et de chemins de fer et dans les hôtels. Le voyage se fera donc dans des conditions exceptionnelles.

Pour l'inscription et les renseignements, s'adresser au Consulat d'Egypte, bureau du Tourisme, 7, rue La Pérouse.

LXIIe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS, A PARIS (avril 1929). — Le LXIIe Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 2 avril 1929, à 2 h. Les journées des mardi 2, mercredi 3, jeudi 4 et vendredi 5 avril seront consacrées aux travaux du Congrès. M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts présidera la séance générale de clôture, le samedi 6 avril, à 2 h.

NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC)

GÉNÉRALITÉS

Le goitre exophtalmique, « syndrome de Basedow » est cliniquement caractérisé par *quatre signes cardinaux* : tachycardie, goitre, exophtalmie, tremblement, autour desquels se groupent, de façon variable, des *troubles accessoires*. On ne saurait définir le syndrome du point de vue pathogénique, mais il semble relever surtout d'un état de *dysthyroïdie* retentissant sur le système *vago-sympathique* et s'accompagnant d'*autres troubles endocriniens* au premier rang desquels se placent les *troubles ovariens*.

Sous le nom général de goitre exophtalmique, on groupe des syndromes d'aspects variés, parmi lesquels il faut, schématiquement, distinguer surtout :

Le *goitre exophtalmique vrai, évident*.

Les formes *frustes*, si fréquentes, si variées.

Le *goitre basedowifié*.

Le *métabolisme basal, augmenté* dans cette affection, sera toujours d'un grand intérêt, soit *diagnostique*, soit de *surveillance* au cours du *traitement*. Celui-ci devra s'appliquer à être bien choisi pour chaque cas, car il varie suivant l'aspect clinique, la prédominance de tel ou tel symptôme.

CLINIQUE

Type de description :

Forme typique : goitre exophtalmique vrai, évident, maladie de Basedow.

DÉBUT. — *a*. Il est le plus souvent *progressif*, insidieux. Il s'agit fréquemment d'une jeune fille ou d'une femme qui vient consulter pour des manifestations très variables : palpitations, tremblement, crises de diarrhée, troubles du caractère, augmentation de volume du cou.

b. Parfois, le début est *brusque*, et la malade entre dans la maladie par une *véritable poussée aiguë*.

ETAT. — A la période d'état, le goitre exophtalmique revêt un aspect caractéristique qui permet le diagnostic dès le premier coup d'œil. *Quatre symptômes* sont au premier plan, ce sont :

1. **Le goitre**. — Il n'est pas très volumineux, il est parfois très discret, déformant le cou de façon généralement asymétrique. Il se présente *plutôt comme une hypertrophie de la glande thyroïde* que comme une tumeur proprement dite.

C'est un *goitre vasculaire*, de consistance élastique, demimolle, sans noyaux résistants, donnant à la main qui palpe la sensation d'un *frémissement systolique* avec parfois *thrill* et expansion de la glande. L'auscultation révèle parfois un souffle continu à renforcement systolique, tous ces signes relevant de l'importante vascularisation de la glande.

Signes associés. — Dilatation et turgescence des veines de la région pré et latéro-cervicale.

Rarement : compression trachéale, en cas de goitre plongeant.

Fait important. — Le *volume du goitre varie* et augmente à l'occasion des émotions, de la fatigue, des règles, de la grossesse.

La seule palpation ne permet pas toujours de délimiter le volume du goitre, il faut recourir à la *radioscopie* qui, en positions frontale et oblique antérieure droite, pourra montrer un goitre plongeant.

2. **L'exophtalmie**. — Les globes oculaires sont saillants, les paupières largement ouvertes, le regard est brillant, « tragique », donnant au masque l'expression de la « colère figée ».

Cette exophtalmie, généralement *bilatérale et symétrique*, peut *prédominer d'un côté*. Elle peut être très accusée, allant jusqu'à la luxation de l'œil, ou être discrète, simple éclat du regard, auquel s'associent en tous cas les signes suivants :

a. **Signe de de Graefe**. — Défaut de synergie des mouvements du globe oculaire et de la paupière supérieure.

b. **Signe de Stellwag**. — Occlusion incomplète de l'œil, la pupille se cachant derrière la paupière supérieure.

c. **Signe de Möbius**. — Difficulté de la convergence dans les mouvements rapprochés (par parésie des droits internes).

d. **Signe de Joffroy**. — Absence de contraction du frontal dans les mouvements d'élévation du globe oculaire; parfois simple retard (Sainton).

e. **Secousses nystagmiformes** dans les positions extrêmes du regard.

Tous ces symptômes, dus pour certains auteurs à l'exophtalmie, seraient pour d'autres d'origine sympathique. Il faut y ajouter :

f. **Le signe de Jellinek**. — Pigmentation anormale des paupières, à rapprocher des troubles de la pigmentation que nous verrons plus loin.

Chez certains malades, lorsque l'exophtalmie est intense, on peut observer une conjonctivite et même une kératite, la cornée n'étant plus protégée.

3. **La tachycardie**. — C'est un des signes les *plus importants*, les *plus constants*, les *plus précoces*, et aussi l'un des *troubles les plus résistants* au traitement.

Le pouls est rapide, battant entre 90, 120, 130 et plus. Il est petit, régulier, mais aussi *instable*, *variable*, s'accélérant sous l'influence de l'émotion, la fatigue.

C'est une tachycardie *normotrope*, *sinusale* qui, dans des cas rares, peut faire place à un accès de tachycardie paroxystique.

Signes associés. — Les malades se plaignent de *palpitations, d'angoisse*.

1. DU CÔTÉ DU CŒUR. — On constate un choc systolique violent, et il est fréquent de percevoir des souffles étendus à toute l'aire précordiale ou prédominant à un foyer. Il s'agit de souffles *extracardiaques*, ou de souffles relevant d'une *endocardite rhumatismale* (l'infection ayant pu toucher à la fois le cœur et la thyroïde, comme nous le verrons plus loin).

2. LES VAISSEAUX battent violemment. On constate parfois le signe de Musset, comme dans l'insuffisance aortique.

La *pression artérielle* serait, d'après les auteurs récents, légèrement augmentée.

4. **Le tremblement** est souvent *généralisé* (il suffit, pour le dépister, d'appuyer la main sur le malade pour percevoir une vibration profonde). Il prédomine toujours aux *extrémités*, il est fait de trépidations menues, brèves, très rapides. On le met aisément en évidence aux membres supérieurs (dans l'attitude du *serment*) ou inférieurs (signe de la pédale).

C'est un tremblement mixte, à la fois *spontané* et *intentionnel*. Il est, comme tous les signes de la maladie, exalté par la fatigue, l'émotion.

Tels sont les quatre signes cardinaux du goitre exophtalmique. Dans les formes typiques, ils ne manquent jamais, mais il est de règle de voir l'un ou l'autre prendre le pas. Le goitre peut être discret, l'exophtalmie à peine marquée, simple éclat du regard avec ébauche de de Graefe, de Mœbius, la tachycardie et le tremblement restant, par exemple, très accentués.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

De Paris a Vichy en Pullmann. — Le train de luxe « Londres-Paris-Vichy Pullmann » comporte cette année, entre Paris et Vichy, non seulement des Pullmann de 1re classe, mais aussi des Pullmann de 2e classe.

Départ de Paris P.-L.-M. à 17 h. 27 ; arrivée à Vichy à 22 h. 20.

En sens inverse, départ de Vichy à 9 h. 15 ; arrivée à Paris P.-L.-M. à 14 h. 34.

Pour une place de Pullmann de 1re cl. de Paris à Vichy, le supplément à payer en plus du prix du billet de 1re classe est de 66 fr. 55. Pour une place de Pullman de 2e classe, le supplément en plus du prix du billet de 2e classe est de 49 fr. 35.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 29 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des cavernes pulmonaires. — Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. »

MM. Bourgeois, 16; Patey, 17; Draillard, 16; Patté (André), 22; Eck et Limasset, 20; Mlle Girardeau, 14; MM. Koang, 27; Dreyfus (André), 14; Stérin, 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du clinicat. — Sont proposés :

Clinicat médical, thérapeutique, propédeutique, tuberculose. — MM. Coffin, Thomas, Garcin (Cochin : M. Widal); Bariéty (Beaujon : M. Achard); Destouches (Saint-Antoine : M. Bezançon); Rachet, Lambling (Hôtel-Dieu : M. Carnot); Mayer, Pellissier, Triboulet, Lamy, Julien-Marie (Laennec: M. Léon Bernard); Benda (Charité : M. Sergent).

Clinicat chirurgical et thérapeutique chirurgicale. — Clinicat chirurgical : MM. de Vadder (Cochin : M. Delbet); Delagenière (Hôtel-Dieu : M. Hartmann); Chabrut (Saint-Antoine : M. Lejars); thérapeutique chirurgicale : MM. Ménégaux, Arviset (Vaugirard : M. Duval).

Oto-rhino-laryngologie. — MM. Mélik-Parsadaniantz et Bureau (Lariboisière : M. Sébileau).

Chirurgical infantile. — M. Fèvre (Enfants-Malades : M. Ombrédanne).

Urologie. — M. Dossot (Necker : M. Legueu).

Obstétrique. — M. Suzor, Mlle Bach ; adjointe : Mlle Bardy.

Gynécologie. — MM. Laquerrière, Duval.

Ophtalmologie. — MM. Favory et Blum (Hôtel-Dieu : M. Terrien).

Maladies nerveuses. — MM. Christophe et Schmite (Salpêtrière : M. Guillain).

Maladies mentales. — Mlle Sérin, MM. Morlaas, Mâle et Schiff (Sainte-Anne : M. Claude).

Maladies cutanées et syphilitiques. — MM. Barthélemy, Meyer et Périn (Saint-Louis : M. Gougerot).

Maladies de la première enfance. — MM. Lelong et Brizard (Enfants-Assistés : M. Lereboullet).

Clinicat médical infantile. — M. René Martin, adjoint (Enfants-Malades : M. Nobécourt).

Maladies infectieuses. — MM. Marceron, Chavany, Le Clerc, Georges (Claude-Bernard : M. Teissier).

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE DES P. T. T. — Il est institué auprès du ministère du Commerce et de l'Industrie un Conseil supérieur d'hygiène et d'épidémiologie à l'Administration des P. T. T.

Ce Comité comprend : MM. Paul Strauss, les docteurs Gallet, Emile Roux, Léon Bernard, Guinard, Beaufumé, Percher, Bourgeois, d'Arnaud, et Cailleret.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu :

Pensions. — *Au grade d'officier* : M. le docteur J.-B. Durand.

SOCIÉTÉ DES AMIS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. — La Société des « Amis de l'Internat » dont le président est M. Trélat, maître de Requêtes honoraire au Conseil d'Etat; les vice-présidents : Professeur Pierre Tessier, membre de l'Académie de médecine; M. Philippar, vice-président du Crédit Foncier d'Algérie et de Tunisie; docteur Crouzon, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, a pour but de grouper en liaison avec l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, toutes les sympathies favorables à l'Internat.

Elle a, en outre pour but d'encourager les travaux des internes et anciens internes, de leur prêter assistance, ainsi qu'à leurs familles, de resserrer les liens qui les unissent et d'une façon générale d'entretenir le prestige moral et scientifique du corps de l'Internat.

Depuis la création récente de cette Société, de nombreuses personnalités et groupements médicaux et extramédicaux ont envoyé leurs adhésions ou des dons parfois très importants,

Mais l'œuvre est vaste et tous ceux internes, anciens internes ou qui ont une gratitude quelconque à l'égard de l'Internat et qui n'ont pas encore répondu à l'appel de la Société, sont instamment priés d'envoyer leurs adhésions au trésorier : docteur Jomier.

Compte de chèques postaux, Paris, n° 125518, au nom de la « Société des amis de l'Internat », 3, rue Daru, Paris (VIII°).

Pour la correspondance, s'adresser au docteur Henri Godlewski, secrétaire général, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (XVII°).

Cotisations : membres associés : 50 fr. (Rachat 500 fr.); membres titulaires : 30 fr. (Rachat 300 fr.). [Internes et anciens internes].

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Pour leur vingt-troisième dîner, les « Médecins parisiens de Paris » se sont réunis le 20 octobre 1928, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Charles Richet et la présidence du docteur Duclaux, président annuel.

Etaient présents : M. Bauer, Mlle Berger, MM. Bloch (André), Blondel, Bongrand, Blondin père et fils, Boussi, Boutet, Bourguignon, Cahen, Capette, Chauvelot, Deniker, Deron, Devraigne, Doin, Duclaux, Dufour, Eloy, Fatout, Fège, Galliot, Gérard, Gerson, Giraud, Guébel père et fils, Guillemin, Mlle Hébert, MM. Janin, Jousset, Laurent-Gérard, Leroux, Mlle Lévy, MM. Maduro, Mock, Piot, Prost, professeur Charles Richet, Richet fils, Rouget, Schaeffer, Thalheimer, Valentin, Veil (Prosper), Viguerie.

Au cours de ce dîner, fut remis à M. le professeur Charles Richet l'exemplaire n° 1 (sur Japon) de l'édition de luxe de son livre de fables *Pour les grands et pour les petits*, magnifiquement illustré par Raphaël Drouart. Nul doute que les bibliophiles ne recherchent les exemplaires de cette édition publiée sous les auspices des « Médecins parisiens de Paris » et par les soins du docteur Doin, membre de cette Amicale.

Pour remercier, M. le professeur Richet récita une fable inédite « La carpe et l'hirondelle », et ses nombreux auditeurs purent goûter une fois de plus le délicat talent de poète d'un maître qui excelle dans tant de domaines si variés.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général : docteur Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (VIII°).

V° VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL SUR LA CÔTE D'AZUR (27 décembre 1928-7 janvier 1929). — Comme tous les ans, la Société médicale du littoral méditerranéen organise un voyage médical sur la côte d'Azur. L'itinéraire comprend Marseille, Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Nice et les Alpes. Une excursion facultative en Corse aura lieu au 5 janvier 1929.

Les traditions de large hospitalité de la Société médicale du littoral facilitent singulièrement ce voyage dont le programme est particulièrement attrayant.

Le voyage est ouvert aux médecins et à leurs familles et aux étudiants en médecine.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser, le plus tôt possible, au président de la Société médicale du littoral méditerranéen, le docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 28° décade (1er-10 octobre 1928), 1.126 décès totaux, dont 939 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 983 pendant la décade précédente et de 1.025, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 187 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 939 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 66; il s'élevait à 42 pendant la décade précédente (moyenne 39).

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 55, au lieu de 44 pendant la décade précédente (moyenne 62).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eymery, sénateur de la Dordogne; G. Ledermann (de Sèvres); Marcel Lignières (de Buenos-Aires), frère du professeur Joseph Lignières. M. M. Lignières s'était fait connaître par ses travaux de bactériologie, et notamment ses recherches sur la fièvre aphteuse et son traitement.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prochaines leçons inaugurales.* — Le 8 novembre à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le professeur Gougerot fera sa leçon d'ouverture.

Le 12 novembre dans la matinée à l'hôpital Laennec, M. le professeur Léon Bernard inaugurera son cours de clinique de la tuberculose.

Le 13 novembre à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Tanon fera sa leçon d'ouverture.

Le 19 novembre à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le professeur Lereboullet fera sa leçon d'ouverture.

— CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. le professeur Nobécourt commencera le cours de Clinique médicale des Enfants le lundi 5 novembre 1928, à 9 h.

Des cours de revision de médecine et de Clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1929.

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur Lejars commencera son cours de Clinique chirurgicale le mardi 6 novembre 1928, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 1/2.

— CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le professeur G. Roussy commencera son cours le mercredi 7 novembre, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure, pendant les semestres d'hiver et d'été.

M. le docteur Ch. Oberling, agrégé, commencera ses conférences le vendredi 9 novembre, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure, pendant le semestre d'hiver.

Objet du cours : Anatomie pathologique générale; les troubles d'ordre dégénératif et d'ordre circulatoire; les processus inflammatoires et néoplasiques; le cancer.

Le cours s'adresse essentiellement aux étudiants de troisième année; il est complété par l'enseignement fait aux travaux pratiques.

REVUE GÉNÉRALE

LA STÉNOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE CHEZ LE NOURRISSON

Par L. MARCHAND,

Chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Montpellier.

Historique. — C'est à Hézékiah Beardsley, de New-Aawen, en 1788, qu'Alary, dans sa thèse (1921), fait remonter la première description des lésions constituant la sténose hypertrophique du pylore. Hirschprung, qui lui donna son nom, la décrivit en 1887 à la suite de deux autopsies.

Depuis cette date, les observations se sont multipliées au point qu'il serait vain de les dénombrer de façon absolument rigoureuse.

Nous désirons appeler d'emblée l'attention sur quelques noms qui dominent par leur fréquence et par le nombre, par la compétence des publications auxquelles ils sont attachés, la littérature médico-chirurgicale.

En France, depuis 1907, Fredet a poursuivi l'étude de cette affection du nourrisson, lui appliquant dès le début le bénéfice de l'acte chirurgical. Ses collaborateurs Guillemot, Farrett, Tixier l'aidèrent dans cette tâche qui devait trouver son couronnement dans la plus belle revue d'ensemble ayant paru sur la question : la thèse d'Alary, plus haut citée.

En 1926, pour ne parler que des travaux les plus récents, une discussion animée se produisit sur le terrain des indications et de la technique à la Société de chirurgie entre Veau et Fredet.

Enfin *en 1927*, Fredet précisa sa technique en un article superbement illustré où son intervention, *la pylorotomie extra-muqueuse*, est exposée dans tous ses détails, nous voulons dire, dans toute sa simplicité.

En France toujours, et à une époque sensiblement antérieure, puisque la première publication remonte à 1901, Weil et Péhu, de Lyon, décrivent ici-même « Les sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson ».

Depuis cette époque, les communications de ces auteurs sont nombreuses. Elles ont pour caractère général de placer l'affection sur un terrain à peu près uniquement médical.

Une thèse de Lyon, celle de Pinel (1921), a précisé les opinions de Weill et de Péhu en matière de pathogénie. En ce qui concerne l'exposé pathogénique elle est la meilleure mise au point. Sa documentation est complète,

A l'étranger, la contribution la plus importante nous vient des auteurs anglo-saxons dans les pays desquels l'affection est particulièrement fréquente.

Aux Etats-Unis, nous pouvons glaner quelques noms parmi lesquels celui de Downes revient le plus souvent à côté de celui de Strauss, auteur d'une théorie pathogénique curieuse dans laquelle le spasme pylorique joue un rôle tout à fait important.

En Allemagne, Ramsted, en 1913, publie un procédé de pylorotomie et à sa suite de nombreux auteurs l'appliquent en le désignant seulement du nom de cet auteur, qu'ils condescendent parfois à associer à celui de Fredet. Il nous paraît utile de préciser que Fredet employait son procédé pour la première fois en 1907.

En Angleterre, c'est le nom de Tyrrel Gray qu'il faut retenir, car c'est à lui qu'est due la plus importante statistique de pylorotomies pour sténose hypertrophique du pylore dans ce pays jusqu'en 1921 (1).

A côté de ces chirurgiens ou pédiatres, rares sont ceux qui ont publié des travaux d'ensemble sur cette question.

Au contraire, une foule de travaux surtout d'ordre thérapeutique, mais aussi d'ordre pathogénique et clinique, ont paru à peu près dans toutes les langues. Nous dirons un mot des plus importants au fur et à mesure de l'étude analytique que nous allons entreprendre.

Nous envisagerons successivement :

1° L'anatomie pathologique;
2° La pathogénie et la physiologie pathologique;
3° L'étiologie;
4° L'étude clinique;
5° Le diagnostic;
6° La thérapeutique,

de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

Définition. — L'étiologie et la pathogénie de cette affection étant, à l'heure actuelle, choses soumises à diverses théories, force nous est de donner une définition réalisant seulement une synthèse anatomo-clinique :

« La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson est une affection essentiellement constituée, par une *tumeur pylorique, formée par une augmentation du nombre des fibres musculaires constituant le sphincter pylorique et déterminant un rétrécissement du tube muqueux*; elle se manifeste par une *impossibilité tantôt absolue, tantôt incomplète pour le nourrisson de s'alimenter, du fait du rejet des liquides ingérés, sous forme de vomissement explosif; enfin son évolution spontanée est rapidement mortelle au moins dans la forme aiguë.* »

Telles sont les données sur lesquelles on se met d'accord. Nous parlons évidemment de ceux qui ne refusent pas à cette affection sa place en nosologie et ne l'assimilent pas d'une façon complète à la *maladie des vomissements habituels* de Marfan ou à la forme pylorique de la *maladie spasmodique de Lesage*.

I. Anatomie pathologique. — La tumeur pylorique. — *a*. LES COUCHES MUSCULAIRES. — Le phénomène essentiel aux yeux de Fredet et de la plupart des auteurs étrangers est « l'hypertrophie des deux couches musculaires du pylore, de la circulaire en particulier, ce qui transforme l'organe en une véritable tumeur, ayant habituellement la forme d'une olive et présentant une rigidité et une dureté tout à fait remarquables. »

Alary rappelle que Still, un des auteurs ayant, en

(1) Le lecteur trouvera à la fin de l'article un index bibliographique complétant ces données.

Angleterre, étudié la sténose hypertrophique du pylore à la fin du siècle dernier, ayant mesuré l'épaisseur normale d'un pylore d'enfant de quatre mois l'a trouvée égale à 1mm5 à 2 millimètres, dont 1mm05 à 1mm36 pour la couche musculaire seule.

Cette épaisseur augmente ici jusqu'à 0cm5 en moyenne pour la couche musculaire seule d'après ces auteurs, atteignant 7 millimètres d'épaisseur totale en moyenne (soit quatre fois l'épaisseur normale). La longueur du cylindre hypertrophique est de 25 millimètres environ.

On voit par là combien est justifiée la définition anatomique de Fredet, — et le qualificatif de la sténose : *hypertrophique*.

Voyons comment se présente à nous cette bague pylorique. C'est une tumeur ovoïde, dont un « ressaut toujours très net indique l'extrémité duodénale » dont, au contraire l'extrémité gastrique se confond insensiblement avec la région hypertrophiée de l'antre.

Outre les schémas contenus dans les diverses mémoires, il nous paraît que l'exemple le plus démonstratif soit le dessin contenu dans la thèse d'Alary (1), concernant un enfant de quatre-vingt seize jours et qui rend parfaitement compte de cette disposition.

La bague pylorique enserre le tube muqueux dont le calibre est resté normal, mais dont les parois se sont plissées au point de ne laisser entre leurs plis qu'une lumière le plus souvent très faible, mais dont le *volume* de la tumeur ne peut permettre de préjuger (Pfaundler, Ibrahim).

Est-ce là tout? Fredet insiste encore sur la saillie formée par le cylindre musculaire hypertrophique à l'intérieur du duodénum. Il y a là *une sorte de museau de tanche* qui détermine autour de lui des culs-de-sac de la muqueuse duodénale, disposition utile à être connue du chirurgien soucieux de ménager la continuité de cette muqueuse.

Au point de vue histologique, les recherches de Bernheim-Karrer auraient montré qu'en outre de l'augmentation du nombre des cellules musculaires, il y aurait parfois hypertrophie en ce sens que les noyaux et les fibres seraient plus volumineux que normalement.

b. La muqueuse et la sous-muqueuse. — En avril 1927, Fredet avait opéré 25 cas par pylorotomie sans trouver un cas où la muqueuse fût enflammée et par conséquent impossible à cliver sur les autres couches.

En outre, les constatations de Weill et Péhu ont bien montré qu'il pouvait exister dans certains cas, des signes d'inflammation, mais les lésions diffuses ou localisées à la muqueuse gastrique paraissent bien être le résultat d'infections secondaires et en tout cas sont inconstantes.

Bref, dans la grande majorité des cas, *muqueuse et sous-muqueuse sont intactes*. Rappelons que la discussion de la Société de chirurgie de 1926, n'aurait pas vu tant de décidés partisans de la pylorotomie extra-muqueuse de Fredet (Veau, Ombrédanne, Mouchet, Martin, Bréchot) si sa technique n'en était pas facilité par le glissement normal de la muqueuse indemne sur une sous-muqueuse de laxité également normale.

c. La séreuse. — Le péritoine est intact. Ceci résulte des constatations faites par tous et n'est contesté par personne. Il a cependant été trouvé épaissi une fois (Nové-Josserand et Péhu).

L'ensemble de ces lésions existe très précocément. C'est ainsi que les autopsies pratiquées par Simonhson et Grawitz trente-six heures après la naissance, par Bent chez un fœtus de sept mois les montrent déjà constituées. De même des laparotomies de Scudder, de Tixier, de Fredet ont permis de les constater entre le huitième et le quatorzième jour.

B. **L'estomac.** — Il n'est pas douteux que, dans la majeure partie des cas, la musculature gastrique participe à l'*hypertrophie* (Fredet) ou, si on l'admet avec Weill, Péhu, Pinel, à l'*hyperplasie* pylorique.

Cette participation se traduit anatomiquement par une augmentation de l'épaisseur des parois dont l'intensité est variable.

Il est remarquable de constater que les autopsies faites dans les semaines qui suivent le début des accidents montrent une hypertrophie notable qui peut même, comme dans le cas de Weill et Challier, être généralisée à tout l'organe et transformer ce dernier en un tube rigide aux parois épaissies, donnant un peu l'aspect de la *linite plastique*.

Néanmoins, on ne gagne rien à embrouiller les faits et la majorité de ceux-ci montrent l'hypertrophie gastrique siéger uniquement ou à peu près sur l'antre pylorique au niveau de la grande courbure (Fredet).

Quant à la muqueuse gastrique, elle est normale et vraiment on peut se demander si les taches ecchymotiques relevées par Pinel ne sont pas le résultat de phénomènes postmortem. Au voisinage du pylore sténosé, la muqueuse se plisse en collerette et parfois cette disposition se prolonge au niveau de l'antre si l'hypertrophie de la musculeuse gastrique s'accompagne de rétraction.

La sous-muqueuse, la séreuse sont indemnes.

C. **Le duodénum.** — *Le duodénum est intact*. — La musculeuse duodénale, en particulier, a son épaisseur normale.

II. **Physiologie pathologique et pathogénie.** — Alors que tout le monde est d'accord sur l'ensemble des lésions et que la plupart s'entendent sur la dénomination de sténose hypertrophique du pylore ; il en est un certain nombre qui lui refusent la qualité de congénitale.

Mais pour comprendre la diversité des opinions il faut connaître un facteur important qui se surajoute à l'hypertrophie du sphincter : le spasme.

Ce spasme, qui peut produire *à lui seul* des accidents très comparables à ceux de l'hypertrophie, joue un rôle important dans l'évolution anatomo-clinique de certaines sténoses dites chroniques, dont il permet de comprendre les phases de rémis-

(1) Ce dessin a été également reproduit avec plus de netteté par Fredet dans le Livre jubilaire du professeur Forgue.

sion ou d'aggravation, et lui seul peut expliquer l'*intervalle libre* que la clinique connaît bien dans les formes aiguës. De là à prétendre que ce spasme est le premier en date et la cause de l'hypertrophie il n'y a qu'un pas qui fut franchi par les partisans de la théorie dite du spasme hypertrophiant.

A. **Théorie du spasme hypertrophiant.** — Cette théorie fait de la maladie de Hirschprung une affection d'origine purement fonctionnelle.

Strauss en Amérique, Thomson en Angleterre, Heubner, Wernstedt en Allemagne, Hutinel en France la soutinrent; ce dernier le fit en ces termes : « Chez certains enfants le spasme pylorique apparaît de très bonne heure et *aboutit* à un anneau musculaire d'autant plus considérable que le spasme a été plus précoce. En somme, l'augmentation d'épaisseur de la musculature pylorique *peut être* non pas congénitale mais acquise, résultant du spasme habituel de telle sorte que l'histoire de l'hypertrophie se confond avec celle du spasme. »

Thomson, pour expliquer les hypertrophies constatées très précocement, invoque le spasme fœtal débutant à la fin de la vie intra-utérine.

B. **Théorie de l'hyperplasie de nature inflammatoire.** — Les auteurs précédents faisaient de la sténose hypertrophique du pylore une affection acquise du fait d'un spasme auquel on ne pouvait nier la qualité de congénitale, au moins dans certains cas (Thomson).

Weill et Péhu, au Congrès de Budapest de 1909, soutinrent au contraire l'origine purement acquise de nature inflammatoire. Il s'agit pour ces auteurs, et en général pour ceux de l'Ecole lyonnaise, d'une « *gastrite pariétale totale,* atteignant avec prédominance la région pylorique » (Pinel).

Ils s'appuient sur les constatations faites dans les laboratoires d'anatomie pathologique de Lyon, dont nous avons indiqué plus haut les résultats.

C. **La théorie de la malformation congénitale.** — C'est celle d'Hirschprung, celle qui est à peu près unanimement acceptée par l'Ecole parisienne. Voici la conclusion donnée dans son Précis par Ombrédanne : « L'hyperplasie musculaire est d'origine congénitale »; mais c'est surtout à l'impulsion donnée par Fredet que l'on doit de voir Marfan, Mouchet, etc., la soutenir.

Les arguments invoqués sont les suivants (v. thèses Alary, Pinel) :

a. Début souvent précoce de la maladie dès les premiers jours après la naissance;

b. Persistance de la tumeur chez les sujets guéris ou présence de celle-ci chez l'adolescent et chez l'adulte;

c. Coexistence, sur le même sujet, de malformations indubitablement congénitales;

d. Caractère parfois familial de l'affection;

e. Constatation d'inclusions fœtales dans les couches musculaires hypertrophiées.

Parallèle entre les différentes théories précédemment exposées. — Nous avons donné avec chaque théorie les arguments en sa faveur donnés par ceux qui la soutiennent.

Il reste à passer en revue les objections faites à ces mêmes théories. Cette partie de la question, fort bien traitée par Pinel mais avec quelque parti-pris pour les vues adoptées par l'Ecole lyonnaise, a été un peu négligée dans la thèse d'Alary.

Le *spasme hypertrophiant* est, pour Alary, une « pure vue de l'esprit ». Il est rejeté également par toute une série de chercheurs (Reiche, Simon, Liefmann, Hutchison) qui détruisent les hypothèses mises en jeu pour expliquer l'origine du spasme, dont les unes prennent notoirement l'effet pour la cause (hyperacidité gastrique, rétention des corps gras, etc.) et dont les autres ne sont nullement confirmées par les statistiques (hérédité névropathique) ni par les observations (spasme fœtal par déglutition du liquide amniotique).

Il faut avouer cependant que quelques arguments plaident encore en sa faveur, c'est surtout le fait constaté de la suppression du spasme après section du sphincter pylorique, et la *disparition de la tumeur pylorique* lorsque sa simple section extra-muqueuse (opération de Fredet, Ramsted) a fait cesser le spasme.

Cette constatation faite par Martha Wollstein (de New-York) sur 23 sujets opérés depuis un délai variant entre vingt-quatre heures et deux ans, détruit en particulier le gros argument de Pinel et de Weill :

« Ainsi, dans tous les cas, excepté ceux de Rasouhoff et de Downes, l'examen anatomique pratiqué quelque temps après guérison opératoire ou médicale, a montré la *persistance de la tumeur pylorique.* »

Il nous paraît que cet ensemble de 23 cas est particulièrement important; il a été étudié à la clinique de Downes, dont nous avons dit la compétence en la matière, sur des enfants chez lesquels l'opération remontait à un temps variable et qui représentent comme une étude sériée de la cicatrisation postopératoire après l'intervention de Fredet.

C'est en tout cas une très grosse objection à la *théorie de l'hyperplasie de nature inflammatoire.*

Une autre objection est le grand nombre de cas où le microscope n'a montré aucun signe d'inflammation, objection à laquelle Weill a tenté de répondre dans la thèse de Gardère (1910).

Nous ne pouvons, ici, entrer dans le détail.

La *théorie de la malformation congénitale* est susceptible de quelques objections.

Ces objections ont été surtout formulées vis-à-vis de ceux (Wernstedt en a fait une revue très attentive en 1909) qui ont cherché à expliquer la malformation.

C'est ainsi que Flynn et Murray y voient le retour atavique à la forme de l'estomac de certains animaux : édentés et crustacés. Comme le fait remarquer Pinel, les intermédiaires manquent vraiment trop entre les races inférieures et l'homme.

L'anomalie par arrêt de développement et persistance d'un stade fœtal soutenue par Ibrahim et Frolich est contestée par Wernstedt et Cunningham et Pinel (12 prématurés autopsiés).

Les prétendues preuves de congénitalité : *inclusion de tissu pancréatique* sont réfutées par Wernstedt, par Fredet et Guillemot.

En résumé, la pathogénie de la sténose hypertrophique du pylore est fort complexe et sa physiologie pathologique également.

Un point seul est certain, c'est la dépendance étroite de deux facteurs : l'hypertrophie d'un tissu musculaire sphinctérien et un spasme aggravant cet élément anatomique.

III. **Étiologie.** — *A. La cause première* est le fait d'hypothèses que nous avons successivement passées en revue au paragraphe précédent.

L'*hérédo-syphilis* a été incriminée par Gaujoux et Bousquet (*Th. de Montpellier*, 1909). Mais si on peut retrouver dans une observation de Fredet la syphilis dans les antécédents héréditaires, l'observation de Gaujoux reste la seule où cette hérédo-syphilis se soit manifestée de façon indubitable.

Aucun auteur ne conclut de façon ferme.

B. **Les causes prédisposantes.** — Ici quelques facteurs sont certains pour tous.

Race. — Les races américaine et anglo-saxonne sont les plus fréquemment atteintes. Downes a pu en rapporter une statistique de 217 cas en 1920, à la même date Pinel en France n'en trouvait que 39, dont 12 pour Fredet. Toujours à la même date : 1920, on n'en comptait qu'une vingtaine en Italie.

Au contraire en Angleterre et en Allemagne, les chiffres se rapprochaient sensiblement des américains : 100, pour la statistique de Thomson, 60, pour la période de 1910 à 1918, ayant été opérés en Allemagne (Füchs).

Peut-être la grandeur de l'écart doit-elle être en partie comblée par ce fait qu'on ne pense pas assez à cette affection dans nos pays; c'est du moins ce que pensait Holt (1917).

A l'appui de cette assertion est la constatation de Hutchinson d'après laquelle les fils de médecins seraient plus fréquemment atteints.

Sexe. — 85 p. 100 des cas se rencontrent chez le garçon (Holt).

Fredet compte cinq garçons pour une fille.

Cette notion est courante, on la retrouve dans tous les écrits.

Conditions individuelles. — Les premiers-nés seraient plus particulièrement atteints.

Le nourrissage au sein est de règle.

L'état général est floride en règle générale quand débutent les accidents.

C. **Causes déterminantes.** — C'est un *changement de régime* qui est invoqué dans un certain nombre d'observations, et en tout cas il semble bien que les causes prédisposantes et la lésion elle-même soient incapables d'expliquer le mode de début, l'évolution de certaines sténoses hypertrophiques, et qu'il faille faire intervenir d'autres facteurs capables de compléter la sténose à un moment donné. En particulier tout ce qui pourra provoquer le spasme ou un gonflement de la muqueuse gastrique.

Alary émet une analogie, comparant « l'occlusion brusque dans la sténose hypertrophique du pylore, à la rétention aiguë chez les prostatiques, survenant sous l'influence d'une cause congestive occasionnelle. »

IV. **Étude clinique.** — L'étude clinique de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson représente la partie stable de la question, celle sur laquelle on s'entend bien. Il est vrai que le tableau clinique toujours le même change parfois d'étiquette.

Peut-être y a-t-il des cas de transition et peut-être les deux facteurs : *spasme* et *hypertrophie* sont-ils susceptibles de se combiner de façon variable, au point que la *maladie spasmodique de Lesage* constitue une extrémité de la série et la *sténose complète* par hypertrophie constitue l'autre.

Cela reviendrait à dire que la malformation congénitale, pour ceux qui l'admettent, peut être réduite au minimum, mais existe toujours : c'est ce que Holt prétendait en 1917.

Quoi qu'il en soit le tableau clinique est bien toujours tel qu'on puisse le ranger dans un des deux types, le premier constituant la *forme aiguë précoce*, le second, plus fréquent peut-être, la *forme chronique*.

A. **Forme aiguë précoce.** — Nous serons brefs pour cette forme bien isolée, bien décrite et que l'on peut retrouver dans les Manuels classiques (Ombrédanne).

L'étude détaillée en est faite dans la Thèse d'Alary qui, d'ailleurs sur ce point de la question, échappe, semble-t-il, à la critique.

Le point essentiel qui la caractérise est que : « la sténose est très serrée, et l'imperméabilité du pylore se traduit de bonne heure. »

Un point commun à toutes les sténoses (ou presque toutes) est l'existence d'une période de latence entre le moment où l'enfant naît et celui où débutent les accidents.

Ici cet *intervalle libre* est remarquablement court.

Il existe cependant et constitue :

La phase podromique. — Cette phase est inconstante et peut être absolument latente. Lorsqu'elle se manifeste c'est par un des symptômes suivants :

a. Prolongation de la période d'expulsion du méconium;

b. Arrêt de l'accroissement pondéral.

Cette période correspondant à l'intervalle libre a une durée variable, mais, dans la forme aiguë, n'excédant pas un mois. Le début immédiatement après la naissance a pu être noté. (Cas III d'Alary).

La phase d'état. — Depuis que Bloch de Copenhague lui a décrit deux phases on tend à les conserver, car la radioscopie et les interventions les ont pleinement confirmées.

Première phase. — *a.* La maladie commence par un vomissement qui a les caractères suivants :

1° *Il survient en pleine santé.*

2° *Il est explosif*, c'est-à-dire : « Il se produit *aussitôt après la tétée*, *violemment*, d'un seul jet, aboutissant au *rejet total* du lait ingéré, encore peu ou pas modifié. » (Alary).

3° *Il ne contient jamais de bile.*

A ce sujet, Marfan est formel : « Jamais on ne trouve de bile dans les matières vomies; le seul fait d'y constater la présence de celle-ci exclut le diagnostic de rétrécissement pylorique. »

Par contre Dubourg et Lasserre (1923) ont constaté, — dans deux observations anatomiquement contrôlées, — la présence de bile par la réaction de Gmelin.

4° Le quatrième caractère absolument propre à la première phase de la forme aiguë est la *grande fréquence* et *le peu d'abondance* des vomissements; la fréquence est celle des tétées, l'abondance est celle aussi de la tétée qui précède le vomissement.

b. La rareté des selles est un symptôme de grosse importance et constamment observé. « Le nourrisson a peu de selles non parce qu'il les garde, mais parce qu'il n'a rien à rendre » (Alary).

c. Dans les jours qui suivent, une modification des selles se fait par *réapparition de leur caractère méconial.* Cette réapparition n'est pas absolument constante, mais très fréquente. Fredet lui accorde une importance de premier ordre « le seul pathognomonique d'un obstacle siégeant au-dessus de l'abouchement des voies biliaires dans le duodénum. »

d. Toujours dans les mêmes délais, soit une semaine environ après le premier vomissement et bien souvent moins, la diurèse se ralentit. Ce phénomène est également presque constant.

e. Le poids baisse beaucoup et très vite, de 25 p. 100 environ du poids de l'enfant au début des accidents.

f. Les *signes locaux* sont variables à cette phase où l'on peut observer la *tension intermittente de l'épigastre* de Bouveret, mais rarement. La *tumeur pylorique*, signe caractéristique quand il est net, ne se perçoit pas souvent (Fredet).

g. Par contre les *signes radiologiques* sont extrêmement nets. Après absorption de lait baryté on constate une réplétion de l'estomac, qui est de *volume normal*, parfois restreint, puis des *contractions violentes* agitent le contenu gastrique, mais *rien ne passe* par le pylore; à ce moment on peut observer la brusque fusée par l'œsophage du contenu gastrique; l'estomac *redevient alors inerte* pendant une demi-heure environ.

Nous prions le lecteur de se référer aux radiogrammes particulièrement nets de Fredet (*Journ. de chir.*, 1927, p. 406.)

La deuxième phase succède insensiblement à la première.

Cliniquement, les vomissements s'espacent, deviennent plus abondants en gardant toujours les autres caractères.

De plus les vomissements ne se produisant qu'après deux ou trois tétées, ils contiennent du lait déjà à demi-digéré, d'odeur aigre.

Le vomissement est devenu *vomissement de stase.*

Le *poids reste stationnaire,* « il semble, dit Fredet, que l'enfant a perdu tout ce qu'il pouvait perdre sans mourir, c'est-à-dire 20 à 25 p. 100 de son poids initial ».

L'*enfant se cachectise*, les fontanelles se dépriment, l'émaciation devient extrême, l'hypothermie également. De même, l'oligurie et aussi l'anurie se maintiennent et s'aggravent.

Les *signes objectifs* sont nets à cette phase :

a. Voussure de l'épigastre correspondant à un estomac volumineux et dilaté;

b. Contractions péristaltiques visibles à travers la paroi amaigrie;

c. Constatation de la *stase* par tubage quatre à cinq heures après la dernière tétée.

Par contre, la *tumeur pylorique* est toujours rarement perçue.

Les *signes radiologiques* sont également nets :

L'*estomac est dilaté* avec grosse poche à air; il peut avoir subi dans le décubitus dorsal une *biloculation apparente* due à sa flaccidité et son atonie; les *contractions péristaltiques* de ses parois sont faibles et insuffisantes; la *stase* y est aisément mise en évidence.

Bref, ce syndrome radiologique ne se distingue en rien de ce que nous savons des réactions d'un viscère creux à parois contractiles luttant contre un obstacle, et ayant atteint le stade de fatigue et d'atonie.

C'est ce qui explique la quasi-unanimité des auteurs sur ce point.

L'évolution. — La forme aiguë précoce évolue spontanément vers la mort au bout d'un temps variable, et quel que soit le traitement médical mis en œuvre.

« Quelques semaines », dit Alary, suffisent à amener le dénouement fatal, déterminé par l'*inanition* et par les affections intercurrentes banales chez le nourrisson ainsi diminué dans sa force de résistance.

Les *crises convulsives* sont notées par Weill et Nové-Josserand, Chatelain, Ribadeau-Dumas, etc.

La *tétanie*, signalée par Fredet et Tixier, a été aussi observée par Marfan et Baudoin.

La broncho-pneumonie est fréquemment aussi la complication terminale.

B. **Forme chronique.** — Cette forme, qui correspond aux sténoses moins serrées, permettant juste ce qu'il faut pour vivre, « mais pas assez pour le développement », se manifeste plus tard, a une évolution moins progressive, moins grave.

Elle comprend d'ailleurs la majorité des cas. C'est elle qui a permis à certains de confondre la sténose hypertrophique du pylore avec d'autres affections du nourrisson dans lesquelles le gastrospasme existe aussi.

Précisons, en suivant les indications fournies par Fredet et ses élèves :

1° L'*intervalle libre* atteint et dépasse trois mois après la naissance (cas VI de la thèse Alary);

2° Parmi les *prodromes*, la prolongation de la période d'expulsion du méconium est observée avec quelque fréquence;

3° Le *vomissement* a les mêmes caractères au début que dans la forme précédente, puis, comme dans cette forme, il devient moins fréquent et plus abondant;

4° Les *selles* sont rares, mais le caractère méconial rarement observé;

5° L'*oligurie* est moins marquée que dans la forme aiguë;

6° Le *poids* s'arrête de progresser plutôt qu'il ne baisse gravement et rapidement;

7° L'*amaigrissement*, du fait de cet arrêt et de l'augmentation de la taille, est extrême; l'enfant a l'*aspect athrepsique*;

8° L'*évolution* est susceptible de rémissions vraies pendant lesquelles le poids recommence à augmenter; elle est donc irrégulière et sa gravité dépend du degré de la sténose et du rôle du spasme surajouté.

Le pronostic de gravité variable de la forme chronique a permis de lui distinguer un type à guérison spontanée ou amenée par le traitement médical et un type grave susceptible seulement d'un traitement chirurgical. Le tout est de distinguer l'un de l'autre. Voici ce qu'en dit Mouchet en 1922 :

« Comment savoir les cas qui guérissent médicalement et ceux qui réclament une intervention chirurgicale?

Strauss (de Chicago) donne à ce sujet une règle basée sur l'étude radiologique de l'évacuation gastrique.

Si, quatre heures après un repas bismuthé, 70 à 80 p. 100 du liquide opaque ont franchi le pylore, ce sera là une forme légère susceptible de guérir par un traitement médical.

Si, après les quatre heures, un repas bismuthé stagne presque en totalité dans l'estomac, c'est là une forme grave qui rend nécessaire une prompte intervention chirurgicale. »

Enfin, certains ont pu rechercher les rapports existant entre ce qu'ils appellent la *sténose hypertrophique du pylore chez le vieillard* (Auneau. Th. de Paris, 1922) et la forme chronique de la sténose hypertrophique du nourrisson dans son type le plus léger.

V. **Le diagnostic.** — En ce qui concerne le diagnostic de la sténose hypertrophique du pylore, on est à peu près d'accord pour admettre sa difficulté sur le terrain clinique.

Lorsqu'un enfant vomit avec assez d'insistance pour que ses parents alarmés le fassent examiner, le médecin doit éliminer une série de causes de vomissements.

Ce diagnostic a fait l'objet d'une étude sérieuse par Alary, mais plus encore par Florand qui, dans sa thèse de 1924, inspirée par Marfan passe en revue successivement le *mérycisme*, *la régurgitation œsophagienne*, *l'intolérance alimentaire*, *les vomissements méningés*, *les vomissements rarissimes dus à l'ulcus duodénal*, au *mégaduodénum* et termine en disant :

« Le diagnostic différentiel se limite, en résumé, entre la *maladie des vomissements habituels*, *le rétrécissement congénital du pylore* et *les sténoses duodénales sus-vatériennes* compatibles avec l'existence, si tant est que ces dernières existent ».

Les sténoses sous-vatériennes, objet principal de l'étude de Florand, se caractérisent par la présence de *bile* dans les vomissements.

En réalité, ce symptôme lui-même n'est pas pathognomonique, aussi de nombreux radiologistes ont cherché à fixer l'image particulière de la sténose hypertrophique du pylore.

Barrett et Chauffour d'une part, Lemaire et Colanéri d'autre part, l'ont précisé quelque peu. Ces derniers ont proposé la recherche du « calibre pylorique », calibre diminué dans la sténose vraie, normal dans les pylorospasmes sans lésion organique.

Il resterait enfin comme moyen ultime de diagnostic *le cathétérisme pyloro-duodénal* de Hess. Cela n'a pas été tenté.

Une fois le diagnostic posé, il faut distinguer les deux formes aiguë et chronique et dans chacune d'elles la phase évolutive dans laquelle elle se trouve.

Ce que nous avons dit précédemment nous dispense de nous étendre à ce sujet pour lequel clinique attentive et radiologie seront également nécessaires.

VI. **La thérapeutique.** — **Les formes médicales.** — Le traitement médical relève de deux indications :

1° Faire cesser le spasme;

2° Réhydrater l'enfant.

a. Pour faire cesser le spasme, les pédiastres recommandent divers moyens : *le changement de régime*, *la réduction du volume des prises*, *les lavages d'estomac* (Péhu), l'administration d'*antispasmodiques*. La *belladone* réunit la majorité des suffrages (Weill, Péhu, Fredet, Hamilton, etc., etc.)

b. La réhydratation s'obtient soit par *lavements*, soit plus efficacement par *injections sous-cutanées de sérum*.

Le traitement médical peut se compléter selon Hautefeuille d'un *traitement anti-syphilitique d'épreuve*.

Ce traitement n'a rien de spécial à la sténose et la seule question est de savoir dans quel cas il est seul nécessaire. Nous avons vu plus haut quel moyen Strauss propose pour cela.

En somme, c'est de son échec que se déduisent les indications du traitement opératoire. C'est ce qu'Alary exprime en écrivant : « On fait toujours, au début, un essai méthodique du traitement médical. »

Le traitement chirurgical. — Sur ce sujet, les interventions pratiquées se divisent en deux groupes relevant d'indications distinctes mais ayant un point commun : permettre le transit alimentaire gastro-intestinal.

La première indication est : supprimer l'obstacle, la deuxième qui ne vit en bonne logique que des contre-indications de la première est : contourner l'obstacle.

Cet obstacle est représenté par la lésion anatomique du pylore et le spasme surajouté. C'est dire, et la plupart des auteurs sont de cet avis, que le trai-

tement médical s'adressant au spasme sera mis en œuvre pour préparer et compléter l'acte chirurgical.

L'historique des interventions pratiquées comporte un *jéjunostomie* faite par Cordua en 1893 et suivie de mort, un petit nombre de *discission* ou *divulsion* ou *dilatation forcée du pylore*, « procédé aveugle, dangereux, exposant à la rupture, souvent suivi de récidive (Stiles, Nicoll, Flynn) » (Ochsenius et Weber).

La *pylorectomie* est excessive et inutile.

La *pyloraplastie* comportant, suivant le procédé d'Heinecke-Mikulicz, l'ouverture de la muqueuse pylorique, exécutée un certain nombre de fois, avait en 1908, 55 p. 100 de mortalité, 4 p. 100 de plus que la suivante (Ochsenius et Weber. Statistique sur 136 cas).

La *gastro-entérostomie* a été aussi employée et réussie avec plein succès dans un certain nombre de cas. Fredet lui-même l'a utilisée, mais elle ne vit que des contre-indications rarissimes de l'opération de Fredet : *la pylorotomie extra-muqueuse* (Ramsted l'a pratiquée en 1913 cinq ans après Fredet).

Opération simple, comportant quelques temps opératoires d'une facilité de technique remarquable, basée sur une étude anatomo-pathologique comprenant un grand nombre de cas, corroborée par les plus récentes recherches américaines, elle consiste en une *section de la tunique musculaire du pylore dans toute son épaisseur* et *dans toute sa longueur*.

Cette intervention donne, semble-t-il actuellement, les meilleurs résultats. Au point de vue clinique, l'enfant cesse de vomir, recouvre des selles, une diurèse, une température normales. Au point de vue radiologique, le transit gastro-duodénal est rétabli (v. les radios contenues dens l'article de Fredet du mois d'avril 1927).

Les soins post-opératoires ont une grosse importance et en particulier la qualité de l'allaitement. Mais ce qui paraît influer le plus, c'est le moment auquel on intervient.

La première phase (Bloch) est celle qui donne les meilleurs résultats.

Les suites éloignées sont excellentes.

Tous ces arguments font préférer la pylorotomie extra-muqueuse à la gastro-entérostomie. C'est ce qui résulte en particulier de la discussion de Veau et Fredet à la Société nationale de chirurgie en 1926.

Quant à *la gravité de la pylorotomie*, elle paraît extrêmement réduite dans la première phase et comporte simplement les aléas de toute intervention si minime soit-elle chez le nourrisson (Ombrédanne).

*
* *

Actuellement, la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson est une entité morbide de moins en moins contestée, répondant à des lésions anatomo-pathologiques bien établies, se manifestant par une clinique très caractéristique, et susceptible d'être enrayée, pourvu que le diagnostic soit précoce, par la pylorotomie extra-muqueuse de Fredet.

Par contre, son étiologie et sa pathogénie sont encore le fait de discussions dans lesquelles aucun argument majeur n'a été fourni jusqu'à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE

En raison de l'ampleur de cette bibliographie, nous prions le lecteur de se rapporter jusqu'en 1924 aux sources suivantes :

FREDET et GUILLEMOT. La sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez les nourrissons, *Congrès nat. périodique de gyn., d'obst. et de péd.*, 6e session, Toulouse 1910, rapport de 1910, *Mémoires et discussions*, Toulouse 1912, p. 242 à 323.

BABONNEIX. Sténose du pylore chez un hérédo-syphilitique, *Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1913, n° 141.

ALARY. La sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez les nourrissons, *Th. de Paris*, 1921, n° 470.

PINEL. La maladie pylorique du nourrisson, *Th. de Lyon*, 1921, n° 226.

FLORAND. Sténoses et atrésies du duodénum dans la première enfance, *Th. de Paris*, 1924, n° 299.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DEPUIS 1924

ARENA. Sténose hypertrophique du pylore avec extrême gastrectasie et gastroptose, *Riforma med.*, 29 nov. 1926, t. XLII, p. 1129-1130.

AVIRAGNET et OMBRÉDANNE. La sténose organique du pylore chez le nourrisson, *Semaine des hôpit.*, 1926, t. III, p. 337-346.

BARLING. Sténose congénitale du pylore; résultats de l'opération de Ramstedt, *Lancet*, 1927, t. II, p. 492-494.

BUNTS. Rapport d'un cas de sténose hypertrophique du pylore vingt ans après l'opération, *Med. Journ. and Record*, nov. 1927, t. CXVI, p. 624.

FREDET. Sur la thérapeutique de la sténose hypertrophique du pylore (discussion : Ombrédanne), *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1926, p. 1186; — La cure de la sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons par pylorotomie extramuqueuse, *Journ. de chir.*, 1927, p. 385, t. XXIX.

GALLI. Sténose hypertrophique, *Canada Journ. med. and surg.*, sept. 1927, t. LXII, p. 66-79.

GARLAND. Choix du traitement dans la sténose hypertrophique du pylore, *Boston med. and surg. Journ.*, 9 juin 1927, t. CXCVI, p. 951-953.

HAMILTON. Traitement de la sténose congénitale du pylore, *Lancet*, 1926, t. II, p. 510.

HAUTEFEUILLE. Deux cas de sténose pylorique du nourrisson guéris par le traitement médical, *Vie médicale*, 1926, p. 649.

HUNDSDÖRFER. Traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore chez l'enfant, *Münch. med. Woch.*, 7 oct. 1927, t. LXXIV, p. 1697-1700.

HUGHES. Sténose hypertrophique congénitale du pylore, *Practitioner*, London 1926, t. CXVI, p. 351-358.

JELKS. Congenital hypertrophic pyloric stenosis, *Journ. Florida M. A.*, mai 1927, t. XIII, p. 268-270.

LESNÉ. Diagnostic et traitement de la sténose hypertrophique du pylore, *Semaine des hôpit. de Paris*, 15 mai 1927, t. III, p. 249-264.

LESNÉ et COFFIN. Diagnostic et traitement de la sténose hypertrophique du pylore, *Le Nourrisson*, nov. 1926, t. XIV, p. 329-368.

LASCH. Zur Konstitutions pathologie der « angeborenen Pylorusstenose, *Münch. med. Woch.*, 1925, t. LXXII, p. 1155.

LEMAIRE et COLANÉRI. Le signe du « calibre pylorique » dans la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de France*, mai 1925, n° 119, p. 134.

LADD. Congenital hypertrophic pyloric stenosis, *Boston med. and surg. Journ.*, 10 fév. 1927, p. 211-216.

LEWIS. Congenital pyloric stenosis, *Intern. Clin.*, mars 1927, t. I, p. 163-165.

MARTIN. Sténose congénitale du pylore, *Pratique méd. franç.*, août 1927, t. VI, p. 374-380.

MUTEL et RÉMY. Sténose hypertrophique chez les enfants. Un cas. Opération. Guérison, *Le Nourrisson*, janv. 1927, t. XV, p. 18-24.

PÉHU. Sténose hypertrophique du pylore, *La Médecine* (supplément), juin 1927, p. 3-42.

PERRIN. Sténose congénitale du pylore, *Soc. de chir. de Lyon*, 30 avril 1925, in *Lyon chir.*, 1925, p. 708-712.

RAY. La sténose hypertrophique du pylore et le pylorospasme du point de vue du radiologiste, *Atlantic med. Journ.*, Harrisburg 1925-1926, t. XXIX, p. 769.

RIBADEAU-DUMAS et Mlle TISSERAND. Sur un cas de sténose du pylore opéré, *Bull. de la Soc. de péd.*, 1926, t. XXIV, p. 117-120.

SCHLOBE. Sténose hypertrophique du pylore; dangers de son traitement opératoire, *Monat. f. Kind.*, 1926, t. XXXIV, p. 393-397.

SHEPLLER. Congenit. pylor. stenosis; 4 cases, *Atlantic med. Journ.*, t. XXX, p. 282-283.

STEDEN. Pyloromyotomie par la méthode de Payr, *Beit. z. klin. Chir.*, 1926, t. CXXXVIII, p. 391-394.

STRACHHAUER. Congenit. hypertrophic pyloric stenosis; study based on 48 personal cases, *Ann. of surg.*, janv. 1927, t. LXXXV, p. 65-72.

VEAU. Thérapeutique de la sténose hypertrophique du pylore, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 24 nov. 1926 (discussion : FREDET); — Sténose du duodénum chez le nourrisson, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 10 nov. 1926, p. 1031 (discussion : BRÉCHOT, A. MARTIN, A. MOUCHET).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1928)

Protection contre les chocs anaphylactoïdes au moyen de l'hyposulfite de magnésium. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme MALESPINE.

Sur les variations de rétraction thermique montrées par les diverses régions du cartilage d'ossification. — M. A. POLICARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1928)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Pierre Masson éditeur du *Bulletin* et libraire de l'Académie.

Le cancer est-il contagieux? — M. Auguste LUMIÈRE constate, d'une part, que les arguments favorables à la contagion tirés des cancers familiaux, des maisons à cancers, de la flore microbienne des néoplasmes, de la pseudo-contagion des cages, etc., ne résistent pas à un examen analytique approfondi. Aucun d'eux n'est capable d'entraîner la conviction.

La plupart des arguments défavorables à la thèse contagionniste, c'est-à-dire l'absence de germes spécifiques dans les néoplasmes, l'impossibilité de l'inoculation, l'inexistence de la contagion dans les hôpitaux, la facilité de la cancérisa-

tion expérimentale par les agents physiques et chimiques, la relation entre les irritations prolongées et suivies de cicatrisation et la dégénérescence néoplasique, le rapport entre certaines coutumes conduisant à des productions cicatricielles et les tumeurs qui en sont la conséquence, etc., tous ces faits constituent un faisceau, sinon de preuves absolues, tout au moins de présomptions d'une récente valeur à l'encontre de la croyance de la contagion.

En résumé, en faisant les réserves que comporte tout problème scientifique, M. Lumière estime que le cancer n'est pas contagieux.

Pathogénie des spirochétoses ictérogènes. — M. Sanarelli (de Rome) attire l'attention sur la constatation fréquente de microbes, dits de sortie, dans les infections naturelles ou expérimentales produites par des spirochètes. Il a étudié ce phénomène chez les animaux : lapins, cobayes, chiens infectés avec le *Leptospira icteroides* de Noguchi, le *Spir. icterohemorragiae* de Inada et Ido et le *Spir. autumnalis* de Katamura et Hara. Il a trouvé que ces spirochètes peuvent se multiplier et pulluler même pendant plusieurs jours dans l'organisme d'animaux sensibles, mais sans être capables de produire seuls des lésions morbides ou même simplement des faits toxiques. Pour tuer il leur faut le concours des microbes de sortie. A un moment donné, ces derniers microrganismes, favorisés par la disparition de l'action défensive du foie bloqué par les spirochètes, sortent et déclanchent un choc anaphylactique qui est la cause des graves altérations anatomiques et de la mort. Le tableau anatomique des spirochétoses ictérogènes, décrit par les auteurs, ne relève pas de l'action des spirochétides, mais de celle des microbes de sortie qui agissent sur des organes déjà sensibilisés et préparés par les spirochétides eux-mêmes. Le phénomène peut être reproduit expérimentalement.

De l'emploi des vaccinations associées (T. A. B. + anatoxine diphtérique). — M. Chr. Zoeller rappelle les recherches entreprises avec G. Ramon sur les *vaccinations associées*. Elles ont établi l'innocuité et l'efficacité de cette méthode. Il apporte les résultats obtenus dans une institution sur 217 sujets dont l'âge variait entre sept et dix ans. La première injection consistait en un vaccin associé dans lequel l'anatoxine était représentée par une dose d'un demi-centimètre cube, et le vaccin T. A. B. par une dose variable selon l'âge du sujet. Les deux injections suivantes faites à trois semaines d'intervalle étaient d'anatoxine diphtérique pure. Les réactions vaccinales furent rares, bénignes et de courte durée. Tous les sujets vaccinés présentèrent deux mois après la vaccination une réaction de Schick négative.

L'innocuité de cette méthode est subordonnée à un examen médical attentif de chaque sujet. Son efficacité est conditionnée par un écart suffisant entre les injections.

La méthode des vaccinations associées présente l'avantage de simplifier la pratique des vaccinations préventives puisqu'elle permet de faire en trois injections deux immunisations différentes qui faites isolément auraient nécessité quatre ou cinq injections. Elle suscite d'autre part l'apparition d'une immunité qui est dans l'ensemble supérieure à celle de l'anatoxine employée seule.

De la résistance des organismes aux différents modes d'inanition. — MM. Mouriquand et A. Leulier (de Lyon). On n'a peut-être pas suffisamment différencié jusqu'ici les différents modes d'inanition et leur retentissement sur la nutrition des organismes. Cette discrimination est surtout rendue possible par l'étude des hypoalimentations du premier âge et par l'expérimentation.

Chez le nourrisson, l'hypoalimentation au sein est le type de l'inanition pure, l'hypoalimentation au biberon (lait insuffisant, farineux, bouillon de légumes), le type de l'inanition déséquilibrée et carencée. A ration égale, l'organisme jeune résiste bien à la première et est gravement atteint par la seconde qui provoque l'athrepsie.

Les auteurs se sont attachés à reproduire expérimentalement ces deux types d'inanition et à étudier leurs conséquences pondérales et vitales, digestives, hématologiques.

L'inanition équilibrée est supportée pendant cinquante à soixante jours avec une diminution très lente de la courbe pondérale. L'inanition déséquilibrée tue en quinze jours avec une chute pondérale rapide à partir du dixième jour. L'appétit reste conservé et vorace jusqu'à la fin chez les animaux à l'inanition pure et se perd vers le dixième ou douzième jour chez ceux à l'inanition carencée malgré la forte réduction de leur ration. Enfin la chute des hématies est lente chez les premiers et rapide chez les seconds, qui seuls font une baisse de la réserve alcaline. Ces faits expérimentaux éclairent les faits cliniques et démontrent qu'à valeur calorique égale une ration où entre un aliment frais (sans valeur calorique) permet une résistance de durée triple ou quadruple de celle permise par une même ration calorique privée de cet aliment qui protège non seulement contre les dangers de la carence mais aussi contre ceux de l'inanition.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 6 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Lecène et Gougerot. — M. Jouve. Etude du pH gastrique. — M. Rosner. Etude statistique de malariathérapie. — M. Minaud. La morphine en gouttes. — M. Blineau. De l'emploi du Patter-Bucky dans l'examen de l'orbite.

Mercredi 7 novembre. — Jury : MM. Hartmann, président; Gosset, Ménétrier et Lemierre. — M. Milleret. De l'invagination intestinale aiguë de l'adulte. — Mme Chevrel. Recherches sur l'étiologie du mycosis. — M. Pollak. Edgar Poë (un génie toxicomane). — M. Goubert. Etude radiologique des sténoses de l'intestin grêle.

Jeudi 8 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry, Maignon, Moussu, Rathery, Dechambre, Robin et Nicolas. — M. Amiel. Dermodecie et hypodermose des petits ruminants. — M. Dieulouard. L'habrouéniose des équidés au Brésil. — M. Godard. De la strongylose gastro-intestinale du mouton. — M. Lecarpentier. La strongylose broncho-pulmonaire des bovidés. — M. Moutaux. Recherches sur la glycémie.

Vendredi 9 novembre. (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Hartmann, Coquot et Robin. — M. Lahogue. Etude sur le traitement de la hernie ombilicale des poulains.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Rayons ultraviolets, par les docteurs E. et H. Biancani, assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. Un volume in-8 (20×13) de 218 pages, 1928. — Prix : 20 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

Initiation à la biologie. (Collection des initiations), par Désiré Tits, docteur ès-sciences. Un volume in-16, avec 69 illustrations. — Prix : broché, 10 fr. — Paris, Librairie Hachette.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 90. — MERCREDI 7 NOVEMBRE 1928. 101e ANNÉE. MERCREDI 7 NOVEMBRE 1928. — N° 90.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (Franco), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, à Paris, seront vacantes au 1er janvier 1929.

Les docteurs en médecine, comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions, sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, Paris.

— Concours de l'internat. — Séance du 31 octobre. — Questions données : « Phlegmatia alba dolens. Signes et diagnostic. — Perforation de l'ulcère de l'estomac. Signes, diagnostic et traitement. »

MM. Lapiné et Graffin, 25; Klotz, 10; Douvry, 13; Victor, 11; Cuvillier, 20; Bousser, 19; Friedmann, 14; Contiadès, 25; Mlle Devalay, 19.

Erratum. — Séance du 25 octobre. — M. Puymartin a obtenu la note 26 et non la note 20, comme nous l'avons annoncé par erreur.

COMMISSION DES ASSURANCES SOCIALES. — Est nommé membre de la Commission : M. le docteur Georges Bourgeois.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Marius Bonnet (de Romans, Drôme).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Laloy (armée du Rhin), Thibaudeau (de Pérignac), Weitzel (armée du Rhin).

GUERRE. — Service de santé. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Jeandidier, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, est affecté comme président de commission de réforme de la Seine.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Grenier de Cardenal, médecin chef de l'école militaire d'infanterie Saint-Maixent, est affecté à l'hôpital militaire Saint-Nicolas à Bordeaux.

Médecins commandants. — MM. Pierrot, du centre de réforme d'Alger, est affecté à la commission consultative médicale à Paris; Larroque, du 14e d'inf. à Pamiers, est affecté au 16e d'inf. à Issoire; Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Ecole d'application du Service de santé militaire, est affecté à la section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre (direction du Service de santé); Sayer, du 9e cuirassiers, Lyon, désigné pour le 159e d'inf. à Briançon (n'a pas rejoint), est affecté à l'armée française du Rhin.

Médecins capitaines. — MM. Dumas, du 16e escadron du train, Lunel, est affecté à la 16e compagnie autonome du train à Montpellier; Audouy, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon, est affecté à l'hôpital militaire de Toulouse; Brunel, du 18e bat. de chass. alpins, Grasse, est affecté au 159e d'inf. à Briançon; Dhoste, du 144e d'inf. Marennes, est affecté au 3e d'inf., à Hyères; Jeannoël, du 3e d'inf., à Hyères, est affecté aux troupes du Maroc; Tricault, assistant des hôpitaux militaires, direction du Service de santé du 8e corps d'armée, à Bourges, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon, médecin adjoint; Berthod, des troupes du Maroc, est affecté au 8e génie, au Mont-Valérien; Mazeyrie, des troupes du Levant, est affecté au 3e génie, à Versailles; Martin, du 40e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne, est affecté aux troupes du Maroc; Rouanet, du 311e d'art., à Verdun, est affecté à l'armée française du Rhin.

VISITE DE MÉDECINS BRÉSILIENS. — On annonce que trente médecins ont quitté Rio-de-Janeiro pour faire en France un voyage d'études. Ils séjourneront à Paris une quarantaine de jours.

COMITÉ D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DU DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE. — Un concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des cinq circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans la première semaine de décembre.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins vingt-huit ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement de début est fixé à 33.000 fr., susceptible d'augmentation de 1.000 fr. tous les deux ans, jusqu'au maximum de 38.000 fr. Les médecins spécialisés bénéficient, en outre, des frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 fr. Les médecins mariés reçoivent une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 fr., le cas échéant, bénéficient des indemnités familiales.

Dans les candidatures qui se présenteront à ce concours l'une d'elles pourra être retenue en vue d'être soumise à la municipalité de Brest, aux fins de nomination au poste vacant de directeur du Bureau municipal d'hygiène de cette ville, chargé en même temps de la direction médicale du dispensaire de Brest. Le traitement attaché à ces fonctions est sensiblement le même que celui attribué aux médecins spécialisés des dispensaires.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, Quimper.

LE SERVICE DES INFIRMIÈRES DE LA CROIX-ROUGE AUX ARMÉES DANS VINGT-CINQ PAYS DIFFÉRENTS. — Le Comité international de la Croix-Rouge a fait une enquête sur la situation des infirmières au point de vue du grade et de la solde dans les différents pays (1).

Aucun pays n'a encore accordé le grade effectif d'officier aux infirmières. En revanche elles ont souvent une situation officielle et une hiérarchie propre.

La Grande-Bretagne, suivie bientôt des Dominions, a été la première à leur attribuer une situation officielle.

En Allemagne ni grade, ni situation officielle. Il en est de même en Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, Lettonie, Norvège, Siam, Suède, Suisse et Tchéco-Slovaquie.

Aux Etats-Unis le grade relatif a été accordé en 1920. La surintendante du corps des infirmières de l'armée a un grade équivalent à celui de commandant.

En France, ni grade, ni reconnaissance officielle. Les infirmières de la Croix-Rouge, qui ne sont qu'une faible proportion des femmes employées dans les hôpitaux militaires, jouissent des mêmes privilèges que les capitaines et les lieutenants de l'armée au point de vue de la nourriture, du logement et du transport. Il en était de même en Grèce pendant la dernière guerre.

En Italie et au Japon, les infirmières pendant la dernière guerre se virent attribuer des grades relatifs.

La solde des infirmières est variable suivant les pays; elle se rapproche généralement de l'allocation attribuée aux infirmières des hôpitaux civils. Elle a le plus souvent le caractère *d'une indemnité*.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — EMBRYOLOGIE. — M. le professeur Branca commencera une série de leçons d'embryologie le mardi 6 novembre 1928, à 17 h., amphithéâtre Vulpian, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme.

Embryologie générale : Produits sexuels et fécondation. Segmentation. Feuillets blastodermiques. Esquisse du développement général de l'embryon. Les annexes des mammifères.

— PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. SICARD.) — *Semestre d'hiver.* — Première série (novembre-décembre) : M. Sicard, professeur. Pathologie des membres. Intoxications.

M. Baudouin, agrégé. Pathologie de l'appareil respiratoire. Maladies du poumon.

Deuxième série (janvier-février) : M. Chiray, agrégé. Maladies des voies biliaires.

M. Fiessinger, agrégé. Maladies du foie.

M. Sicard commencera ses leçons le lundi 12 novembre 1928, à 18 h., et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

M. Baudouin commencera ses leçons le mardi 13 novembre, à 18 h., et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

HÔPITAL BEAUJON. — ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE D'OPHTALMOLOGIE ET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon, et le docteur Baldenweck, otologiste des hôpitaux, font, depuis le samedi 3 novembre 1928, un enseignement pratique d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, à l'usage des médecins généraux et des étudiants.

Ce cours, gratuit, est organisé de la façon suivante :

Mercredi et samedi, consultation expliquée; 9 h. : ophtalmologie; 10 h. 1/2 : oto-rhino-laryngologie.

Mardi et vendredi : opérations.

Lundi et jeudi, 9 h. : ionisation oculaire; 10 h. : diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Samedi, 14 à 16 h. : rééducation du strabisme à l'école Albert-Rémy.

HÔPITAL D'UROLOGIE ET DE CHIRURGIE URINAIRE [156 *bis*, avenue de Suffren (XVe)]. — Chef du service : M. le docteur F. Cathelin; assistants titulaires : docteurs Boulanger, Grandjean, Brulé et Quenay; assistant chirurgical : docteur Yvon; assistant médical : docteur Siguret; chefs des laboratoires : MM. Beauvy, Detot, Bretonneau et Bouchacourt. — ENSEIGNEMENT COMPLET DE LA CHIRURGIE URINAIRE ET DES TECHNIQUES UROLOGIQUES MODERNES. — Semestre d'hiver à partir du jeudi 8 novembre 1928.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves.

Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales.

Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. — S'adresser tous les matins chez le concierge, 156, avenue de Suffren.

(1) Cf. *Revue intern. de la Croix-Rouge*, oct. 1928, n° 118, p. 919.


BRONCHOSEPTOL
ASEPSIE DES BRONCHES ET DES VOIES RESPIRATOIRES PAR LE
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés Antiseptiques Sédatifs Expectorants

PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE ET ASTHÉNIE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Cette observation de paralysie pseudo-bulbaire, — il vaudrait mieux dire cette observation de pseudo-paralysie bulbaire, et on se demande pour quelles raisons, sans doute d'euphonie ou de concision, certaines expressions parviennent à l'emporter sur d'autres, — cette observation de paralysie pseudo-bulbaire paraît intéressante à présenter à cause de son début par un syndrome asthénique très typique. Il s'agit vraisemblablement ici d'une paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale (démarche à petits pas, rire et pleurer spasmodiques), et non pas d'une paralysie pseudo-bulbaire d'origine basilaire, ni d'une paralysie pseudo-bulbaire d'origine névritique. Le diagnostic neurologique, qui n'est pas notre partie, n'a pas été exactement précisé par le spécialiste qui a examiné cet ex-militaire au Centre de réforme.

* * *

Les auteurs ne signalent pas, semble-t-il, l'asthénie comme marquant le début des paralysies pseudo-bulbaires. Il est remarquable dans notre cas que le syndrome asthénique a précédé d'environ deux ans les troubles de la mastication, de la déglutition et de la parole. De plus l'asthénie paraît avoir été rarement observée dans la paralysie bulbaire progressive, ancienne paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne; cette poli-encéphalite inférieure grave, à évolution généralement rapide, ne s'accompagne du reste d'aucuns signes simplement fonctionnels. Il n'en est pas de même dans les paralysies bulbaires sans lésions anatomiques, dont le type est la paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb; dans ces cas l'asthénie nerveuse, associée à des troubles moteurs organiques, est toutefois difficilement appréciable au point de vue musculaire général (amyosthénie) et au point de vue psychique (anidéation).

Dans les paralysies pseudo-bulbaires d'origine centrale, qui surviennent surtout à la suite de un ou plusieurs ictus (notons qu'il n'en a été signalé aucun chez notre malade), on a dit que l'intelligence était rarement intacte, par conséquent que les « pseudo-bulbaires » étaient plus ou moins affaiblis au point de vue psychique. Il s'agirait ici, cela va de soi, de démence partielle (affaiblissement lacunaire, électif des facultés mentales) et non pas de démence globale (type démence paralytique). Toutefois il est permis de se demander si ce syndrome démentiel des pseudo-bulbaires n'est pas un syndrome asthénique. Le fait de la démence (perte de la mémoire et des idées) s'expliquerait bien sans doute puisque la démence en cause serait une variété de démence organique par lésions circonscrites uniques ou multiples, entraînant un affaiblissement partiel des facultés cérébrales. Mais, tant de fois, l'asthénie associée à un état organique, — l'asthénie qui est un syndrome à la fois musculaire et psychique, — a été prise pour de la démence que nous nous demandons si les auteurs, dans un certain nombre de cas, sinon dans tous, n'ont pas confondu démence et asthénie. On dira peut-être que, chez de tels malades, la question est sans importance : nous ne le pensons pas. La lucidité de l'asthénique reste intacte jusqu'à la fin de sa vie; or il n'en est pas de même dans les démences organiques dites partielles ou lacunaires. La conduite à tenir vis-à-vis de l'asthénique ne doit donc pas être tout à fait la même que la conduite à tenir vis-à-vis du dément qui petit à petit arrive à perdre toute idée. Ce sont là des nuances, mais ce sont des nuances que les familles, au chevet des malades, sont susceptibles d'apprécier si le médecin ne les apprécie pas. Et cela n'est-il pas fâcheux que le scientifique ignore ce que l'âme humaine connaît?

* * *

L'observation qui suit, de paralysie pseudo-bulbaire à début par un syndrome asthénique, nous a intéressé spécialement à cause de la confusion qui a été faite entre un syndrome organique et une névrose ou même une psycho-névrose : l'état psychique, un peu protestataire, du patient n'était en vérité que trop justifié.

Chez ce malade l'asthénie a précédé de longtemps les phénomènes pseudo-bulbaires : l'asthénie est apparue en novembre 1914 et les premiers symptômes bulbaires à la fin de 1916. Dans la paralysie bulbaire asthénique d'Erb, on ne signale pas non plus, croyons-nous, un mode de début par l'asthénie.

L'asthénie chez notre malade, qui est considéré comme un pseudo-bulbaire cérébral, est-elle de même origine que l'asthénie observée dans la paralysie bulbaire asthénique? C'est un problème de physiopathologie que nous ne pouvons actuellement que signaler à l'attention des observateurs.

Enfin chez notre sujet, l'asthénie bien caractérisée (musculaire et mentale) a été précédée de maux d'estomac survenus en décembre 1912. L'analyse psycho-clinique démontrait qu'ils étaient indépendants de l'asthénie nerveuse générale qui ne fut réelle qu'en novembre 1914. Faut-il voir en eux des signes précurseurs de la paralysie pseudo-bulbaire? Cela nous paraît douteux. De même nous estimons devoir attacher peu d'importance à l'incontinence des urines épisodique survenue en novembre 1915. Mais, dans tous ces cas, lorsqu'on le peut, il importe de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien.

La longue durée de cet exemple de paralysie pseudo-bulbaire (1914-1928), sans ictus, sans affaiblissement intellectuel, le rapproche encore de la paralysie bulbaire asthénique; toutefois il n'a pas été observé chez lui de rémissions comme cela arrive dans le syndrome d'Erb.

OBSERVATION. — O... (Paul), quarante et un ans, cultivateur, soldat du n^{me} régiment d'infanterie, est entré à la C. P. B. le 24 décembre 1915.

Antécédents. — Son père est vivant, mais a subi une opération (?) en 1913. Sa mère souffre de rhumatisme chronique; elle a eu six enfants; deux sont décédés, un en bas-âge,

l'autre à trente ans, ce dernier de méningite. Le malade a deux frères et une sœur bien portants. O..., dans son enfance, a contracté la rougeole et la scarlatine. Après son service militaire (il a fait trois ans), il a été affecté de fièvre typhoïde. Il a reçu une instruction primaire. Marié à vingt-neuf ans, sans enfant, il est fermier dans la Charente-Inférieure.

Histoire clinique. — Le soldat O... a été appelé sous les drapeaux le 3 septembre 1914. Jusqu'à cette époque, il avait toujours travaillé régulièrement à la culture; toutefois il souffrait de maux d'estomac depuis décembre 1912. (La cause de ces troubles gastriques est restée inconnue; ils n'entravaient pas l'activité du patient qui, à aucun moment, n'a cessé son métier de cultivateur, et ils n'apparaissent pas comme étant d'origine toxique.) A la caserne, en septembre et octobre 1914, il se porte bien, sauf qu'il est quelque peu gêné par le fonctionnement défectueux de son estomac. Vers le milieu de novembre (1914), il éprouve très manifestement des symptômes d'ordre asthénique ou dépressif; il se sent anéanti, sans force, sans courage. Il lui semble qu'il ne peut plus tenir sur ses jambes. Il perd la mémoire; ses idées sont embrouillées. Il se présente plusieurs fois à la visite et n'est pas reconnu malade. On le dispense de corvées; il passe la plupart de ses journées couché sur la paille. Enfin, le 13 avril 1915, comme il se plaignait spécialement de son estomac, il est versé dans les services auxiliaires pour dyspepsie et renvoyé dans ses foyers. Chez lui, d'avril à septembre 1915, il prend beaucoup de repos, suit un régime et s'améliore. Il constate pourtant qu'il ne récupère presque aucune énergie et qu'il n'a plus la même vigueur qu'autrefois.

Rappelé à son régiment et versé dans le service armé le 15 septembre 1915, il part pour le front le 23 octobre suivant : lors de la visite d'aptitude il a bien accusé des malaises divers, de la faiblesse, des douleurs dans les reins, dans les membres, de l'amnésie, mais on n'a pas tenu compte de ces symptômes mobiles et subjectifs. Inutilisable aux armées, il a été évacué le 1er décembre 1915 pour « rhumatismes chroniques », puis, après examen d'un spécialiste de l'hôpital Saint-Louis, à Nogent-sur-Oise, pour « psycho-névrose ». Le 24 décembre, il arrivait à l'hôpital militaire Baur, à Nantes.

État actuel : 25 décembre 1915. — Le malade apparaît comme un névropathe classique, ou, si l'on veut, à cause de certaines manifestations psychiques, comme un psycho-névropathe. Il n'est porteur d'aucuns signes physiques précis (légère exagération des réflexes patellaires, tremblement de la langue sans tremblement des doigts). La ponction lombaire pour examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas été pratiquée.

Il accuse un syndrome asthénique net avec douleurs diffuses, troubles gastro-intestinaux, sans insomnie.

L'amyosthénie est aussi précise que possible : « Je n'ai pas de force, pas de résistance. Je ne peux plus me traîner. Le lieutenant disait que je voulais tirer au flanc. Ce n'est pas vrai. Comme je ne pouvais pas suivre les autres dans les boyaux, j'avais demandé *à aller à mon pas*. Une fois, par la fatigue (?), j'ai uriné dans mon pantalon. L'officier m'a menacé du Conseil de guerre. J'ai répondu que je voulais bien et qu'on n'avait qu'à me mettre une balle dans la peau. On m'a laissé au cantonnement ; là, pendant vingt-quatre heures, j'ai été comme crevé. Le commandant est venu me voir; je ne pouvais me tenir debout. On m'a mis pendant quinze jours à pousser du bois sous la chaudière, à la cuisine. Je n'en pouvais plus. Je n'étais plus bon à rien : on m'a évacué. » L'anidéation (asthénie psychique) est moins nette que l'amyosthénie. Il dit cependant : « Je ne sais plus ce que je fais. Je commets des oublis. Je ne peux pas écrire à ma femme plus de huit ou dix lignes. »

On note de la céphalée et de la rachialgie par intervalles, des troubles de la vue (des brouillards devant les yeux), de la constipation, des troubles gastriques, des étourdissements, quelquefois avec chute, dit-il (vertiges). Pas de bourdonnements d'oreilles, ni insomnie, ni irritabilité.

La recherche étiologique de ce syndrome asthénique restait obscure (pas de surmenage évident, pas de maladie infectieuse ou toxique récente, pas de commotion cérébrale, pas de choc émotionnel, etc.).

Évolution : 1916-1928. — Le malade a quitté l'hôpital le 1er janvier 1916, après réforme n° 2 pour « neurasthénie de cause indéterminée ».

1919. — Rentré chez lui, il n'a jamais pu travailler. D'après les renseignements fournis par sa femme il a commencé à présenter des troubles de l'articulation des mots, puis des troubles de la mastication et de la déglutition à la fin de 1916, et cela sans ictus. En 1918, elle a réclamé une pension pour son mari et l'a obtenue (octobre 1919). Cette pension, malgré la gravité du cas et l'impotence presque totale du patient, avait été fixée à 60 p. 100. Le diagnostic fut : « Symptômes de paralysie pseudo-bulbaire. »

1921. — La pension de l'ex-soldat O... est portée à 100 p. 100 en octobre 1921. On note : « Paralysie pseudo-bulbaire; troubles parétiques accentués des membres inférieurs; marche traînante — les pieds ne quittant pas le sol — et possible seulement pour quelques pas à l'aide de deux béquilles; réflexes exagérés, surtout à droite; trépidation épileptoïde ; parésie des muscles de la face avec aspect demi-figé ; troubles de la mastication et de la déglutition; troubles de la parole, lente et saccadée; crises de rire et de pleurer spasmodiques; quelques troubles des réservoirs, incontinence. Assez bonne santé générale. »

1926. — Etat stationnaire.

1928. — Aucuns faits spéciaux à signaler. Aggravation progressive, mais très lente, des signes paralytiques. Gâtisme permanent sans tendance encore au marasme. Grand invalide lucide; pas de symptômes d'affaiblissement des facultés mentales.

*
* *

Nous avons voulu rapporter ce cas de paralysie pseudo-bulbaire parce qu'il a été pris au début par plusieurs spécialistes pour une simple névrose ou même pour une psycho-névrose. Le début de la paralysie pseudo-bulbaire par un syndrome asthénique ne paraît pas avoir été signalé. L'asthénie observée chez notre malade ne coexistait au début avec aucuns troubles moteurs. Cette asthénie est-elle de même origine que celle qu'on a constatée dans la paralysie bulbaire asthénique d'Erb? Ce point d'ordre physiopathologique ne peut actuellement être précisé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de physiologie normale et pathologique (en onze volumes), publié sous la direction de G.-H. ROGER, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, doyen de la Faculté; secrétaire général : Léon BINET, professeur agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. Tome III : *Physiologie du foie et de l'appareil urinaire.* Un volume de 756 pages avec 81 figures dans le texte. — Prix : broché, 70 fr.; relié fers spéciaux, 85 fr. — Tome IV : *Les Sécrétions internes.* Un volume de 586 pages avec 125 figures dans le texte. — Prix : broché, 65 fr.; relié fers spéciaux, 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

LES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉPIDÉMIE DE DENGUE EN GRÈCE

La dengue n'est pas une affection de découverte récente. Sans aucun doute elle fut de tous temps endémique en certaines contrées. Mais c'est seulement à la fin du XVIIIe siècle qu'elle paraît dans l'histoire de la médecine (Epidémies du Caire, de Batavia, de l'Inde et de l'Arabie). Depuis lors, la nomenclature des épidémies montre que la fièvre dengue a sévi de façon quasi-continue. Dans des pays extrêmement divers, il est vrai puisqu'en dehors des régions que nous venons de mentionner on la rencontre aux Etats-Unis d'Amérique, aux Antilles, au Sénégal, en Océanie, à Madagascar, en Australie, au Tonkin. Le bassin méditerranéen n'est pas épargné; de temps à autre la dengue fait son apparition en Asie Mineure, en Grèce, en Italie.

Durant la guerre les armées des Dardanelles et de Salonique lui payèrent tribut. De 1923 à 1925 c'est le Sénégal et le Soudan qui sont atteints; en 1927 une épidémie importante sévit à Dakar et en Tunisie; cette année même une formidable épidémie a frappé les pays de la Méditerranée orientale et surtout la Grèce et a fait mesurer dans nos régions jusqu'ici indemnes les conséquences, imprévues parfois, sur l'existence des peuples modernes de ces grandes pandémies que rapportent les historiens et à la réalité et aux effets sociaux desquelles il est difficile d'adapter notre imagination.

Sans doute a-t-on fréquemment confondu autrefois la dengue avec le paludisme et peut-être a-t-elle été plus fréquente encore qu'on estime. Mais il faut aussi tenir compte de la confusion qui tout récemment encore s'établissait dans l'esprit de bien des auteurs entre la dengue et la fièvre à papatacci. La ressemblance est grande et dans certains cas de la présente épidémie des similitudes parfois très grandes ont été notées. Bien des auteurs toutefois pour des raisons cliniques et parasitologiques se refusent à toute assimilation, litige qui sans doute ne tardera plus beaucoup à être tranché.

Epidémiologie. — Les observations faites au cours de la présente épidémie ont plutôt précisé que modifié les notions antérieurement acquises. Dans la zone tropicale, la maladie apparaît, en général, pendant *la saison chaude* et disparaît quand la température se rafraîchit pour *cesser complètement pendant l'hiver*. C'est ainsi qu'à Bamako et aussi à Dakar la dengue avait disparu au mois d'octobre après avoir duré tout l'été.

En Grèce, elle fit une première apparition en 1927 aux mois de septembre et d'octobre dans des conditions climatériques sur lesquelles nous n'avons trouvé aucune indication. En 1928, en revanche, *c'est à Pâques* que se produisent les premiers cas, dans des quartiers atteints lors de la précédente épidémie et qu'avait contaminés une famille arrivant d'Alexandrie. L'*accroissement du nombre des cas fut graduel jusqu'à fin juillet où la dissémination devint tout à coup formidable*. Il semble d'après les rapports jusqu'ici communiqués qu'aucune maison ne fut épargnée par le fléau et l'on évalue la proportion des cas à *80 p. 100 de la population*. Jusqu'au 4 septembre il y a eu 239.000 cas au moins dans la seule ville d'Athènes. On imagine malaisément la profondeur du trouble jeté dans la vie sociale par l'immobilisation simultanée d'un aussi grand nombre de sujets. A partir de la seconde moitié d'août les autres ports de Grèce furent à leur tour contaminés et l'on retrouve ici le *rôle du trafic maritime* dont on avait déjà autrefois reconnu l'importance.

C'est seulement à partir de la dernière semaine d'août que l'épidémie a paru s'atténuer, peut-être du fait de changements climatériques, peut-être, selon certains auteurs, parce qu'un grand nombre de sujets avaient déjà été atteints et que celui des sujets neufs était devenu restreint.

L'épidémie a rejailli un peu en dehors de Grèce et des cas, sporadiques le plus souvent, ont été relevés en Turquie, à Rhodes et dans les îles de la Mer Egée ainsi qu'en Egypte.

Dans cette épidémie comme dans la plupart des précédentes on relève la *rapidité de la dissémination*, la localisation ou la prédominance dans les *zones littorales*, l'influence de *la saison*, celle de *la contiguïté* qui transforme des cas sporadiques en épidémie de quartier qui précède et présage la généralisation.

Etiologie. — Les notions récemment acquises sont venues confirmer ou compléter un certain nombre des notions classiques.

Dans les dernières épidémies comme dans celles d'autrefois, on a reconnu que l'alimentation en eau était sans influence, que les deux sexes étaient atteints de façon comparable et que la maladie pouvait être contractée à tout âge; *toutes les races* peuvent être frappées de façon sensiblement égale (35 indigènes sur 105 cas à Dakar en 1926). Legendre admet toutefois que les Européens sont peut-être plus sensibles que les indigènes et que l'enfant présente une très légère résistance à la contamination. La chose est encore douteuse, le diagnostic pouvant être moins aisément porté ou des malades moins complètement observés dans certains cas.

Les récentes épidémies amènent Legendre à conclure à l'*importance de l'existence* en pays contaminé d'une *colonie européenne* de quelque importance bien que la population indigène joue vraisemblablement le rôle de réservoir de virus. Il est remarquable aussi en ce qui concerne les Européens que les *plus âgés et les plus anciens à la colonie* sont souvent les *plus gravement atteints*.

Dans les récentes épidémies comme dans les plus anciennes on n'a pu mettre en évidence de façon incontestable le rôle de la contagion directe.

Depuis longtemps on a recherché quel était l'agent infectieux. Après avoir pensé, en raison des modifications sanguines à un protozoaire, peut-être parent du piroplasma, on tendait plutôt en ces dernières années à incriminer un virus filtrant comme pour les fièvres éruptives. Le sérum d'un malade demeurait en effet infectant après filtration comme avant.

Lors de l'épidémie de Dakar (1926), en dépit des résultats négatifs jusque-là obtenus, Guillet a entrepris des recherches qui lui ont montré la présence dans le sang d'*un spirochète* dont il réussit l'inoculation à la souris; ce germe présenterait six à huit tours de spires et des extrémités effilées et ne présente aucune tendance à se grouper en chaînettes; il a été trouvé pendant une période d'apyrexie ce qui expliquerait l'insuccès des recherches antérieures. A noter qu'avec l'épidémie de dengue ne coexistait aucun cas de fièvre récurrente pouvant causer une confusion avec le spirille d'Obermeier. Pendant l'épidémie de Syrie on avait de même signalé un spirille dans le sang quelques heures avant le début clinique de la maladie (Couvy). Mais ce spirille avait des caractères différents, de contours très fins il ne présentait que deux ou trois tours de spire et était inoculable au lapin. La spécificité de chacun de ces germes et leurs rapports en systématique demeurent donc encore à élucider. On peut cependant admettre que l'on se trouve en présence de simples différences morphologiques dues aux conditions d'habitat : région géographique et hâte de passage.

La notion d'un *hôte intermédiaire*, si fréquente dans les affections parasitaires est depuis longtemps acceptée; longtemps avant qu'elle fût introduite en pathologie on s'accordait d'ailleurs à incriminer dans la transmission de la dengue le rôle du moustique sans avoir pu encore le prouver. On continue du reste à tout ignorer des modifications que subit le germe quel qu'il soit dans son hôte de passage.

Le *rôle du moustique* pouvait être induit du fait de la saison où éclôt la maladie, de celle où elle cesse, de son domaine géographique et du fait de la pullulation de ces animaux observée dans certains cas. A noter que l'épidémie du Liban est la seule qui ait été constatée au-dessus d'une certaine altitude (1.000-1.200 mètres), ce qui est également en faveur du rôle du moustique.

Le désaccord commence entre les auteurs touchant la variété du moustique.

Le rôle de l'anophèle a été très rapidement reconnu comme nul. On incriminait plutôt le culex fatigans et le phlebotomus. On tend de plus en plus avec Guillet à nier l'importance du culex dans la plupart des épidémies.

Le problème est plus délicat en ce qui concerne le phlébotomus. Doit-on croire qu'il a été incriminé à tort, à la fois à cause des ressemblances cliniques génératrices elles aussi de confusion entre la dengue et la fièvre à papatacci et à cause de sa coexistence, dans le temps et dans l'espace, avec l'*ædes ægypti* (alias stegomyia)? Anderson a en effet constaté à Tunis leur pullulation simultanée lors de l'épidémie. Ce serait à l'heure actuelle une conclusion excessive. Et pourtant bien des auteurs s'accordent actuellement à mettre en cause l'ædes. (Legendre, Perves, Suldey; Schule qui a réussi des essais de transmission expérimentale). Perves incrimine le phlebotome en Orient et le stegomyia en Afrique, Suldey incrimine l'ædes au Tonkin et le phlébotome au Soudan et fait remarquer en même temps qu'à Bamako l'épidémie a exactement coïncidé dans le temps avec la présence de l'ædes.

Peut-être peut-on résoudre cette contradiction en admettant que les deux espèces peuvent suivant les régions être l'agent transmetteur, ou en adoptant les idées de Legendre : pour cet auteur le phlebotome est seul cause de la fièvre à papatacci et *les* stegomyia *seuls* causent la dengue.

Mais il existe *des espèces multiples de stégomyia* : une grande race africano-américaine, celle des pays à amaril, une petite race océano-indienne, aisée à confondre avec le phlébotome. La grande race pourrait transmettre la dengue comme elle transmet la fièvre jaune, l'autre la dengue seule.

Cette conception si l'avenir la confirme aurait le mérite d'expliquer les différences du tableau clinique, les différences morphologiques entre les spirilles des diverses origines et expliquerait pourquoi dans certains cas, et récemment au Sénégal en particulier, la dengue a été l'annonciatrice d'une épidémie de fièvre jaune, alors qu'en l'absence de toute prophylaxie cette succession d'épidémies ne s'est dans certains pays jamais observée.

Etude clinique. — Les récentes épidémies n'ont apporté que des précisions de détails par rapport à ce que l'on savait déjà. *La durée d'incubation* diversement appréciée semble plus longue que ne l'avaient évaluée Ashburn et Croig et après eux Armand-Delille. Les transmissions expérimentales (Schule, Montoussi), l'observation clinique (Sacorrafos) s'accordent pour lui assigner une *durée de huit à dix jours*. Il est assez remarquable que c'est après un laps de temps égal qu'à la suite d'un repas infectant le moustique devient contagieux à son tour. Habituellement silencieuse, cette période a été dans 85 p. 100 environ des cas marquée par des symptômes prémonitoires; *quarante-huit heures avant* le début clinique paraissent quelquefois des *douleurs dans les petites articulations des doigts et des orteils*.

Invasion. — Classiquement elle est brusque et c'est ce qui fut en effet constaté en Indo-Chine et à Bamako.

En Grèce, elle fut dans la grande majorité des cas lente : aux arthralgies se joignirent graduellement le malaise général, la céphalée, l'anorexie, l'état saburral.

État. — On a observé les symptômes classiques : la profonde asthénie neuro-musculaire et psychique, la congestion de la face, la céphalée intense, les algies diverses, l'état saburral avec constipation.

La fièvre, d'intensité moyenne en général, a pu dans *certains cas s'élever très haut*, jusqu'à 42 degrés dans un cas. Les rémissions matinales sont habituellement faibles accompagnées de sueurs profuses; dans quelques cas elles ont pu être complètes, mais ont, chez tous ces malades, été extrêmement brèves.

La rémission du troisième jour paraît avoir existé de façon habituelle imprimant à la courbe thermique *l'ensellure classique*, classiquement suivie de la remontée au point de départ et accompagnée de la

pseudo-guérison traditionnelle. Dans tous les cas la quinine est demeurée sans effet sur la fièvre.

Dans tous les cas aussi *le pouls est demeuré lent* (70 au maximum) lenteur qui s'exagère à la défervescence jusqu'à réaliser les apparences du pouls lent permanent.

Les *douleurs* ont présenté leur caractère de *violence accoutumée* avec parfois des particularités : *douleurs thoraciques* assez intenses pour être *dyspnéisantes;* douleurs à la pression du rachis lombaire ou du tronc de sciatique à type de *douleurs centrales irradiées*, toutes d'une intensité extrême. A signaler l'intensité des douleurs dans des cas presque apyrétiques et leur quasi-absence avec une fièvre violente détruisant le parallélisme habituel de ces deux symptômes.

L'éruption a présenté ses caractères habituels : rash fugace du troisième jour, exanthème durable du sixième toujours polymorphe.

Les troubles nerveux ont parfois atteint une intensité inaccoutumée : myélite avec syndrome de section transverse, paraplégies, paralysies des sphincters, de brève durée en général.

L'albuminurie avec présence de cylindres, de leucocytes et d'hématies et durant quinze à vingt jours sans autre cause que la dengue fut loin d'être rare.

Un des traits saillants de l'épidémie hellénique a été la *fréquence et la gravité des signes hémorragiques*: épistaxis, hémorragies pharyngées, hémoptysies, hématémèses (même en dehors de tout ulcus gastrique), hémorragies intestinales, hématuries, métrorragies; dans quelques cas, l'éruption elle-même a présenté des caractères hémorragiques.

L'évolution semble avoir été, comme durée et symptômes, telle que l'ont décrite les classiques. On n'a pas signalé cette fois les orchites et les ovarites qu'a rencontrées Nicolas, en Nouvelle-Calédonie (1926). Dans 1 cas sur 1.000, on a en revanche observé *des pleurésies purulentes à staphylocoques*, *des ictères* et parfois aussi, chez des tuberculeux en évolution, des *hémoptysies*. La défervescence fut en général graduelle amenant à la *convalescence traînante* compliquée d'asthénie physique et intellectuelle interminables.

De rechute proprement dite comme en a vu Legendre en Afrique, il n'a pas été question; mais ici comme là-bas on a observé des *formes traînantes* sans fièvre ou avec petite fièvre vespérale durant vingt à trente jours avec asthénie, anorexie, *pouls lent* parfois syncopal non sans gravité puisque parfois mortelles.

Pronostic. — Les récents événements empêchent de voir dans la dengue la maladie toujours brève et bénigne que l'on connaissait jusqu'ici.

L'étendue de l'épidémie comporte pour l'individu une aggravation du pronostic; l'épidémie comporte plus de formes sévères après une certaine durée. Il ne conviendrait pas non plus de négliger l'importance du trouble qui résulte de l'extension de la dengue pour des collectivités importantes. C'est surtout du reste pour des sujets âgé ou organiquement tarés que la dengue s'est montrée grave.

Les décès semblent avoir été en Grèce moins exceptionnels qu'on n'avait coutume de les voir. Si le taux de la mortalité est malaisé à préciser il n'en reste pas moins que Montoussi signale pour la seule ville d'Athènes 1.000 décès. Les statistiques officielles en ont dénombré 413 pendant le seul mois d'août.

Un autre élément de gravité de la dengue considérée dans ses symptômes est le réveil des autres affections avec le décours desquelles elle se trouve coïncider, l'accélération évolutive des maladies chroniques connues ou non, l'aggravation de toutes les tares préexistantes, l'avortement en cas de grossesse. La durée de l'asthénie qui persiste après guérison est à elle seule une chose grave.

Diagnostic. — Il ne tarde pas à être aisé en cours d'épidémie.

Dans des cas isolés ou au début de l'épidémie, il peut être malaisé d'éviter la confusion avec le paludisme à forme tropicale (la résistance à la quinine et la négativité de l'examen hématologique sont insuffisants en eux-mêmes) avec la fièvre typhoïde et les paratyphoïdes, la fièvre méditerranéenne où l'évolution tranche bientôt les doutes, avec la grippe, avec la fièvre jaune surtout. Il est des cas, chez les noirs ou avec des formes frustes où le diagnostic peut être à peu près impossible.

Doit-on chercher à distinguer la dengue de la fièvre à papatacci? La chose devient de moins en moins douteuse; la durée moins longue (trois jours) peut y aider. Mais la difficulté peut venir de la coexistence parfois observée d'épidémie de dengue et de fièvre à papatacci; dans certaines localités (îles Ioniennes) la dengue vraie de la présente épidémie a présenté bien des analogies avec une affection que les auteurs ne séparaient pas d'elle jusqu'ici.

Il semble toutefois que la distinction s'impose. Si la dengue d'Extrême-Orient n'immunise en général pas contre la maladie africaine, on a observé, aussi bien pendant les épidémies africaines récentes que tout récemment en Grèce, qu'une atteinte antérieure protégeait contre toute nouvelle contamination alors que la fièvre à papatacci n'avait aucun pouvoir immunisant.

Traitement. — Il ne comprend guère qu'un chapitre nouveau encore très bref. Se fondant sur le rôle pathogène attribué au spirille quelques auteurs ont employé les arsenicaux, l'*acétylarsan* en particulier. C'est une expérience encore brève et dont les résultats ne sont pas encore hors de conteste ; Guillet néanmoins aurait obtenu des guérisons.

Quant aux notions récentes d'épidémiologie, elles montrent l'inutilité de consigner les navires au départ des ports contaminés dans la plupart des cas. Le séjour en lazaret, toutes les mesures surtout qui sont propres à neutraliser la présence des moustiques et à en empêcher la reproduction sont comme dans le cas de la fièvre jaune les plus importantes et les plus fructueuses.

R. LEVENT.

[Au moment de mettre sous presse nous recevons le numéro d'octobre 1928 de l'*Algérie médicale* qui contient un important travail d'ensemble sur la Dengue par MM. Lucien Raynaud et Georges Diénot.]

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1928)

A propos de six cas de suppurations pleuro-pulmonaires. — MM. MILHIT et DECOT rapportent cinq cas de pleurésies purulentes et un cas d'abcès du poumon. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic entre un abcès du poumon et une pleurésie.

Un cas de polynévrite par inhalation de vapeurs de sulfure de carbone. — MM. P. LÉCHELLE, L. GIROT et A. THÉVENARD présentent un homme de quarante-neuf ans, employé à la fabrication des papiers sinapisés et atteint, cinq mois après ses débuts dans la profession, d'une polynévrite typique des quatre membres. L'agent pathogène ne peut être que le sulfure de carbone dont les vapeurs sont quotidiennement inhalées par le sujet. Les auteurs insistent sur les troubles génitaux qui ont été le premier signe de la maladie, sur la participation probable du nerf optique au syndrome toxique; enfin, sur l'existence d'une réaction méningée discrète, décélée par la ponction lombaire.

Recherches expérimentales sur le sang veineux de la rate. Déductions physiologiques. — MM. Léon BINET et A. ARNAUDET résument les résultats de leurs expériences sur le chien, et portant sur la constitution histologique du sang artériel et du sang veineux splénique. Les tableaux rapportés par les auteurs montrent que pendant la spléno-contraction, le sang veineux de la rate peut avoir un taux d'hématies, de leucocytes et de plaquettes, doublé par rapport au taux du sang artériel. On sait bien aujourd'hui l'importance du mouvement, de l'asphyxie, de l'émotion, de l'hémorragie, sur la motricité splénique. D'autre part, certains agents ont un pouvoir spléno-contracteur énergique; à côté de l'adrénaline, les auteurs signalent l'éphédrine, le principe vaso-constricteur du genêt et la pilocarpine.

L'involution tensionnelle et ses manifestations physiques et cérébrales. — M. DUMAS (de Lyon).

Paralysie générale améliorée par des injections intrarachidiennes de mercure colloïdal. — MM. Marcel PINARD, Pierre VERNIER et Mlle VERSINI présentent un paralytique général traité depuis deux ans par le bismuth, le novarsénobenzol, le novarsénobenzol associé au dmelcos, puis par le novarsénobenzol par fortes séries jusqu'à 1g50 par injection. Toutes ces thérapeutiques n'avaient pas empêché le malade de tomber dans le gâtisme. Une série d'injections intrarachidiennes de mercure colloïdal a réussi vraisemblablement, en tant que médication de choc local, à amener une amélioration clinique considérable et a fait disparaître rapidement et progressivement la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien, avec amélioration de la lymphocytose et de l'albuminose.

La micro-leucocyto-culture. — MM. Noël FIESSINGER et Roger CATTAN montrent que la raison qui explique la conservation de la vitalité bactérienne dans le sang total réside dans la présence des éléments figurés du sang et surtout des leucocytes. Cette constatation a conduit les auteurs à la pratique de la micro-leucocyto-culture. Pour la faire, on recueille aseptiquement, par voie veineuse, 2 centimètres cubes de sang que l'on reçoit dans un tube à centrifuger contenant IV gouttes d'une solution de citrate de soude à 30 p. 100. Après une centrifugation à un ou deux temps, on aspire le tapis leucocytaire dont on ensemence une goutte dans les milieux appropriés, aérobies ou anaérobies. De cette façon, les auteurs ont isolé des cultures bactériennes dans six cas de fièvre typhoïde, une endocardite à pneumocoques, une endocardite à streptocoques, une septicémie à staphylocoques, une septicémie à pneumobacille de Friedlander.

Sur un cas de pancréatite ourlienne. — MM. Pr. MERKLEN et H. GOUNELLE rapportent l'histoire d'une jeune fille de vingt-trois ans qui, après les oreillons, présenta des douleurs au niveau de l'hypocondre gauche, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Les troubles évoluèrent avec rémissions, mais au bout de quatre mois des crises de douleurs et de diarrhées prouvaient que la maladie n'était pas éteinte. L'étude de la sécrétion interne ne révéla jamais de glycosurie. La glycémie, par contre, dépassa la normale. D'où cette conclusion que la glycosurie doit céder le pas à la glycémie dans l'étude de la pancréatite ourlienne comme au cours du diabète. Ce cas représente une forme de pancréatite ourlienne à évolution prolongée, tendant à la chronicité. Il s'oppose aux faits de diabète ourlien curable et transitoire.

Diabète insipide au cours d'une encéphalite épidémique. Heureux effet du traitement par les prises nasales de poudre de lobe postérieur d'hypophyse. — M. E. LEDOUX (de Besançon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1928)

Ulcère peptique sur un diverticule de Meckel. — M. HARTGLASS (rapport de M. LECÈNE), chez une jeune fille de quatorze ans présentant tous les signes d'une péritonite aiguë, trouva à l'opération pratiquée à la huitième heure, du pus, des anses grêles rouges et un diverticule de Meckel perforé avec un mésentère infiltré; la malade guérit après résection intestinale et entérorraphie circulaire; l'examen histologique a montré une lésion ulcéreuse et caséeuse, avec mélange au niveau d'un diverticule de Meckel de muqueuse gastrique et de muqueuse grêle.

Infiltration sanguine de la masse des muscles épitrochléens après traumatisme du coude. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de MM. MOULONGUET et SÉNÈQUE; chez un jeune homme, après traumatisme du coude, douleurs vives avec gonflement considérable et ecchymose sur le bord interne de l'avant-bras, pas de luxation ni de fracture, apparition d'un syndrome de Volkmann avec flexion des doigts sur la main et fourmillements dans les doigts. Les auteurs firent sous anesthésie locale une simple incision large de l'aponévrose dans le but de faire cesser l'hypertension sous-aponévrotique. Aussitôt l'incision faite, le malade put allonger les doigts; sutures de la plaie sans drainage et guérison rapide.

M. DUJARIER, chez un malade présentant les mêmes symptômes au niveau de la cuisse, fit une incision de l'aponévrose; les muscles firent saillie, pas d'hématome, seulement un peu de sérosité dans la profondeur. Le lendemain, les souffrances du malade avaient cessé et il guérit très rapidement.

M. MOUCHET a depuis longtemps soutenu que l'infiltration sanguine dans de tels cas peut être la cause de tous les accidents.

MM. BRÉCHOT et P. DUVAL rapportent eux aussi des faits analogues.

Anévrisme diffus de l'artère poplitée. — M. MOURE fait un rapport sur une observation de M. BOPPE qui, ayant à opérer un homme présentant tous les signes d'un anévrisme au niveau du creux poplité, trouva au fond d'un sac d'anévrisme diffus une petite plaie latérale de l'artère poplitée due à une exostose ostéogénique; l'auteur rugina l'exostose,

sutura la paroi de l'artère et obtint une guérison parfaite avec rétablissement de la circulation.

Cancer du plancher de la bouche. — M. R. MONOD fait un rapport sur un travail de M. Raymond BERNARD; ulcération médiane du plancher de la bouche chez un homme de cinquante-sept ans traité par résections partielles (opération de Morestin) et curage ganglionnaire bilatéral du cou six mois après; le malade, sept mois après l'intervention, est en excellent état.

Maladie de Kummell-Verneuil. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de maladie de Kummell due à M. ODI; chez un homme de quarante-trois ans ayant présenté après un traumatisme important un aplatissement cunéiforme caractéristique des VIIIe et IXe dorsales.

M. Mouchet fait une longue étude de cette maladie qu'il conviendrait peut-être d'appeler maladie posttraumatique de la colonne vertébrale ou déformation vertébrale posttraumatique.

MM. DUCROQUET et LANCE ont eu l'occasion de voir un certain nombre de ces maladies.

M. ROBINEAU avait douté de cette maladie jusqu'au jour où il vit un cas très typique, un blessé ayant fait sous ses yeux, dans son lit pendant qu'il était hospitalisé dans son service, une incurvation de la colonne vertébrale.

Fractures du fémur. — M. DUJARIER fait une communication avec projections sur les résultats du traitement des fractures transcervicales du fémur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1928)

Sur la nature de la toxine diphtérique. — MM. Seigo HOSOYA et Shigeo MIYATA rapportent les résultats de leur procédé de purification de certaines toxines bactériennes par précipitation par le chlorure de zinc. Cette méthode, appliquée déjà avec succès à la toxine tétanique, a permis aussi d'obtenir une toxine diphtérique qui ne donne plus les réactions du biuret, de Millon, de Heller et xanthoprotéique, même dans un dialysat concentré à 1 p. 10 du volume primitif.

Sur la vitesse d'apparition des anticorps. — M. G. RAMON relate des essais portant sur l'injection au cheval des filtrats de culture du bacille de la peste ou du bacille de la pseudo-tuberculose du cobaye. Il en résulte que l'apparition des anticorps en particulier des anticorps floculants peut être beaucoup plus rapide qu'on ne l'a jusqu'ici soutenu, elle peut se manifester moins de dix heures après l'injection de l'antigène c'est-à-dire quelques heures à peine après l'absorption de cet antigène par l'organisme. Ces essais soulignent la parenté très étroite qui existe entre la nature de l'antigène injecté et les propriétés de l'anticorps obtenu. Tout ceci joint à d'autres constatations expérimentales faites précédemment conduit à une conception de la genèse et de la constitution des anticorps différente de celles admises à l'heure actuelle.

Sur l'adrénaline virtuelle. — MM. G. MOURIQUAND et A. LEULIER démontrent que la réaction utilisée pour leurs recherches sur l'adrénaline est étroitement spécifique de cette substance.

Ils apportent des faits nouveaux qui confirment cette spécificité et leur permettent de maintenir leur conclusions sur l'existence d'une adrénaline virtuelle, décelable par voie biochimique.

Ils soulignent que la méthode physiologique ne dose pas cette substance, mais apprécie un effet d'hypertension susceptible d'être provoqué par d'autres substances que l'adrénaline.

Action phylactique du salycilate de soude vis-à-vis de l'hémolyse par le sulfate de spartéine. Phylaxie cellulaire. — M. P. DODEL rapporte des faits de protection des globules rouges vis-à-vis de la spartéine par le contact préalable avec le salicylate ou par le mélange *in vitro* salicylate-spartéine.

Ces faits, rapprochés d'autres exemples de protection du globule vis-à-vis de substances hémolysantes par des substances dites phylactisantes, constituent un ensemble : la phylaxie cellulaire.

Ce phénomène est la transposition dans le domaine cellulaire de la phylaxie observée *in vivo* et décrite par M. Billard qui en a donné une interprétation se trouvant confirmée par certaines observations relatées dans cette communication, observations facilitées par l'étude des réactions cellulaires.

Sur les infections secondaires au cours du typhus exanthématique expérimental chez le cobaye. — M. Harry PLOTZ, au cours d'une étude sur le typhus exanthématique, montre que le nombre de microbes secondaires chez les animaux infectés expérimentalement avec ce virus n'augmente nullement avec le progrès de la maladie et que la présence de ces microbes au cours de cette maladie n'est pas fréquente.

Du mécanisme de l'immunité de l'œil. Spécificité des antivirus et leur mode d'action. — Les recherches de MM. P. E. KISSINE et L. S. BAZILEVSKAÏA ont porté sur les vibrions et l'antivirus cholérique. Ils ont constaté que l'antivirus injecté sous la conjonctive confère à l'œil l'immunité vis-à-vis de l'inoculation du virus dans la chambre antérieure; cette immunité est strictement spécifique.

Les vibrions inoculés dans la chambre antérieure d'un œil préparé, au moyen d'un antivirus correspondant, disparaissent très rapidement. Cette disparition des vibrions marche de pair avec l'immunité; elle n'a aucun rapport avec l'immunité humorale et relève de l'immunisation locale des cellules.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1928)

Sur la réduction des fractures. — M. R. BONNEAU rappelle qu'il a décrit la « correction de l'angulation des fractures par l'action d'un fil métallique accroché sur l'extrémité libre des fragments ». Cette méthode, inspirée par le docteur Depage, a trouvé des indications dans de nombreuses variétés de fractures.

Syndactylie et polydactylie à caractère familial. — M. TRÈVES fait un rapport sur une observation rare de M. Bonnet (de Paris). Femme de dix-neuf ans, présentant, à chaque main, six doigts dont les troisième, quatrième et cinquième sont fusionnés. Cette malformation congénitale se retrouve dans la famille jusqu'à six ou sept générations antérieures. Aucune autre malformation. Wassermann positif.

Indications du drainage sus-pubien dans la cure des fistules vésico-vaginales basses et des fistules urétro-vaginales. — M. ISELIN fait un rapport sur un travail de M. Bonnet (de Paris). Celui-ci montre, avec une observation personnelle, l'importance du drainage vésical sus-pubien après cystostomie dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

Ostéite subaiguë du péroné. Résection diaphysaire. Guérison. — M. MULLER (de Belfort). Homme de quarante-quatre ans. Douleurs et formation de très nombreuses fistules sur la face externe de la jambe où antérieurement, à dix ans et quarante ans, le malade avait déjà présenté des abcès. Wassermann négatif. Résection d'une partie étendue de la diaphyse. Guérison. Pas de diastasis de l'articulation tibio-tarsienne.

Transplantation du moyen fessier dans la coxa-vara. — M. L. LAMY présente un nouveau cas de coxa-vara double à

forme extrêmement accentuée, avec impotence presque complète, chez un enfant de quinze ans, et opéré par la transplantation du moyen fessier. Résultat parfait. L'auteur insiste sur la nécessité d'enlever largement la partie externe de l'extrémité supérieure de la diaphyse pour obtenir un abaissement suffisant du grand trochanter.

Extraction des calculs de l'uretère par les voies naturelles. — M. G. Luys rappelle les différentes méthodes employées pour cette extraction. Il cite, parmi d'autres, l'observation d'un homme de cinquante et un ans auquel il a pu extraire un calcul de l'uretère grâce à la sonde à ailettes

Réduction tardive d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humérus. — M. Judet communique une observation où la réduction a pu être obtenue, sous anesthésie générale, au trente-cinquième jour. Très bon résultat fonctionnel.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC) (1)

Aux signes capitaux s'en ajoutent d'autres, accessoires, qui se groupent différemment suivant les cas et prendront une haute importance dans les formes frustes. Il faut insister surtout sur :

1. Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires. — Bouffées de chaleur, thermophobie, sueurs, *sensation de chaleur générale*, ces troubles relevant du déséquilibre vago-sympathique.

Vaso-dilatation de la région thyroïdienne, après friction légère (Maranon).

Suite. — (1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1918, n° 88, p, 1542.

Troubles de la pigmentation, si fréquents, et de pathogénie si intéressants. On observe fréquemment le *vitiligo*, en plages, parfois des zones hyperpigmentées, soit localisées (signe de Jellinek), soit plus étendues, à type addisonnien. Ces troubles de la pigmentation relèveraient du *déséquilibre endocrino-sympathique* et peut-être électivement sympathico-surrénal.

2. **Troubles digestifs.** — Appétit capricieux, crises gastralgiques avec vomissements, mais surtout CRISES DIARRHÉIQUES fréquentes, à début *soudain*, survenant sans douleurs et disparaissant de même.

3. **Troubles psychiques.** — Ils sont fort *importants* et *presque constants*. Ce sont parfois ces troubles qui amènent la malade à consulter. Ils sont surtout faits d'*instabilité psychiques* avec *hyperémotivité*, anxiété, *irritabilité*. On a parlé de véritables *psychoses* basedowiennes, mais ici la question de *terrain* et d'hérédité névropathique est de première importance, le Basedow ne faisant qu'exalter un état constitutionnel.

4. **Troubles génitaux.** — Très fréquents, très importants, relevant de l'INSUFFISANCE OVARIENNE associée.

Aménorrhée, *dysménorrhée*, leucorrhée.

Atrophie des seins.

Chez l'homme : fréquence de la *frigidité*, de l'*impuissance*.

5. **Autres troubles accessoires** :

a. TROUBLES MOTEURS. — Asthénie, *dérobement des jambes*, crampes musculaires.

b. TROUBLES SENSITIFS. — Névralgies, arthralgies, céphalée.

c. TROUBLES RESPIRATOIRES. — Dyspnée fréquente, diminution de la durée de l'apnée volontaire (Sainton).

6. **Etat général. Métabolisme basal.** — **L'amaigrissement** est un signe très important et très fréquent, survenant *par crises*, et pouvant devenir extrêmement marqué. Dans les formes typiques, au cours d'une poussée aiguë, par exemple, l'amaigrissement joint à la tétrade que nous avons décrite, donne à ces malades un aspect *très caractéristique*.

La fièvre n'est pas exceptionnelle, chez ces malades, et avant de l'attribuer au déséquilibre sympathique, il faut s'être assuré, par tous les moyens, qu'elle n'est pas due à une tuberculose pulmonaire latente.

Le *métabolisme basal est augmenté*, parfois *dans des proportions énormes* (80 p. 100).

Tandis qu'il est d'un intérêt diagnostique capital, dans les formes frustes, il n'a ici qu'un intérêt pratique au point de vue du *traitement* dont il *permettra de surveiller et de suivre les effets*.

7. **Etude des autres métabolismes, des autres glandes endocrines.** — Le métabolisme du *glycose* a été fréquemment étudié, car il n'est pas rare d'observer la glycosurie chez les basedowiens. Il peut s'agir de *diabète*, de *glycosurie simple*. On a parfois, et inconstamment, observé l'hyperglycémie. Et malgré que les rapports de la thyroïde et du pancréas restent obscurs et très indifféremment interprétés, il semble qu'il y ait entre ces glandes une *interdépendance certaine*, l'action des sécrétions thyroïdienne et pancréatique sur le métabolisme des sucres, se faisant au sens opposé.

Nous avons vu la fréquence des troubles ovariens. Il ne faut pas oublier de rechercher les troubles hypophysaires, et d'interroger les autres glandes endocrines.

8. **Etude du système neurovégétatif.** — On étudiera le *réflexe oculocardiaque*, à différentes reprises. Quant aux tests glandulaires et pharmacodynamiques, ils semblent sans grand intérêt ici, et seront au contraire plus utiles dans les formes frustes.

L'examen du malade prouvera, dans quelques cas rares, qu'il s'agit d'une tendance à l'hypervagotomie ou à l'hypersympathicotomie. Presque toujours on dépistera un déséquilibre vago-sympathique sans qu'on puisse schématiser à l'excès la part qui revient au X et au sympathique.

ÉVOLUTION

Chronique avec *des poussées*, entre lesquelles les accidents peuvent rester stationnaires, s'aggraver ou regresser.

1. **Sous l'influence du traitement** (médical, physiothérapique, chirurgical), la *guérison est possible*. On en suit les progrès par l'étude du métabolisme basal.

Le plus souvent, on obtient simplement des *améliorations* très marquées, équivalent souvent à des guérisons, mais il persiste un certain degré d'exophtalmie, de tachycardie (signe le plus tenace, Sainton). Les *reprises* sont toujours à craindre.

2. **Abandonnée à elle-même, et parfois malgré le traitement.** — Evolution par poussées, surtout à l'occasion des *étapes de la vie génitales : puberté, règles, grossesses, ménopause*. Il est très difficile de savoir quelle sera par exemple, l'influence d'une grossesse, ou de la ménopause, sur une maladie de Basedow : tantôt, *aggravation*, plus rarement *amélioration*.

Les *poussées aiguës* sont d'une fréquence et d'une importance très grande; la maladie peut débuter par une poussée aiguë et se terminer de même, et c'est parfois, l'une d'elles qui conduit la malade, déjà très amaigrie, à un état de *cachexie basedowienne* avec fièvre, diarrhé, etc., qui se terminera par la **mort**.

Celle-ci survient quelquefois à la suite d'accidents cardiaque : les basedowiens entrent dans l'asystolie par l'*arythmie complète*, puis s'installe une asystolie rapidement progressive, et encouragée souvent par une lesion cardiaque préexistante.

Il faut enfin signaler la *tuberculose*, parmi les complications terminales du Basedow. Elle évolue à bas bruit et accélère les progrès de la cachexie.

FORMES CLINIQUES

1. **Formes aiguës.** — Nous en avons déjà parlé. Signalons celles qui sont très évolutives, et entraînent le malade vers la mort en douze, quinze mois.

2. **Formes frustes.** — Elles sont EXTRÊMEMENT IMPORTANTES ET FRÉQUENTES. Il importe de penser à les rechercher, et de savoir se contenter d'un groupement de petits symptômes. Ce sont souvent des *formes sans goitre*, ou *sans exophtalmie*. La tachycardie, par contre, ne manque jamais, le tremblement presque jamais. L'instabilité psychique est également très fréquente, et souvent associée à des troubles vasomoteurs, à des crises de diarrhée.

C'est dans ces cas que le *métabolisme basal* prend une *réelle valeur diagnostique*. C'est aussi dans les cas que prennent un certain intérêt *les différents tests* biologiques et pharmacodynamiques parmi lesquels nous citerons surtout :

a. *Le signe de la thyroïde* (*Parisot*).

b. *L'épreuve de Gœtsch* (*test de l'adrénaline*).

c. *Le test hypophysaire* (*Claude et Posak*).

d. Accessoirement : l'épreuve de l'*atropine*, celle de la *pilocarpine*, pour l'exploration du système végétatif.

L'examen du malade ne saurait être complet sans la recherche des dysynergies pluriglandulaires : **hypothyroïdie**, insuffisance ovarienne, troubles provenant de l'*hypophyse*, exploration de la *surrénale*, etc.

Le diagnostic de ces formes frustes se pose *fréquemment*. Il est fort important et entraîne une *thérapeutique* souvent efficace.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 5 novembre. — Questions données : « Signes et évolution des complications de la rougeole. — Invagination iléo-cæcale aiguë du nourrisson. »

MM. Leroy, 15; Brandy, 18; Gaudin, 20; Ardouin, 27; Ollivier (Henry), 16; Fabre (Albert) et Diel, 15; Gavois, 26; Mlles Pichot, 20; Cligny, 19.

Séance du 7 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonienne. — Phlegmons périnéphrétiques. »

MM. Arnon, 14; Masson, 25; Judet, 26; Hurez, 13; Bréhier, 17; Deliencourt, 18; Gallot, 26; Rachelsberg, 17.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 5 novembre. — MM. Leroux, 19; Huet et Aubry, 18.

HÔPITAL ROTHSCHILD. — Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires aura lieu à l'hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris (XIIe), le lundi 17 décembre 1928.

S'adresser pour renseignements et inscriptions à l'hôpital de Rothschild, rue Santerre, tous les jours, de 8 h. à midi.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Labat, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de toxicologie et hygiène appliquée à la Faculté de Bordeaux (chaire vacante : M. Barthe, dernier titulaire).

M. Bonnin, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques à la Faculté de Bordeaux [fondation de l'Université] (chaire vacante : M. Le Dantec, dernier titulaire).

— LILLE. — M. Carrière, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté (chaire non occupée : M. Lemoine, dernier titulaire).

M. Minet, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale infantile à ladite Faculté (chaire non occupée : M. Carrière, dernier titulaire).

— Après concours, M. le docteur Patoir a été nommé moniteur de Clinique médicale infantile.

— MONTPELLIER. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er novembre 1928, à M. Louis Hédon, agrégé de physiologie près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

— TOULOUSE. — Sont chargés des fonctions de chefs de travaux de physique pharmaceutique, M. Escande; de chimie, M. Valdiguié; de pharmacie, M. Maurin; d'hygiène, M. Jean Tapie; de parasitologie, M. Roques; de médecine légale, M. Riser; d'anatomie, M. Clermont; de physiologie, M. Constantin; de chimie, M. Brustier; de pharmacologie, M. Soula.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un arrêté ministériel annule les opérations du concours qui s'est ouvert le 27 juillet 1928 en vue de pourvoir à un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Un nouveau concours en vue de pourvoir audit emploi s'ouvrira, le lundi 6 mai, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Seuls les candidats ayant pris part au concours annulé pourront se faire inscrire en vue du nouveau concours.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — ECOLES D'INSTRUCTION. — *Conférences de l'année 1928-1929. — Programme provisoire.* — Les conférences ont lieu, en principe le troisième lundi du mois, à 20 h. 30, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les conférences communes aux quatre Ecoles, qui ont lieu le dimanche matin, à 9 h. 30, à la Sorbonne, la veille du troisième lundi de certains mois, ne sont pas encore fixées.

Novembre 1928. — « Les conditions particulières de la prophylaxie dans les expéditions coloniales », par le médecin général Audibert.

Décembre 1928. — « Les gazés », par M. Flandin, médecin des hôpitaux de Paris, et M. Badolle, chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux de Lyon.

Conférences à la Sorbonne du premier trimestre 1928-1929. — Les conférences prévues à la Sorbonne pour le quatrième trimestre 1928 sont les suivantes :

18 et 25 novembre. — « Causes d'insuccès et de revers en 1914 (souvenirs et réflexions) », par le général Gascouin, ancien commandant de l'artillerie du gouvernement militaire de Paris.

23 et 30 décembre. — « L'officier de réserve instructeur », par le général Jouvin, inspecteur de la préparation militaire, et le commandant Roland, de la préparation militaire supérieure.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS BIOLOGISTES. — L'assemblée générale annuelle vient de se tenir à Paris durant le Congrès d'hygiène, au siège du Syndicat des médecins de la Seine. De nombreux confrères de toutes les régions avaient répondu à l'appel du bureau, composé des docteurs Mougneau, président; Vansteenberghe, vice-président; Cuvier, secrétaire; Barberin, délégué au groupement des médecins spécialistes.

Le secrétaire fait adopter au nom du docteur Servantie, trésorier, empêché, le rapport de fin d'année. Puis il présente le rapport moral, dans lequel il fait une revue complète des événements survenus durant l'année écoulée. Il fait ressortir les efforts du bureau dans sa tâche de représentation et de défense des intérêts professionnels en ce moment si menacés. Il indique le sens dans lequel sera menée son action en 1929, dont l'efficacité sera en fonction de l'appui que lui apportera chacun des syndiqués. Une approbation unanime renouvelle la confiance de l'assemblée à son bureau. Puis, sur les points mis en discussion, des directions précises sont dégagées : les groupements régionaux devront recevoir une impulsion nouvelle et veiller avec soin à ce que soit assurée la liberté d'exercice de la profession dans leur rayon d'action. En s'incorporant au front unique médico-pharmaceutique pour l'application de la loi des Assurances sociales, notre Syndicat redoublera de vigilance. Les mesures de protection contre les empiétements injustifiés des laboratoires publics pourront aller jusqu'à provoquer un arrêt faisant jurisprudence sur la question. Une cotisation supplémentaire est prévue à cet effet. D'autre part, l'assemblée repousse le principe des certificats de spécialistes et l'inspection des laboratoires.

Un certain nombre de propositions intéressantes, déposées par divers membres, sont examinées en fin de séance et toutes solutions données aux affaires courantes. Un pressant appel est adressé aux médecins biologistes non encore syndiqués, dont les demandes d'admission seront reçues par le secrétariat général, 30, place Gambetta, Bordeaux, ou à celui de Paris, 10, rue de Strasbourg.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — Ve VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOËL SUR LA CÔTE D'AZUR. — Comme les années précédentes, le grand Voyage annuel de la Société médicale (Voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. La concentration se fera à Marseille, dans la journée du mercredi 26 décembre. Le Voyage commencera le 27 décembre au matin, par une visite du port. On passera la journée du 28 à Toulon, et, le 29, commencera l'étude des stations climatiques et des établissements de cure de la Côte d'Azur.

Successivement Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu, présenteront leurs richesses thérapeutiques sans égales. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les Voyages de la Société médicale. De somptueuses réceptions leur seront réservées à Marseille, Cannes, Nice et Monte-Carlo. Le trophée romain de la Turbie, les Grottes préhistoriques de Grimaldi, le laboratoire du docteur Voronoff, l'Observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée océanographique de Monaco seront l'occasion de très intéressantes promenades. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques fourniront au voyageur toutes les explications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable.

Ce beau voyage sur la Côte d'Azur se terminera, au gré du voyageur par une excursion dans les Alpes (6-7 janvier) ou par une excursion en Corse (6-10 janvier) ou encore par quelques journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire sans tarder au président de la Société médicale, docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

DINER DE L'U. M. F. I. A. — Le dîner de rentrée de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (Union latine) a eu lieu la semaine dernière, sous la présidence de M. le professeur Austregesilo (de Rio de Janeiro).

Des toasts particulièrement cordiaux furent portés par MM. Molinéry, Aguilera (Colombie), Dartigues, le professeur Roule (du Muséum), Mlle Roule, M. Pescher, et enfin M. le professeur Austregesilo.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 12 novembre. — Jury : MM. Sébileau, président; Gosset, Philibert et Ombrédanne. — M. PAULIN. Etude sur les formes filtrantes de quelques bactéries. — M. CHANINE. Etude sur les fistules congénitales du cou. — M. DELORME. Etude sur la calcification des dents.

Jury : MM. Loeper, président; Tanon, Villaret et Olivier. — M. MALPART. Eusèbe de Salle. — M. LAUSSEL. Evolution du typhus en Europe depuis 1914. — M. POMERAIS. Etude sur la syphilis.

Mardi 13 novembre. — Jury : MM. Brindeau, président; Balthazard, Roussy et Nobécourt. — M. VU NGOC ANH. La chique de bétel en Indochine. — M. LEPEC. Progéria ou nanisme sénile. — M. AÏDAN. Syndromes de suffocation chez l'enfant. — M. BONNO. Etude sur l'épithélioma greffé sur le xeroderma pigmentosum. — M. POUGIN. Etude sur l'appareil urinaire au cours de la grossesse.

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAITEMENTS DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE

Par MM. J. SIGWALD et P. CHÊNE,
Internes des hôpitaux de Paris.

L'application de méthodes nouvelles dans le traitement de l'anémie pernicieuse progressive a transformé le pronostic de cette maladie. Considérée autrefois comme une affection toujours mortelle, malgré les rémissions qui pouvaient en prolonger l'évolution, l'anémie pernicieuse était peu influencée par les diverses thérapeutiques utilisées et les rares malades qui étaient améliorés, ne présentaient simplement qu'une rémission prolongée. L'introduction dans son traitement de la transfusion sanguine avait déjà transformé l'évolution dans de nombreux cas. Mais surtout l'application de la méthode de Whipple, faite après Minot et Murphy par de nombreux auteurs, a réalisé unanimement une amélioration considérable ; la rémission qui survient constamment après cette thérapeutique persiste toujours, ou presque et peut être considérée comme une guérison.

L'accord est à peu près complet sur l'activité de cette méthode dans l'anémie pernicieuse progressive et certains auteurs la considèrent même comme élective. Seul en France, Hayem a émis des objections aux résultats constatés ; il ne croit pas cette thérapeutique différente de la médication martiale, et surtout il fait un reproche important, c'est que les cas guéris — tout au moins ceux qui furent publiés en France — ne sont pas des anémies pernicieuses vraies, mais simplement des anémies graves. Il rappelle à cette occasion, les caractères cliniques et hématologiques qu'il juge indispensables au diagnostic d'anémie pernicieuse ; l'anémie doit avoir une évolution régulière, sans rémission possible par les agents thérapeutiques usuels, elle se caractérise hématologiquement par une diminution du nombre des hématies au-dessous de un million, et surtout par une chute progressive du nombre des hématoblastes ce qui entraîne de l'irrétractilité du caillot. Il interprète l'anémie pernicieuse comme un trouble de l'hématopoïèse hématoblastique avec arrêt de la formation des hématies par les hématoblastes. Outre que cette théorie de l'hématopoïèse hématoblastique est niée par l'ensemble des auteurs, Hayem limite ainsi l'anémie pernicieuse au cadre de l'anémie aplastique.

On considère actuellement comme anémie pernicieuse, toute anémie grave, d'apparence primitive dont l'évolution vers l'aggravation est constante, mais susceptible d'améliorations spontanées passagères, qui réalisent une évolution « ondulante » ; elle s'accompagne d'une glossite particulière (Hunter), d'achylie gastrique (Knud Faber), de splénomégalie modérée, de troubles nerveux, d'hémorragies rétiniennes (66 p. 100 des cas Wiemer et Derra) et se caractérise au point de vue hématologique, par une diminution du nombre des hématies au-dessous de 2 millions, avec augmentation de la valeur globulaire, par de l'anisocytose avec prédominance de mégalocytes (signe de grande valeur. Jorgensen et Warburg-Minot, Murphy et Cohn) ; il y a réaction normoblastique ou mégaloblastique, et la moelle osseuse présente pendant les rechutes une prolifération abondante de mégaloblastes.

C'est uniquement à cette variété plastique que les auteurs américains Minot, Murphy et Cohn, paraissent donner le nom d'anémie pernicieuse. La variété aplastique, qu'il est classique de faire rentrer dans le groupe de l'anémie en est ainsi séparée. C'est d'ailleurs une variété extrêmement rare (95 cas connus d'anémies aplastiques primitives ; Aubertin, 1927), qui se traduit par une chute simultanée du nombre des hématies, des leucocytes, et aussi des plaquettes, avec irrétractilité du caillot, qui, par conséquent, ne s'accompagne d'aucune réaction hématopoïétique et dont l'évolution fatale est constante et progressive, toute thérapeutique restant inactive. Or, cette variété aplastique qui fait partie classiquement du cadre de l'anémie pernicieuse (Weissenbach) mais qui tend à en être séparée actuellement, correspond à la conception de l'anémie pernicieuse de Hayem, et les objections faites par lui à l'activité de la méthode de Whipple reposent uniquement sur des conceptions différentes de classification.

Cette méthode, au contraire, a une action constante, aussi Minot et Murphy et surtout Brill ont une tendance très marquée à en faire un test de l'anémie pernicieuse progressive, écartant ainsi l'anémie aplastique qui n'est jamais influencée par elle. Cette conception peut paraître exagérée, car l'action de la méthode de Whipple n'est pas spécifique et s'est montrée nette dans des cas d'anémie grave secondaire. Il n'en reste pas moins que l'usage tend à s'établir d'appliquer exclusivement le terme d'anémie pernicieuse aux anémies plastiques, et de leur opposer les anémies avec an-hématopoïèse ou anémies aplastiques. Cette distinction est donc très nette du point de vue thérapeutique, et nous avons cru utile d'en rappeler les éléments. Toutefois, dans la pratique, même si l'échec en est certain, il sera toujours nécessaire de tenter le même effort dans le traitement de l'anémie aplastique.

La thérapeutique de l'anémie pernicieuse, ainsi comprise, rend de grands services dans l'ensemble des cas. Envisagée dans son ensemble, elle comporte l'étude des traitements classiques d'efficacité peu régulière mais que nous rappelerons, car ils étaient encore récemment utilisés, et celle des méthodes récentes parmi lesquelles une d'importance capitale, à laquelle les autres peuvent être associées : la méthode de Whipple.

Avant d'instituer une thérapeutique dans un cas d'anémie pernicieuse, il est indispensable d'en poser un diagnostic ferme et de s'assurer par un examen complet et minutieux de toutes les causes possibles, qu'il ne s'agit pas d'une anémie grave symptomatique. Ce sont certainement des cas où le diagnostic étiologique fut insuffisant qui furent améliorés et même guéris par le traitement antisyphilitique ou anti-infectieux, ou antiparasitaire par la quinine, le thymol, la santonine et l'huile de chénopodium. Le

traitement étiologique faisait alors la preuve de leur nature, mais une même thérapeutique aurait été inefficace dans d'autres cas. Aussi, ne faut-il appliquer le traitement symptomatique qu'après s'être assuré de la manière la plus nette qu'un traitement étiologique n'eût pas été plus indiqué.

Le traitement de l'anémie pernicieuse progressive. — Le traitement de l'anémie pernicieuse, isolée par Biemer en 1868, est passé par trois phases importantes. Pendant longtemps, le traitement médicamenteux était seul employé et restait analogue à celui des autres anémies. Après la découverte de l'achylie gastrique et d'une infection intestinale exaltée, diverses méthodes anti-infectieuses furent préconisées pour détruire le foyer causal. Les directives thérapeutiques actuelles visent un autre but, réactiver l'hématopoïèse de différentes façons : la transfusion d'abord, ensuite et surtout la méthode de Whipple par opothérapie hépatique semblent avoir atteint ce but.

Nous rappellerons tous les traitements importants utilisés, nous réservant d'insister surtout sur ceux qui peuvent être associés à l'opothérapie ou à la transfusion.

1. **Traitement général.** — L'état grave des malades atteints d'anémie pernicieuse nécessite un repos complet au lit. Il est toujours utile de le prolonger longtemps pendant la convalescence, alors même que le malade a recouvré ses forces, et d'y ajouter à ce moment une cure de moyenne altitude à la montagne ou même une cure hydrominérale.

L'alimentation doit être régulière, abondante, un régime spécial doit être suivi, nous l'étudierons dans un chapitre spécial.

2. **Traitement médicamenteux.** — *a*. Le fer. — Le traitement des anémies par le fer est très ancien, et il fut appliqué également à l'anémie pernicieuse dans de nombreuses préparations, parmi lesquelles le protoxalate de fer eut le plus de vogue. Récemment, des auteurs suédois, Lichtenstein et Lindberg, ont remis en honneur cette thérapeutique, expliquant les échecs de la médication martiale dans l'anémie pernicieuse par l'insuffisance des doses. Ils préconisent des doses élevées : 0g75 de lactate de fer par jour chez l'enfant, et chez l'adulte, 3 grammes de fer. En réalité, le traitement par le fer qui est très actif dans les anémies simples, n'agit que peu et irrégulièrement dans l'anémie pernicieuse, et ne doit être retenu que comme adjuvant.

b. L'arsenic. — L'efficacité de l'arsenic qui fut longtemps admise contre l'anémie pernicieuse est actuellement très discutée dans des travaux récents. De bons résultats ont été néanmoins signalés : Dufour et Baruck ont considérablement amélioré un cas par l'acide arsénieux, Kulcke le considère comme le meilleur agent thérapeutique de l'hématopoïèse, Hirsch juge nécessaire de l'employer à haute dose et Neisser (de Stettin) atteint de 20 à 40 milligrammes jusqu'à 150 milligrammes par jour d'acide arsénieux. Les préparations arsenicales organiques (salvarsan, néo-salvarsan, sulfarsénol et acétylarsan) ont été appliquées à doses moyennes et répétées (Byrum Bramwell, Aubertin, Griollet, Hartmann) et elles ont donné quelques résultats indépendamment de toute donnée étiologique. Mais depuis les travaux expérimentaux de Whipple et Robsheit-Robbins (1920) et les recherches cliniques de Choutrov (1921) des doutes ont été émis sur l'efficacité de ce médicament dans la réglobulisation, et Whipple va même jusqu'à conclure de l'inefficacité complète de l'arsenic. Il sera donc préférable d'en limiter les indications puisque d'autres moyens thérapeutiques sont plus efficaces.

c. Le citrate de soude a été préconisé par Nonnet sous forme d'injections intraveineuses dans le traitement des anémies graves et même aplastique. Cet auteur aurait eu quelques résultats, mais ses recherches furent surtout d'ordre expérimental.

d. L'oxygène en inhalations a donné à Achard des résultats passagers. L'application de cette méthode étant difficile. Weissenbach a essayé, avec quelques résultats les injections sous-cutanées de ce gaz, dans l'anémie pernicieuse.

e. La cholestérine qui. expérimentalement est antihémolytique (Morgenroth et Reicher) a été utilisée dans l'anémie pernicieuse aux doses de 1 à 2 grammes, mais sans grand résultat (Iscovesco). Plus récemment, de Gérin s'appuyant sur la constatation de lésions du foie au cours de l'anémie pernicieuse, et sur l'augmentation expérimentale de la résistance globulaire après injection de cholestérine, a préconisé l'association de cet agent à la médication martiale, à la dose de 1g50 à 2g50 par jour pendant vingt jours. Sur 27 cas d'anémies pernicieuses, il obtint ainsi 2/3 de guérisons.

3. **Traitement anti-infectieux.** — La thérapeutique anti-infectieuse repose sur la notion du rôle étiologique de l'infection dans l'anémie pernicieuse; de nombreuses constatations ont été faites de l'extrême richesse de la flore intestinale en germes divers, en particulier : streptocoque et Bacillus Welchii. Aussi quelques auteurs préconisent-ils de lutter contre cette infection, soit par un traitement général, soit par un traitement local médical ou même chirurgical.

Divers essais de traitement anti-infectieux général furent faits. Stengel a utilisé le bioxyde de germanium sans aucun résultat, Laughlin a eu quelques améliorations avec le mercurochrome. Le violet de gentiane et l'acriflavine furent essayées par Milton Corner. La thérapeutique par choc fut tentée avec des injections intraveineuses de peptone.

Mais surtout, la désinfection locale fut essayée de diverses façons. Knud Faber associa le kéfir et les injections de lait, Hurst prescrit l'acide chlorhydrique contre l'achylie et une auto-vaccination par germes, prélevés dans les caries dentaires ou les matières fécales. Seyderhelm et Wolff ont utilisé un bactériophage. Bottner et Werner font des lavages du duodénum par la sonde d'Einhorn avec des solutions chlorurées et sulfatée sodique.

Le traitement chirurgical fut appliqué dans quel-

ques cas, ayant pour but de supprimer la stase intestinale qui favorise la pullulation microbienne, et c'est ainsi que Seyderhelm et, d'autre part, Dixon, Burnes et Giffin ont pratiqué des iléostomies avec exclusion du côlon, chez des malades atteints d'anémie pernicieuse; ils ont eu quelques résultats.

De toutes ces thérapeutiques, d'action et de conception si diverses, et qui n'ont eu d'intérêt qu'au titre de recherches étiologiques, bien peu sont à retenir; seuls méritent d'être appliqués, le kéfir et peut-être l'acide chlorhydrique.

4. **Agents physiques.** — La radiothérapie faite à doses excitantes sur la moelle osseuse a été préconisée par Vaquez et lui a donné quelques résultats avec accroissement de l'hématopoièse et augmentation du chiffre des globules. Beaujard eut ainsi une rémission de trois ans.

Par contre, la radiothérapie splénique, de même que les injections de thorium X et de mésothorium n'ont pas eu d'action nette et semblent abandonnées par tous.

Plus récemment, les rayons ultra-violets ont été préconisés par Macht, mais ils ne doivent être retenus qu'au titre de traitement adjuvant.

5. **Traitement chirurgical.** — La splénectomie, depuis les travaux de Von de Castello et d'Eppinger fut essayée dans quelques cas d'anémie pernicieuse. Cette opération pouvait se justifier par la suppression d'un foyer d'hémolyse. Giffin et Szlapka la pratiquèrent dans 50 cas. Ils eurent constamment une amélioration pendant trois à six mois, mais toujours il y eut rechute, plus ou moins tardivement, et d'autre part, il faut considérer que la mortalité opératoire varie entre 6 et 20 p. 100. Pour Morawitz (1928) et Tapie (1927) les indications en sont restreintes aux cas où il existe une splénomégalie importante et une grosse diminution de la résistance globulaire indiquant ainsi l'existence d'un processus hémolytique.

D'autres interventions chirurgicales furent tentées, partant de principes différents. Stéphan a noté une amélioration après la transplantation de fragments de surrénales d'homme normal et par le traitement à l'extrait de surrénale. Walterhofer et Schramm (1923) préconisent une technique opératoire pour réveiller « l'anergie » de la moelle osseuse. Ils pratiquent une résection de la moelle d'un os long. Cette intervention sans gravité et d'une technique simple a donné à ces auteurs et à Neuburger une apparence d'action et leur a paru rendre plus actifs les traitements symptomatiques employés par la suite. Enfin nous ne ferons que rappeler ici les interventions chirurgicales luttant contre l'infection intestinale. En pratique, les indications d'une opération sont rarement posées au cours de l'évolution d'une anémie pernicieuse progressive.

6. **Traitement opothérapique.** — L'opothérapie médullaire fut longtemps considérée comme le traitement spécifique *a priori* de l'anémie pernicieuse. Préconisée en 1894 par Freser et Mann, elle donna lieu à de nombreuses recherches dont la mise au point est faite dans le travail de Vaquez et Aubertin sur le traitement des anémies. On prescrit la moelle de diverses façons : soit moelle rouge prélevée sur des animaux jeunes et donnée à la dose de 50 à 100 grammes par jour, soit une dose équivalente de moelle pulpée glycérinée (Carrion), soit en extraits secs mais d'activité moins régulière. On a même fait des extraits injectables, soit en solutions huileuses, qui ont l'inconvénient d'être douloureuses, soit en solutions aqueuses dosées à raison de 0g30 de moelle fraiche par centimètre cube. Dans l'anémie pernicieuse l'action en est rapide, le chiffre globulaire s'élève notablement, les mégaloblastes disparaissent, mais l'action de la moelle réalise une excitation et non une suppléance, qui n'est pas durable. En outre son action est beaucoup plus irrégulière au cours des rechutes qui, habituellement résistent à cette opothérapie. L'opothérapie splénique ne s'est pas montrée active. Rappelons le traitement par l'extrait surrénal appliqué conjointement à la greffe de surrénale d'homme normal. En pratique, le traitement de l'anémie pernicieuse par l'opothérapie médullaire qui a compté des succès n'a plus guère d'indications maintenant qu'une autre opothérapie d'action plus constante et d'activité considérable lui a été substituée. L'opothérapie hépatique, par la méthode de Whipple, que nous étudierons complètement dans un chapitre spécial, a mis au second plan ce traitement médullaire si longtemps en faveur.

7. **La transfusion sanguine.** — L'introduction de la transfusion sanguine dans la thérapeutique de l'anémie pernicieuse réalise un grand progrès. Au début on ne s'attachait qu'à obtenir un apport globulaire, aussi la réservait-on aux anémies graves, et sous la forme de grandes transfusions. Mais son rôle stimulant pour l'hématopoièse fut peu à peu mis en évidence, ainsi furent pratiquées des transfusions petites mais répétées à intervalles plus ou moins rapprochés. Au début de son emploi la technique de la transfusion, très compliquée, laissait beaucoup à désirer, aussi des essais furent-ils faits dans le but de remplacer cette méthode délicate à manier par des procédés plus simples. La sérothérapie fut tentée à ce moment sous ses diverses formes. Roger et Josué pratiquaient des injections de sérum antitoxique banal (antidiphtérique), Courmont et André injectaient un sérum hémolytique pour réveiller par réaction, l'hématopoièse (c'est dans ce même but qu'on avait proposé de petites saignées répétées), Carnot et d'autre part Dufour et Le Hello tentèrent l'emploi d'une sérothérapie hématopoiétique. Ces essais eurent, en fait, peu d'action, aussi furent-ils abandonnés et remplacés par la transfusion dont la technique se simplifia, et a été appliquée depuis dans de nombreux cas d'anémies pernicieuses.

Nous n'insisterons pas sur les techniques de la transfusion (sang pur ou sang stabilisé) ni sur l'importance de la recherche des groupes sanguins. Tout d'abord on pratiqua de grandes transfusions, de plus de 500 grammes, dans des formes graves d'anémies pernicieuses; le résultat était bon mais restait passager (Widal et Weissenbach). Puis l'usage des transfusions petites et répétées s'implanta de plus en plus et nombreux sont les cas où elle fut pratiquée

(Hanssen, P.-E. Weil, Zuccola, Falconi, Nather et Hickl, Klein, Archibald, Aubertin, Ducamp, Blouquin, de Clarke et Falgairolle, Delore, Bécart, Brindeau et Jacquet, L. Blum et P. Meyer, Yates et Talhimer, Wiemer et Derra, Tzanck). Tous ces auteurs ont employé une posologie à peu près identique. Chaque transfusion est de 150 à 300 grammes, et doit être répétée à intervalle variable, de quatre, huit, ou quinze jours; mais pour les répéter, il faut se baser sur les modifications cliniques et surtout hématologiques, celles-ci permettant de porter, suivant l'expression de P.-E. Weil, un « transfuso-pronostic » qui commande ou non la répétition des transfusions. Chez un malade de Yates et Talhimer, 113 transfusions furent pratiquées en deux ans, mais l'amélioration n'était que temporaire dans ce cas et la suppression de transfusions fut suivie de la mort du malade.

Les résultats immédiats sont constants. La première transfusion peut être suivie d'une légère poussée fébrile, puis de polynucléose avec éosinophilie. Mais l'amélioration clinique et hématologique ne se produit qu'après la deuxième. Le chiffre globulaire se relève et après 3 à 4 transfusions remonte parfois au niveau de 4 millions. Cette amélioration peut persister longtemps après la cessation du traitement, mais les rechutes sont possibles et l'action de nouvelles transfusions est alors beaucoup moins démonstrative. P.-E. Weil, sur cinquante malades traités uniquement par la transfusion a quatre cas de guérison complète, contrôlée depuis plus de quatre ans; la majorité de ses autres malades n'a été qu'améliorée, ils conservent une anémie relative et stable à 2 millions ou 2.500.000 que les transfusions ne peuvent modifier et ils meurent de rechutes ou d'infections intercurrentes. Les résultats de la transfusion sont donc en grand progrès sur les thérapeutiques précédentes mais à lui seul, ce traitement est incapable d'amener la guérison de la plupart des cas.

Quelques détails de technique ont été préconisés. Morawitz, qui la considérait comme le traitement de choix, la pratique avec des globules déplasmatisés et repris en émulsion concentrée dans du sérum salé physiologique. Dans certains cas, de meilleurs résultats ont été obtenus en transfusant du sang d'érythrémique (Weber) ou de polyglobulique (P.-E. Weil). La transfusion sous-cutanée ou intramusculaire (Gottschalk) a l'avantage d'une technique simple. Elle peut se pratiquer deux ou trois fois par semaine aux doses de 30 ou 40 centimètres cubes sans qu'il soit utile de rechercher l'incompatibilité des groupes sanguins. Dans plusieurs cas d'anémies pernicieuses. Aubertin et Weissenbach, ont eu une amélioration rapide, survenant par poussée, après chaque injection. Malgré ses bons résultats immédiats, la transfusion sanguine ne réalisait pas une méthode suffisante, à elle seule, pour guérir l'anémie pernicieuse; aussi des travaux récents lui ont associé d'autres thérapeutiques.

8. **Méthode de Walinski.** — Walinski ayant observé au cours de l'anémie pernicieuse un certain degré d'hyperglycémie et d'acidose avec baisse de la réserve alcaline, appliqua un traitement par l'insuline. Aux deux malades qu'il traita ainsi, et qui n'avaient pas été améliorés par diverses thérapeutiques, en particulier par des transfusions et des injections sous-cutanées de sang, il fit injecter de 5 à 20 unités d'insuline, en deux fois, chaque jour, alors qu'il leur pratiquait de temps en temps une transfusion. Il constata un retour à la normale de la glycémie et de la réserve alcaline en même temps qu'une amélioration rapide de l'anémie, avec guérison apparente. Cette méthode de Walinski qui consiste à associer à la transfusion, l'injection quotidienne de 5 à 20 unités d'insuline, réalise un grand progrès sur la simple pratique de la transfusion, et de bons et rapides résultats ont été obtenus par Walinski et ont été vérifiés par d'autres auteurs (P.-E. Weil, Aubertin). D'une expérimentation beaucoup moins étendue que la méthode de Whipple, cette thérapeutique par l'insuline doit néanmoins conserver une place dans le traitement moderne de l'anémie pernicieuse. Elle favorise l'action de la transfusion, et dans quelques cas a paru accélérer l'action de la méthode de Whipple. Aussi il ne faut pas négliger cette méthode facile, mais pratiquer l'insulinothérapie, lorsque, séparément ou conjointement, la transfusion et la méthode de Whipple ne donnent pas un résultat immédiat.

Depuis quelques années, l'introduction de la méthode de Whipple est venue supplanter et remplacer tous les autres procédés de traitement. Tout d'abord, elle fut associée aux transfusions et n'intervenant qu'au titre de régime adjuvant. Mais devant son efficacité remarquable, elle prit la première place et la plupart des anémies traitées actuellement, le sont par cette seule méthode; l'association d'autres thérapeutiques, transfusion et insulinothérapie, tend à devenir de plus en plus rare, le traitement par le foie de veau réussissant à guérir seul l'anémie pernicieuse. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1928)

Un nouveau spirochète récurrent, pathogène pour le cobaye, Sp. sogdianum transmis par ornithodorus papillipes. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1928)

Notice. — M. LESAGE lit une notice nécrologique sur Emile Coni (de Buenos-Aires), membre correspondant étranger dans la troisième division. En termes excellents, il expose l'œuvre de celui qui fut le créateur de l'hygiène en Argentine.

La lèpre. — L'Académie approuve les termes d'une notice sur la lèpre rédigée par M. Jeanselme.

Conclusions de la Conférence internationale sur le B. C. G. organisée par la section d'hygiène de la Société des Nations. — M. Léon BERNARD donne lecture des conclusions de la Conférence sur le B. C. G. tenue à l'Institut Pasteur de Paris du 15 au 18 octobre.

Les conclusions auxquelles ont abouti les commissions sont les suivantes :

1° *Commission bactériologique.* — L'unanimité des bactériogistes présents à la Commission estime que les résultats expérimentaux autorisent à conclure que le B. C. G. constitue un vaccin inoffensif (Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzène, Frenkel, Gerlach, Kraus, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tsekhnovitzer, Vallée, Zeller).

Toutefois, le professeur Nobel soutient que, dans des conditions exceptionnelles, le B. C. G. est susceptible de développer chez les animaux de laboratoire une tuberculose mortelle.

La Commission estime que, de l'ensemble des faits expérimentaux publiés relatifs aux animaux de laboratoire, il résulte de la façon la plus nette que le B. C. G. ne produit pas de tuberculose évolutive (progrediente tuberkulose, progressive tuberculosis).

La Commission prend acte des travaux engagés.

Pour rendre ces études comparables et permettre d'en dégager les conclusions lors d'une réunion ultérieure, elle attire l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à élucider les questions suivantes :

1° Méthodes à suivre pour le maintien de la fixité des propriétés reconnues caractéristiques du B. C. G. ;

2° Méthodes à suivre pour l'étude de l'influence des passages sur le B. C. G. ;

3° Méthodes à suivre dans les expériences d'immunisation; détermination des doses de B. C. G. et des bacilles virulents à employer dans les expériences; adoption pour les épreuves de réinfection de souches de virulence reconnue;

4° Méthodes à employer pour les études sur la variabilité et la dissociabilité du B. C. G. ;

5° Méthodes à suivre pour étudier comparativement les modifications produites dans l'organisme au point de vue histologique par l'inoculation du B. C. G. et du bacille tuberculeux virulent;

6° Nécessité de confier la manipulation du B. C. G. (culture, préparation et distribution des émulsions vaccinantes) à des instituts dont l'autorité soit reconnue par le monde scientifique.

2° *Commission clinique.* — I. Il ressort des documents dont la Commission a pris connaissance :

1° Que le B. C. G. administré *per os* aux nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie, et par voie sous-cutanée aux enfants plus âgés et aux adultes, se montre inapte à provoquer des lésions tuberculeuses virulentes ;

2° Que, en ce qui concerne les propriétés prémunisantes du B. C. G. vis-à-vis de la tuberculose, la vaccination par le B. C. G. provoque un certain degré d'immunité.

Mais de nouvelles recherches portant sur les vaccinés, s'étendant sur une plus longue période, et effectuées d'une manière uniforme, et particulièrement une connaissance plus approfondie de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses parmi les sujets de différents âges et de différents milieux, sont nécessaires avant que la Commission puisse juger définitivement sur la valeur de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G.

II. A cet effet, elle demande au Comité des experts stastisticiens de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations d'indiquer les meilleurs procédés pour recueillir et analyser les documents de morbidité et de mortalité des enfants du premier âge, tant des vaccinés que des non vaccinés.

III. Dans le but d'établir ces documents dans des conditions d'observation irréprochables et uniforme, la Commission a préparé un projet de fiche individuelle destinée aux organismes chargés de ces études, fiche qui sera soumise audit Comité pour avis.

D'autre part, la Commission a préparé un type d'observation clinique comprenant un protocole d'autopsie, qui signale les indications exigées pour l'utilisation des documents nécropsiques dans les études ultérieures.

La Commission estime que ces études devront être confiées à un nombre restreint de dispensaires et de cliniques hospitalières. Les documents recueillis par ces organismes suivant la méthode indiquée par le Comité des experts statisticiens et avec les fiches et protocoles adoptés seront colligés et analysés par la Section d'hygiène du secrétariat de la Société des Nations, en vue d'une réunion ultérieure de la Conférence.

La Commission demande au Comité d'hygiène d'inviter à ces études des organismes qu'elle aura choisis.

La Commission considère qu'elle est d'autant plus autorisée à proposer ces nouvelles études, que celles-ci peuvent se recommander des conclusions adoptées par les Commissions des vétérinaires et des bactériologistes,

Commission vétérinaire : prophylaxie de la tuberculose bovine. — Il résulte de l'ensemble des faits expérimentaux recueillis et de l'avis *unanime* des praticiens qui ont utilisé le B. C. G. chez les bovidés que la vaccination selon la technique de Calmette et Guérin chez les animaux de l'espèce bovine se montre d'une parfaite *innocuité*.

Les mêmes faits expérimentaux et les observations recueillies dans la pratique du B. C. G. chez les bovidés témoignent d'une façon certaine que cette souche de bacilles possède des *qualités prémunisantes* vis-à-vis de l'infection tuberculeuse expérimentale et naturelle.

Ces qualités prémunisantes reconnues *autorisent* et encouragent l'extension de l'expérimentation du B. C. G. dans la prophylaxie de la tuberculose bovine. Cette utilisation devrait être poursuivie dans les divers pays conformément au protocole expérimental international ci-après, sous le contrôle des services vétérinaires officiels et des autorités bactériologiques et anatomo-pathologiques qualifiées. Partout où il sera possible d'y satisfaire, les essais devront être poursuivis selon les règles d'une méthode expérimentale rigoureuse. Par ailleurs, des applications adaptées aux conditions banales de l'élevage pourront être tentées sous un contrôle officiel constant.

— Ce rapport, avec les propositions qu'il contient, a été adopté par le Comité d'hygiène dans sa session du 25-31 octobre 1928.

Discussion. — Cette lecture amène M. LIGNIÈRES à la tribune. Il estime que la Conférence n'a pas confirmé l'innocuité des vaccinations par le B. C. G. dans l'espèce humaine ni affirmé son efficacité prémunisante. « Ses conclusions laissent absolument intactes toutes mes affirmations sur la possible nocivité du bacille bilié chez les enfants ou chez les adultes, ainsi que mes réserves sur son action prémunisante.

« D'ailleurs, la Conférence consacre mes réserves d'une manière aussi éloquente que possible lorsque la sous-commission des cliniciens dit textuellement, après avoir émis ses deux vœux que j'ai examinés plus haut :

« *De nouvelles recherches portant sur les vaccinés, s'étendant sur une plus longue période, et effectuées d'une manière uniforme et particulièrement une connaissance plus approfondie de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse parmi les sujets de différents âges et de différents milieux, sont nécessaires avant que la sous-commission puisse juger définitivement de la valeur de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G.* »

Je reste donc convaincu aujourd'hui plus que jamais qu'il faut réserver le B. C. G. exclusivement pour les enfants menacés par le bacille de Koch. Quant à ceux qui sont nés de parents sains et qui vivent en milieu non bacillifère, il n'y a aucune raison sérieuse pour leur faire subir une vaccination

dont l'utilité est problématique et qui est susceptible de provoquer chez eux des troubles parfois très sérieux. La vaccination en masse de tous les nouveau-nés ne peut se soutenir. »

Pratique et résultats de la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. en France du 1er juillet 1924 au 1er juillet 1928. — M. A. Calmette rappelle les premiers essais de vaccination faits en collaboration avec Weill-Hallé en 1921, puis avec Weill-Hallé, Turpin et Mlle Coloni jusqu'en juillet 1924. Les résultats conformes à ceux qui avaient été obtenus par lui avec C. Guérin sur les jeunes bovins, puis sur les singes, décidèrent l'Institut Pasteur à étendre l'expérience, et le B. C. G. fut mis à la disposition de tous les médecins en France, ainsi qu'à celle des laboratoires étrangers.

Depuis lors et jusqu'au 1er juillet 1928, il a été vacciné en France un peu plus de 115.000 enfants dont 3.607 signalés comme nés et élevés en contact tuberculeux, sont régulièrement suivis et ont leur observation dans le fichier de l'Institut Pasteur.

Afin de pouvoir comparer la mortalité générale et la mortalité tuberculeuse des enfants vaccinés à celle des enfants non vaccinés placés dans les mêmes conditions d'existence, on a recherché exclusivement dans la clientèle des dispensaires antituberculeux des renseignements précis sur les enfants de familles tuberculeuses nés en 1925, 1926 et 1927 dont les survivants sont actuellement âgés d'un an au moins et de quatre ans au plus, non vaccinés et vaccinés.

Les résultats de cette enquête ont été les suivants :

Mortalité tuberculeuse pour *4.854 enfants non vaccinés* nés et élevés en contact tuberculeux : *15,9 p. 100.*

Mortalité générale (par toutes causes de maladies) : *21,1 p. 100.*

Pendant le même temps, pour *2.368 enfants vaccinés* la mortalité tuberculeuse a été de 3,4 p. 100 (en comptant comme tuberculose tous les diagnostics de *méningite* dont beaucoup ne sont pas d'origine tuberculeuse et la mortalité générale de *12,5 p. 100.*

Il est donc évident que, pour des enfants de même âge, nés et élevés dans des conditions identiques, surveillés et suivis par les mêmes institutions, la vaccination préventive par le B. C. G. a réduit de près des trois quarts la mortalité tuberculeuse et de près de moitié la mortalité générale.

Une autre enquête a porté exclusivement sur les enfants nés de mères tuberculeuses et qui ont vécu au moins un an depuis leur naissance, en contact avec leur mère. Ces enfants, au nombre de 1.989 *non vaccinés* ont fourni une mortalité tuberculeuse de 18 p. 100 alors que, pour *814 vaccinés*, cette mortalité tuberculeuse n'était que de *2,4 p. 100* et la mortalité générale, pour ce groupe, a été de *24,3 p. 100 pour les non vaccinés*, contre *10,6 p. 100 pour les vaccinés.*

On a constaté partout que les enfants vaccinés au B. C. G. résistent beaucoup mieux que les non vaccinés aux maladies telles que rougeole, coqueluche, grippe et affections intestinales, qui font tant de ravages dans la population infantile. Ce fait apparaît indéniable dans les localités où la vaccination par le B. C. G. a été largement appliquée à presque tous les nouveau-nés. On peut citer, à cet égard, l'exemple de la petite ville de Ligny-en-Barrois où, du 9 juillet 1926 au 24 septembre 1928, il est né 237 enfants. Sur ces 237 enfants, 210 ont été vaccinés. Leur mortalité générale a été de *2,3 p. 100*, 27 seulement n'ont pas été vaccinés et leur mortalité générale a été de *18,5 p. 100*, huit fois plus forte que pour les vaccinés.

Il est donc maintenant prouvé que la mise en pratique de la vaccination par le B. C. G. permet de réduire dans une notable proportion la morbidité et la mortalité tuberculeuses, peut être même de supprimer totalement celles-ci dans un avenir qui, si on le veut sérieusement, ne devrait pas être très lointain.

Discussion. — M. Vaillard, lit au nom de M. Emile Roux la déclaration suivante :

« Chaque fois qu'une importante découverte apparaît elle suscite des contradictions. Au cours de son existence l'Académie de médecine en a vu de nombreuses, et les oppositions à une vérité nouvelle en ont souvent retardé l'expansion, mais elles n'ont jamais réussi à l'étouffer. Ce qui se passe aujourd'hui à propos de la prémunition de la tuberculose me rappelle « mutatis mutandis » ce qui s'est produit lors du traitement préventif de la rage. On prétendait que Pasteur ne préservait pas de la rage mais qu'il la donnait. Cependant, un examen impartial des faits aurait dû redresser le jugement des opposants s'ils avaient conservé la liberté de leur esprit. Sans se perdre dans d'oiseuses discussions ils n'avaient qu'à comparer le sort des patients mordus à la tête par des animaux reconnus enragés et non traités, avec celui des patients mordus dans les mêmes conditions et ayant subi le traitement antirabique.

Tout le monde était d'accord que les personnes mordues à la tête par des animaux enragés succombent dans une proportion qui n'est pas inférieure à 70 p. 100, alors que chez les traités la mortalité ne dépasse pas 3 p. 100. Cela suffisait pour convaincre tout homme de bonne foi de l'innocuité et de l'efficacité du traitement pastorien.

Aujourd'hui notre ami Calmette vient de nous apporter en ce qui concerne l'innocuité et l'efficacité de la prémunition des jeunes enfants contre la tuberculose, une preuve tout aussi décisive. Il envisage, en effet, les enfants se trouvant dans les conditions les plus favorables pour contracter la tuberculose, à savoir ceux qui sont *nés de mères tuberculeuses et qui sont rester en contact avec elles.*

Parmi ces enfants, les uns ont été prémunis par le B. C. G., les autres ne l'ont pas été. Ces deux catégories de nourrissons appartiennent à des familles de même condition sociale, formant la clientèle des dispensaires antituberculeux. Des infirmières les visitent régulièrement et signalent les incidents qui surviennent; elles sont donc aussi comparables que possible, et le nombre des enfants dans chacune est assez grand pour que disparaissent les différences individuelles.

Eh bien, chez les non prémunis la mortalité par tuberculose dans les quatre premières années a été de 18,0 p. 100 tandis qu'elle a été seulement de 2,4 p. 100 chez les prémunis. La mortalité générale est chez les premiers de 24 p. 100 et de 10,6 p. 100 chez les seconds.

Que reprocher à pareille expérience? Ne démontre-t-elle pas à l'évidence que l'administration du B. C. G. abaisse d'une façon inespérée la mortalité par tuberculose, ce qui prouve son efficacité, et qu'elle a en même temps diminué la mortalité générale, ce qui affirme son innocuité.

Ces chiffres sont fournis par les médecins des dispensaires, médecins spécialisés en matière de tuberculose; ils ont une authenticité indéniable.

Que durera la prémunition chez les enfants qui ont absorbé le B. C. G. à leur naissance? Quand sera-t-il nécessaire de la renouveler et par quelle méthode? Ce sont là questions dont la solution est réservée à l'avenir. Pour le présent réjouissons-nous de ce qui est acquis ».

Cette déclaration est suivie d'une courte discussion entre M. Lignières et M. Vaillard.

Quels sont les nouveau-nés justiciables de la vaccination antituberculeuse? — M. Jules Renault, après avoir rappelé que la tuberculose héréditaire est pratiquement inexistante et que la maladie est toujours due à la contagion, classe les contacts contaminants en prévus, trouvables, indécouvrables; il montre que parmi les nourrissons morts de tuberculose dans son service plus de la moitié appartenaient à des familles non tuberculeuses. Il est donc nécessaire de séparer les nouveau-nés des parents tuberculeux, mais il est nécessaire aussi de prendre pour tous les enfants les précautions destinées à les préserver de la tuberculose; parmi celles-ci

il faut mettre en bonne place la vaccination par le B. C. G., efficace et sans danger, elle doit être appliquée à tous les nouveau-nés.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. au Brésil. — M. Carlos Chagas. M. Chagas et ses collaborateurs de l'Institut Oswaldo Cruz, à Rio de Janeiro, ont vérifié que même par inoculation intra-cérébrale à la dose formidable de 30 milligrammes, le B. C. G. demeure inoffensif pour les cobayes et les lapins.

Des veaux vaccinés et maintenus au contact d'animaux tuberculeux depuis deux ans se portent toujours très bien.

De même, 656 enfants vivant pour la plupart en milieu tuberculeux ont été vaccinés et se développent dans d'excellentes conditions.

En présence de résultats si encourageants les vaccinations se multiplient Rio de Janeiro.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 octobre 1928)

Adénites tuberculeuses. — M. Mélamet, à propos de deux malades qu'il présente, rappelle les résultats qu'il obtient avec sa solution mangano-calcico-potassique dans les adénopathies bacillaires. Ces résultats sont si constants que le traitement peut servir de pierre de touche pour le diagnostic de la nature des adénites. Quand la médication manganatée n'agit pas ou agit incomplètement, c'est que l'on se trouve devant des adénites syphilitiques, syphili-bacillaires ou d'adénomes.

La capacité vitale réflexe. Appareil simple de rééducation respiratoire. — M. R. Goiffon appelle capacité vitale réflexe le volume d'air courant le plus grand qu'un individu puisse utiliser sous l'excitation d'une atmosphère de plus en plus riche en acide carbonique. Cette mesure peut se faire rigoureusement dans un spiromètre de Tissot; elle peut également être appréciée par le clinicien grâce à un simple tube décrit par l'auteur. Cet appareil peut également servir à la rééducation respiratoire.

Tuberculose pulmonaire et accès asthmatiformes. Hémoculture d'un bacille tuberculeux modifié. Auto-vaccin. Effets thérapeutiques favorables. — M. Léopold Lévi, au nom de M. Marbais, présente un tuberculeux pulmonaire avec cavernules et bacilles dans les crachats, ayant eu des crises asthmatiformes. Une friction de la peau avec une émulsion de bacilles tuberculeux produisit une réaction de folliculite.

Une hémoculture dans un milieu spécial permit de cultiver en cultures pures un bacille tuberculeux modifié (mobile, ne prenant pas le Ziehl avec spores) et qui servit à préparer un auto-vaccin. A la suite de la réinjection, le malade vit diminuer son oppression. Cinq injections sous-cutanées lui permirent de reprendre son service.

Ce cas n'est pas isolé. La fraction a été utilisée par M. Marbais dès 1908. La vaccinothérapie antituberculeuse, mise à profit par M. Marbais il y a plus de vingt ans, est remplacée par lui, depuis un an, par des auto-vaccins. Les auteurs suivent en commun une douzaine de cas, et l'on peut considérer les premiers résultats comme favorables.

Céphalées du cornet moyen. — M. R. Grain considère que, dans la pathologie ethmoïdale, une place à part doit être faite au symptôme céphalée. On le retrouve dans toutes les manifestations touchant la région, mais avec une valeur et une constance remarquable dans la dilatation kystique du cornet moyen. Ses caractères sont : l'unilatéralité, la ténacité et la permanence. Résistant à tous les traitements médicaux elle n'est curable que par l'intervention chirurgicale qui supprime et la cause et l'effet.

Traitement de l'urticaire sérique par la pancréatine. — M. A. Legrand. L'urticaire sérique étant considérée comme résultant du passage d'hétéro-albumines dans le sang des sujets atteints d'insuffisance pancréatique, M. A. Legrand, se basant sur ses expériences antérieures sur l'urticaire alimentaire, conclut par analogie et avec observations à l'appui que le traitement de l'urticaire sérique consiste à administrer la pancréatine aux malades en même temps que l'on fait l'injection de sérum.

Lipiodol, vioforme et iodoforme. Iode colloïdal contre les épanchements du pneumothorax. — M. Georges Rosenthal, contrairement à la doctrine classique, soutient qu'il ne faut pas respecter les épanchements du pneumothorax de Forlanini. Il faut les stériliser (contrôle bactériologique sur milieu de Petrof) par des petites injections de boues iodoformées ou vioformées émulsionnées à 25 ou 50 p. 100 dans l'huile ou de solution d'iode colloïdal et leur substituer l'oléothorax établi par injections progressives. La technique d'Hinaut, qui autorise l'emploi d'aiguilles fines, sera particulièrement favorable.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ANONYMAT DU CONCOURS DE L'INTERNAT

Par M. J.-A. Sicard.

Un de mes très distingués collègues fait part dans la *Semaine des hôpitaux* des impressions et réflexions personnelles qui lui sont suggérées par le concours de l'internat, dont il vient d'être l'un des juges.

Il pense que l'anonymat appliqué au concours de l'internat n'est pas une mesure favorable et demande le retour à l'ancien mode de recrutement non anonyme.

***

Je vais me permettre de répondre par quelques arguments qui, j'espère, démontreront que, de ces deux systèmes, dont aucun ne peut être impeccable, celui de l'anonymat est de beaucoup le moins imparfait.

Anciennement, est-il dit dans cet article, avec le concours non anonyme, il n'existait qu'un seul jury de médecine et chirurgie; aujourd'hui, avec l'anonymat, il existe deux jurys, l'un médical, l'autre chirurgical, fonctionnant séparément. Mais cette scission, je pense, n'a rien à voir dans la discussion de l'anonymat.

Autre argument donné : « Je suis, dit notre collègue, contre l'anonymat parce qu'il favorise à l'extrême la situation suivante : « Les maîtres des étudiants ne sont plus aujourd'hui les chefs de service, mais les conférenciers. Les conférenciers écrivent des questions, les font taper à la machine à écrire et les donnent aux candidats. » Ceux-ci les apprennent par cœur, et plus loin « les questions sont rapportées à la façon d'un perroquet ».

Mais, de mon temps déjà ancien, le concours n'étant pourtant pas anonyme à cette époque, il y avait déjà des conférenciers et des candidats qui apprenaient les « questions » traitées par leurs aînés. Nous avons à peu près tous fait, ceux de ma génération, des conférences d'internat. Les textes n'étaient pas alors « tapés ou dactylographiés », mais les élèves en assuraient eux-mêmes la reconstitution, ce qui revient au même. Et il en sera constamment ainsi, car les étudiants d'aujourd'hui, comme ceux d'hier, ne peuvent obéir à une autre discipline, dans la préparation de ce concours, tel qu'il est institué actuellement, sans épreuves de laboratoire ou de petite chirurgie (et il me paraît bien difficile, étant donné le nombre si élevé des postulants, d'instituer ce contrôle).

Du reste, dans les grandes écoles et à peu près dans toutes les professions, l'enseignement théorique a devancé la réalisation pratique. L'exemple vient de Polytechnique, de Centrale, de Normale, etc.

On ne saurait vraiment imaginer que l'on puisse demander à un candidat, ayant à peine dépassé la vingtième année, de formuler un jugement personnel sur des sujets médicaux ou chirurgicaux que des générations de médecins très instruits n'ont pu souvent arriver à résoudre. Le candidat se bornera à citer les opinions de M. X... ou de M. Y.... Et il aura raison. Lorsqu'on se rend compte du programme formidable de connaissances que l'on exige aujourd'hui aux externes se présentant à l'internat, j'avoue que, pour ma part, je trouve ceux-ci très excusables d'étudier spécialement « les questions » dans des textes de conférence, textes le plus souvent précis, concis, méthodiquement organisés et de dialectique excellente. Je n'insiste pas; ce n'est là, du reste, que réponse à mon collègue, *mais digression inutile dans le sujet qui nous occupe, et sans rapport, je pense encore, avec l'anonymat.*

*
* *

En réalité, il ne reste, à l'actif de l'anonymat, que deux inconvénients signalés, mais, je me hâte de le dire, deux inconvénients, dont seuls ont à pâtir les membres du jury et nullement les candidats :

1° D'abord : monotonie qui résulte pour les juges de la lecture des copies. Il est bien certain que ceux-ci sont obligés d'entendre la lecture d'un peu plus, en général, de 500 copies, lecture faite par un certain nombre d'internes bénévoles. La patience des membres du jury est ainsi mise assez rudement à l'épreuve. L'intérêt n'est, en effet, plus soutenu par l'attrait objectif, « la manière de se présenter » de chaque candidat nouveau, comme dans l'ancien système non anonyme. Mais je puis affirmer à mon collègue (car avant la guerre j'ai participé comme juge aux épreuves de trois concours d'internat non anonyme) que même, dans ces conditions, les dernières séances libératrices du concours n'étaient pas accueillies, sans quelque satisfaction, par les juges. Je puis lui affirmer également qu'à cette époque, malgré notre bonne volonté, tout comme dans le concours anonyme actuel, les copies lues au début ou à la fin du concours, bénéficiaient ou maléficiaient automatiquement d'un léger écart dans la cote. J'ajoute que les juges des copies des candidats des grandes écoles où le système de l'anonymat a été partout adopté (1) doivent également trouver, par instants, leur tâche bien fastidieuse et je ne sache pas qu'aucun d'eux se soit plaint des mesures de l'anonymat ;

2° Second défaut noté par mon collègue.

Les médecins des hôpitaux perdent leur influence vis-à-vis de leurs externes. En effet, avec l'anonymat, les chefs de service ne peuvent plus user de leur appui, de leur autorité, de leurs recommandations vis-à-vis de leurs collègues, au profit des externes qui ont accompli chez eux consciencieusement leur tâche.

Tenons cependant compte que même avec le régime actuel de l'anonymat cet argument ne prévaut pas tout à fait, puisqu'il existe des épreuves orales et que celles-ci forcément ne sont pas anonymes. Bien certainement, mon collègue, s'il avait fait partie du jury de l'épreuve orale, aurait connu un flot de recommandations, car, nous tous, médecins des hôpitaux, sommes obligés d'écrire des « lettres d'appui » que

(1) Les juges du baccalauréat (qui est pourtant un examen et non un concours) ont désiré plus de justice et ont demandé eux-mêmes l'anonymat. Satisfaction leur a été accordée il y a quelques années.

nous demandent avec insistance nos externes. Voilà bien qui fausse autrement la mentalité de ces jeunes gens, dès leur entrée dans la carrière, qu'un jury partage en deux, ou des copies apprises plus ou moins par cœur.

* * *

Je conclurai donc par cette considération qui doit primer toutes les autres et qui a rendu l'anonymat si populaire et si en faveur parmi les étudiants. Dorénavant, aucun des candidats ne peut se prévaloir, du moins à l'écrit, de cet argument que nous avons tous entendu malheureusement si souvent jadis proférer autour de nous : qu'une oreille ou que des oreilles trop bienveillantes de juges ont « surcoté » très injustement la copie de tel ou tel candidat « protégé des Dieux ».

Conservons donc le règlement actuel très sage de l'internat tel qu'il a été institué, en souhaitant même que le système de l'anonymat puisse être étendu « jusqu'au bout » au concours de médecin des hôpitaux.

* * *

Un dernier point de discussion sur lequel je suis, par contre, tout à fait d'accord avec mon collègue. Les internes provisoires sont, du fait même de l'anonymat, désavantagés. Ils font souvent fonction d'interne titulaire, et ne peuvent par conséquent préparer de nouveau, en toute sécurité de temps et de liberté d'esprit, leur concours. Mais combien facilement on peut réparer ce désavantage, en donnant à ce groupe limité de candidats, un ou deux points d'avance, deux points par exemple à la première moitié de la liste des provisoires, et un point pour la seconde moitié, ou une note supplémentaire uniforme pour la totalité de la liste.

NOTES DE PRATIQUE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0g50.

Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou X gouttes de teinture de crataegus dans un peu d'eau.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. E. Olivier, agrégé, commencera ces conférences le lundi 12 novembre 1928, à 16 h., grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, a la même heure.

Sujet des conférences : « Anatomie de la tête, du cou et du thorax. »

— COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — Le professeur F. Rathery commencera ses cours le mardi 13 novembre, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Les glandes à sécrétions internes et leurs rapports avec la physiologie normale et pathologique. — Alimentation. — Besoins caloriques. — Métabolisme basal. — Inanition. — Besoins azotés et minéraux. — Vitamines et avitaminoses.

MM. les professeurs L. Panisset et V. Robin, de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, feront alternativement une série de conférences de pathologie comparée le samedi, à 18 h., au petit amphithéâtre; ils commenceront ces conférences le samedi 17 novembre.

Des démonstrations pratiques (douze séances par chaque série) seront faites les mercredis et les vendredis, à 14 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, par M. Léon Binet, agrégé, chef de travaux.

Une visite scientifique sera faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

— CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — 1° *Cours de thérapeutique.* — M. le professeur Maurice Loeper commencera son cours le mardi 13 novembre 1928, à 17 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet : « Traitement des maladies des glandes vasculaires sanguines, des maladies de la nutrition et des maladies du rein. »

2° *Conférences de thérapeutique.* — M. le docteur P. Harvier, agrégé, fera ses conférences les lundis, mercredis et vendredis, à partir du mercredi 14 novembre 1928, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté.

Sujet : « L'art de formuler. Les médications digestives, respiratoires, circulatoires et nerveuses. »

Des cours complémentaires de diététique et de physiothérapie auront lieu tous les samedis en novembre et décembre, et les vendredis et samedis en janvier et février.

— CLINIQUE MÉDICALE SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. F. BEZANÇON.) — Leçons du vendredi, à l'amphithéâtre de la Clinique, à 10 h. 1/2.

Programme du cours. — 16 novembre : Rhumatisme blennorragique et son traitement.

23 novembre : Formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu. Le traitement salicylé.

30 novembre : Le syndrome de rétraction pulmonaire dans la tuberculose.

— COURS D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — M. le professeur Lereboullet commencera le cours d'hygiène et de Clinique de la première enfance le lundi 19 novembre, à 18 h. (6 h. du soir), au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis suivants, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau).

Le jeudi et le samedi, à 10 h., consultation de nourrissons et policlinique.

Le lundi, à 11 h., conférences complémentaires par les chefs et anciens chefs de clinique et les assistants du service.

Le jeudi, à 10 h., cours de l'Institut de puériculture, à partir du 8 novembre.

A Pâques et en juillet 1929, cours de perfectionnement. La date et le programme seront ultérieurement annoncés.

HÔPITAL TROUSSEAU. — A partir du 17 novembre 1928, M. Lesné fera tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes et Marquézy, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, Mme Hardouin, MM. Héraux, Laporte, Lemaire et Turpin, anciens internes du service.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 8 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë du sommet. — Signes et diagnostic du cancer du pylore. »

MM. Blanquine, 23; Chomet, 12; Fau, 22; Hauert, 18; Pautrat, 19; Bloch (Léon), 17; Fiehrer, 18; Masson, 15; Mlle Fayot, 22; M. Louvet, 26.

Séance du 9 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — Formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë chez l'adolescent. »

MM. Robert, 21; Dulot, 12; Lellouch, 13; Mlle Lépine, 18; MM. Lejeune, 11; Pichon, 27; Grivaud, 24; Duret, 18; Cros, 17; Amid, 27.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve orale théorique.* — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. »

M. Leroux, 19.

— Concours d'assistants d'électro-radiologie. — Le jury est composé de MM. Detré, Lobligeois, Salomon, Chifoliau, Baudoin.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour l'attribution d'une place d'interne titulaire et de trois places d'interne provisoire en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le vendredi 21 décembre 1928. Les épreuves commenceront à 9 h. du matin, à l'hospice général.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général avant le 6 décembre 1928, à midi. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du clinicat. — A la liste que nous avons publiée dans le numéro du samedi 3 novembre 1928, ajouter : M. Godel proposé pour la place de chef de clinique thérapeutique (M. Vaquez).

CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS. — La chaire d'hygiène et de physiologie du travail du conservatoire national des Arts et Métiers prend le nom de « Chaire de physiologie du travail, hygiène industrielle et orientation professionnelle. » (*J. O.*, 8 nov. 1928.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Gustave Humbert, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-colonel Picqué (G.-H.-J.-B.), des troupes du Maroc.

Au grade d'officier. — M. le médecin commandant honoraire Hommey.

Au grade de chevalier. — M. le médecin lieutenant honoraire Corticchiato.

(Réserve.) *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Imbert (A.-C.), Gautier (P.-A.-T.), Coville, Girma, Saleur, Moog, Pila, Margnat, Breton, Benabu, Lecornu, Clippet, Fouque, Maigne, Bridant, Henry, Denis, Monfort, Graz, Beauvy, Hérard, Jullemier, Guieysse, Vaudet-Brun, Chaufour, Chavialle, Beyle, Sauphar, Liabot, Aton, Gardiol, Ballu, Onfray, Hollande, Olmer, Jasseron, Catrin, Richard, Canuet, Pélissard, Labougle, Yvert, Camus (Paul), Bonnet, Orgebin, Philip, Poiteau, Mortegoutte, Liautey, Tremblin, Thirion, Armengaud, Boyreau, Nordmann, Estachy, Bardin, Redrunes, Chanal, Duranton, Chenot, Vermorel, Drevet, Perdrigeat, Senlecq, Faugeron, Bourdeau, Joyeux, Luzovi, Jacobée. (*Voir la suite, p. 1609.*)

CHRONIQUE

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR GOUGEROT

Jeudi dernier, à 6 heures, au grand amphithéâtre, première leçon du professeur Gougerot. Une salle comble où l'on distingue, au milieu d'étudiants venus entendre la bonne parole, nombre de personnalités médicales : le professeur Bar et M. Jean Hutinel, MM. Ch. Fiessinger, Lucien Hahn, Halbron, Labey, Lortat-Jacob, Sorrel, M. Casalis, de la librairie Masson. Dans l'hémicycle, la plupart des professeurs, depuis ceux auxquels l'honorariat n'a rien enlevé de leur vigueur : MM. Jeanselme, de Lapersonne, P. Marie, Pouchet, jusqu'aux titulaires actuels : MM. L. Bernard, Bezançon, Carnot, Claude, P. Duval, Guillain, Hartmann, Lemierre, Lereboullet, Roussy, Sergent, Sicard, Terrien, Widal; l'élite des dermatologistes parisiens : MM. Gastou, Hudelo, Queyrat, Sabouraud; des agrégés : MM. Brulé, Debré, N. Fiessinger, Léri, Lian, Ch. Richet fils. A droite, une gracieuse jeune femme, entourée de deux charmants bambins qui, tout le temps, se tiendront bien sages, n'ayant d'yeux que pour le nouveau professeur, dont l'entrée est saluée par des applaudissements sans fin, et auquel, en l'absence de M. le professeur Roger, M. le professeur Balthazard souhaite la bienvenue en termes particulièrement amicaux.

Sa leçon inaugurale est, comme le veut la tradition, divisée en trois chapitres.

Le premier est tout de remerciements. Remerciements à ceux de ses collègues qui lui ont accordé leurs suffrages; aux membres de la section permanente du Conseil supérieur et à M. le ministre de l'Instruction publique, qui ont confirmé le jugement de la Faculté; aux professeurs du Lycée Louis-le-Grand, et, surtout, à ses chefs : Troisier, clinicien de race, homme de cœur; Fournier, dans le service duquel il a connu Milian, dont la jeune maîtrise s'affirmait déjà; Reclus, intelligence séduisante, auprès de qui il a rencontré Pierre Duval; Landouzy, qu'il revoit, la taille petite, mais la tête haute, relevée en arrière, le regard portant au loin comme pour mieux dominer l'erreur; Triboulet, alors assisté du regretté Coyon, et qui restent, l'un et l'autre, pour tous ceux qui les ont approchés, comme les plus pures incarnations de l'honneur professionnel; de Beurmann, chez qui il a découvert les sporotrichoses; Sabouraud, dont les travaux sur les teignes et sur les pelades sont aujourd'hui classiques; Dominici, cytologiste de génie et l'un des fondateurs de la radiumthérapie; Widal qui, si bien, sait libérer les faits de leurs détails pour en extraire l'essentiel; Raymond, chez qui il a fait la connaissance du professeur Claude; Brissaud, esprit étincelant, flanqué de Sicard qui, déjà, émerveillait ses auditeurs par la hardiesse heureuse de ses essais thérapeutiques et par l'éclat de son enseignement; P. Marie, qui a tiré du néant toute une série d'affections jusqu'alors ignorées; Desgrez et Balthazard; L. Brocq, dont les méthodes d'examen, la miraculeuse mémoire et l'esprit de synthèse ont jeté sur la dermatologie française un rayonnement magique, et auquel le nouveau professeur est heureux de pouvoir, en ce jour solennel, rendre un public hommage de respect et d'admiration.

Dans le second chapitre, l'histoire de la chaire, avec les noms des savants qui l'ont illustrée : Alfred Fournier, son premier titulaire, qui a fait faire à la syphiligraphie des progrès décisifs. Sans recherches de laboratoire, sans réaction de Wassermann, sans ponction lombaire, n'a-t-il pas démontré la contagiosité des accidents secondaires, proclamé la dualité du chancre mou et du chancre syphilitique, créé, avec Parrot, l'hérédo-syphilis, décrit la syphilis tardive? C'est à lui qu'est due cette notion, aujourd'hui banale, que leucoplasie, aortite, tabes et paralysie générale reconnaissent pour unique cause l'infection par le tréponème. Résolument, il s'est mis à la tête de la croisade contre la syphilis. En cherchant la vérité, il a trouvé la route qui conduit à la gloire; Gaucher, qui a vulgarisé le traitement de la syphilis par les sels solubles de mercure, lactate, benzoate, et cherché, toute sa vie, à dépister l'hérédosyphilis; à ceux qui le connaissaient mal, il donnait l'impression d'un esprit paradoxal et combatif, d'une intelligence atteinte de misonéisme chronique, d'un caractère difficile, alors qu'en réalité, c'était un médecin profondément pénétré de la grandeur de sa tâche, indépendant, fidèle à ses amitiés, désintéressé à un point que seuls ses intimes pourraient dire et n'économisant à force que pour pouvoir secourir plus d'infortunes; Jeanselme dont le nom restera attaché à la description des nodosités juxta-articulaires, qui a pris la part la plus active à la lutte antivénérienne et qui, au soir de sa vie, peut être fier de sa carrière scientifique et de son apostolat d'hygiène sociale.

Si tant de savants se sont passionnés pour la dermatologie, c'est parce que son étude est infiniment séduisante. Ne permet-elle pas l'observation directe? Ne peut-on suivre, sur elle, les effets des intoxications et des infections, les réactions de défense de l'organisme, les phénomènes anaphylactiques? N'a-t-elle pas servi de champ clos aux partisans et aux adversaires des diathèses? N'est-elle pas le miroir de la santé générale? Combien de maladies graves, encore latentes, n'ont pu être reconnues et guéries que grâce à leurs manifestations cutanées? Mêmes réflexions pour la syphilis : que de questions palpitantes pose l'analyse d'une affection dont le polymorphisme est presque infini! Encore faut-il, pour faire comprendre tout l'intérêt de la dermato-syphiligraphie, l'enseigner avec méthode. Le successeur des Fournier, des Gaucher et des Jeanselme tient donc à nous exposer son programme, qui est triple.

Au point de vue scientifique, il s'efforcera d'ajouter à l'œuvre des maîtres de Saint-Louis en étudiant les faits, grâce à l'alliance de toutes les les méthodes : clinique, histologique, biologique, physico-chimique, etc., et en ayant soin de toujours garder le contact avec la médecine générale.

Au point de vue éducation, il s'occupera surtout de l'enseignement élémentaire, sans négliger cependant ni les cours de perfectionnement, organisés par Brocq dès 1903, ni l'enseignement supérieur qui sera largement ouvert aux spécialistes français et étrangers.

Au point de vue social, il continuera la lutte contre ce fléau social qu'est la syphilis, persuadé qu'ici plus qu'ailleurs, la victoire est affaire de volonté, puisque, si on le voulait bien, la syphilis acquise disparaîtrait en une dizaine d'années et la syphilis héréditaire en une génération.

C'est sur cette péroraison très applaudie que s'achève la leçon du professeur Gougerot. Et comment ne se serait-il pas, d'emblée, imposé à son auditoire, ce jeune maître dont la vie peut être donnée en exemple? Sans appui, sans relations dans le monde médical lorsqu'il entra dans la carrière, ne s'est-il pas fait lui-même? Prodigieux travailleur, n'a-t-il pas, une fois de plus, montré que pour triompher de tous les obstacles il n'est encore rien de mieux que le travail? Caractère bien trempé, n'a-t-il pas, de longues années, lutté contre les vents contraires, cherchant dans les joies de la recherche scientifique quelque compensation à des disgrâces imméritées? Chef d'école, ne saura-t-il pas allumer, dans le cœur de ses disciples, cette flamme secrète qui stimule les énergies, décuple les enthousiasmes et fait, ainsi, jaillir la découverte?

L. BABONNEIX.

LA SIGNIFICATION DES LÉSIONS PULMONAIRES

DÉTERMINÉES CHEZ LE COBAYE ET LE LAPIN PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE BACILLES B. C. G.

PAR MM.

E. LEURET et J. CAUSSIMON

Professeur à la Faculté de médecine Médecin-chef — Médecin résidant

du Sanatorium Xavier Arnozan (Bordeaux).

Les recherches auxquelles se prête la souche bacillaire B. C. G., dépassent le cadre de la vaccination préventive, et intéressent la biologie du bacille de Koch en général. En étudiant les injections expérimentales réalisées avec le B. C. G., il est possible d'observer les réactions de défense de l'organisme, celles du poumon, en particulier, beaucoup mieux qu'on ne peut le faire avec des bacilles fortement virulents.

Laissant de côté ce qui concerne les autres viscères, nous désirons insister sur l'aspect et la signification des lésions pulmonaires consécutives aux injections intraveineuses de B. C. G. chez le lapin et le cobaye.

***

Les lésions pulmonaires ainsi provoquées, chez ces animaux, dépendent non seulement des circonstances individuelles propres à l'animal, mais aussi, de la dose, de la répétition des doses, de l'état plus ou moins homogène de l'émulsion bacillaire, et enfin, de l'époque à laquelle l'animal est sacrifié.

Bien que, toutes d'origine hématogène, les lésions pulmonaires provoquées par le B. C. G. intraveineux, intéressent à des degrés différents la trame du tissu pulmonaire, les régions dites « interstitielles », et aussi l'alvéole. La constatation de ces deux ordres de lésions comme ayant une origine commune hématogène, est d'un intérêt capital.

Les lésions sont rarement diffuses, sauf chez le cobaye. D'une façon générale, elles présentent une topographie à type embolique, en relation avec la distribution des vaisseaux sanguins. Il existe en outre une forte réaction des nodules lymphoïdes péribronchiques, réaction importante, sur la signification de laquelle nous reviendrons.

En ce qui concerne le degré des lésions pulmonaires, nous proposons, d'après nos examens, la classification suivante qui permet de schématiser les faits :

A. Réactions alvéolaires. — 1° *Alvéolite inflammatoire.* — L'alvéole se comble de cellules de grande taille. Ce sont des cellules épithélioïdes à un ou plusieurs noyaux. Il n'y a pas, à proprement parler de cellule géante. Les cellules épithélioïdes gagnent le centre de l'alvéole, dont la périphérie est occupée par une réaction lymphocytaire.

2° *Alvéolite avec cellules géantes.* — C'est le type folliculaire que Coulaud a bien décrit. Le follicule occupe exactement l'alvéole pulmonaire. Au centre se trouve la cellule géante que nous croyons avoir observée plus fréquemment que Coulaud (1). Elle est de petit modèle, avec deux à cinq noyaux. La cellule géante est entourée de cellules épithélioïdes. Enfin, à la périphérie de ce système, on observe une infiltration lymphocytaire très prononcée.

Comme le fait remarquer Coulaud, « en un point et quelquefois en plusieurs, on observe un contact intime entre l'amas des cellules épithélioïdes et la paroi alvéolaire, où se trouve une zone infiltrée. »

3° *Alvéolite confluente.* — Sur certains animaux qui ont reçu de très fortes doses de B. C. G., la réaction alvéolaire, peut devenir confluente, sous forme de gros noyaux qui rappellent absolument les formations de bronchio-alvéolite à forme pneumonique, telle qu'on peut l'observer sur le poumon tuberculeux humain.

Dans ces cas de réaction confluente il est difficile, en certains points, de nier l'existence d'une caséification évidente.

Nous venons de décrire là, les lésions alvéolaires « agressives ». Mais il faut rappeler que le caractère propre des lésions observées jusqu'à ce jour avec le B. C. G., est d'évoluer vers la guérison progressive. Il existe en effet, dans ce cas, des lésions alvéolaires « régressives » qui peuvent aboutir à la *restitutio ad integrum.*

Au moment où la lésion alvéolaire régresse, on dirait que les cellules qui constituent la lésion se désarticulent, et perdent peu à peu leur point de contact. La réaction lymphocytaire s'éteint. La cellule géante paraît comme isolée au centre de l'alvéole. Les cellules épithélioïdes se font plus rares. On dirait que, peu à peu, l'alvéole se nettoie. Bientôt on n'observe plus qu'un alvéole un peu agrandi, au milieu duquel tombent des éléments épithéliaux de desquamation. Enfin, au stade ultime on voit un alvéole neuf, qui donne à peu de chose près, l'impression d'être parfaitement sain.

B. Lésions interstitielles. — Elles sont comparables aux précédentes. On peut distinguer :

1° *Tramite inflammatoire.* — Elle est caractérisée par l'épaississement des régions interstitielles, avec abondante prolifération cellulaire de types variés. Il existe aussi une forte infiltration lymphocytaire. Sous l'influence de cette réaction, l'aspect des coupes de poumon perd de son élégance habituelle. Les alvéoles paraissent plus petits, et séparés par des zones cellulaires massives.

2° *Tramite inflammatoire avec grandes cellules épithélioïdes à plusieurs noyaux.* — Ces cellules épithélioïdes de grande taille sont disséminées dans les régions interstitielles malades. Elles sont entourées de cellules du même type, mais plus petites. La réaction lymphocytaire est intense.

3° *Lésions folliculaires.* — Elles ont comme précédemment un aspect schématique. Elles sont moins fréquentes qu'au niveau des alvéoles. Cependant dans certains cas elles se présentent avec une inten-

(1) Coulaud, *Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1927.

sité telle, qu'on les voit comprimer et étouffer les alvéoles de voisinage, et former un gros noyau de condensation.

Les lésions interstitielles présentent elles aussi une phase régressive. On observe peu à peu un véritable nettoyage cellulaire. Les régions interstitielles s'amincissent et reprennent peu à peu un aspect normal.

*
* *

Les lésions pulmonaires que nous venons de décrire s'observent simultanément sur les mêmes coupes, avec prédominance de tel ou tel type suivant la date à laquelle l'animal a été sacrifié. En général ces lésions alvéolaires sont très précoces. C'est une constatation qui a son importance. En outre il est intéressant de remarquer que ces deux sortes de lésions, alvéolaires et interstitielles, ne se rencontrent pas, pour des doses comparables, dans la même proportion chez le cobaye et le lapin. Chez le cobaye les lésions paraissent plus diffuses, et les réactions interstitielles prédominent. Chez le lapin, les lésions sont davantages circonscrites et surtout de type alvéolaire.

Parmi les diverses raisons qui peuvent expliquer ces différences, il faut tenir compte des remarques faites par Allen Krause à propos de l'étude comparée du système lymphatique pulmonaire du cobaye et du lapin (1).

Cet auteur a montré que la tuberculose pulmonaire du cobaye est plus tardive, plus disséminée, plus discrète que celle du lapin, chez qui les lésions sont plus circonscrites et plus intenses. Ces différences semblent tenir à ce fait, que, chez le cobaye, le système lymphatique pulmonaire est largement ouvert, avec très peu de barrages intra-pulmonaires. Chez le lapin, au contraire, Allen Krause montre l'importance du tissu lymphoïde intra-pulmonaire. Le parenchyme pulmonaire est farci d'îlots lymphoïdes, qui se trouvent situés surtout aux points de bifurcation des bronches et des bronchioles. Ces distinctions anatomiques peuvent expliquer, en grande partie, la différence d'aspect des lésions pulmonaires provoquées par le bacille B. C. G., chez le cobaye et le lapin.

Nous avons signalé plus haut la réaction importante que le B. C. G. intraveineux détermine au niveau des îlots juxta-bronchiques. Cette lésion s'observe avec une abondance tout à fait particulière chez le lapin. Elle est précoce, parfois extrêmement intense, et il n'est pas rare d'observer au niveau de ces îlots lymphoïdes, des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Ces faits, bien mis en évidence avec l'injection intraveineuse de B. C. G., ont une portée générale.

Avec des bacilles virulents, Krause montre que, une heure après l'inoculation intraveineuse, il existe nettement des bacilles dans les nodules lymphoïdes, où ils ont déclenché les réactions cellulaires appropriées. Quatre heures après l'inoculation, l'auteur a pu mettre des amas de bacilles dans la lumière d'un vaisseau sanguin d'un îlot lymphoïde. Il est intéressant de remarquer que ces réactions sont nettement antérieures à celles du parenchymes. « Les coupes histologiques montrent à l'évidence que les bacilles tuberculeux sont arrivés au poumon par la voie sanguine (artère pulmonaire) et ont été aussitôt captés par le tissu lymphoïde, dont les îlots sont placés surtout aux points de bifurcation des bronches. Elles montrent aussi que les lésions d'abord cantonnées aux îlots lymphatiques, gagnent le tissu pulmonaire par la voie lymphatique, les troncs lymphatiques encerclant l'artère pulmonaire et la bronche » (1).

Des réactions analogues s'observent chez le lapin après injection intraveineuse de B. C. G. On a ainsi la démonstration que ces lésions péribronchiques, si souvent considérées comme les manifestations primitives et caractéristiques de l'infection tuberculeuse par voie inhalatoire, se montrent au contraire, soit avec des bacilles virulents, soit avec des bacilles atténués, comme la conséquence précoce et habituelle de l'infection par voie sanguine.

*
* *

Le mécanisme des réactions alvéolaires et interstitielles s'éclaire quand on suit, sur des coupes, le cheminement des bacilles à travers le tissu pulmonaire.

Deux jours après l'injection intraveineuse de B. C. G., on trouve des bacilles acido-résistants nets dans la lumière des vaisseaux sanguins. Ils sont, ou bien libres, ou bien en petits amas de type embolique, collés contre la paroi du vaisseau. Certains sont déjà phagocytés. On en trouve dans les régions intertitielles, au voisinage des réactions alvéolaires, et enfin au niveau des nodules lymphoïdes péribronchiques.

A une date plus avancée, les bacilles sont en majeure partie intra-alvéolaires, parfois à l'intérieur de quelque cellule épithélioïde.

Au delà du quinzième jour, on ne trouve plus de bacilles nets en dehors des alvéoles. Au niveau de celles-ci, on observe quelques bacilles, mais surtout de grandes cellules mononucléaires bourrées de granulations alcoolo- et acido-résistantes, qui semblent être des reliquats de bacilles B. C. G. phagocytés.

Chez le lapin, en injectant par voie intraveineuse de hautes doses de B. C. G., en plusieurs fois (40 milligrammes, 70 milligrammes), le cheminement des bacilles, de la lumière des vaisseaux jusqu'à l'alvéole pulmonaire, est encore plus net.

On trouve de très nombreux bacilles embolisés dans la lumière des vaisseaux. Certains sont déjà nettement phagocytés au centre des grandes cellules mononucléaires. Les bacilles franchissent les vaisseaux, et on les retrouve en abondance dans les régions interstitielles. On en trouve en très grande abondance au centre des réactions alvéolaires intenses.

(1) Cité et résumé par LELONG. *Rev. de la tuberc.*, fév. 1927, n° 1, p. 135-136.

(1) ALLEN K. KRAUSE. *Th. Amer. Rev. of Tuberc.*, n° 3, sept. 1926, p. 271-315.

Certains sont d'un aspect parfaitement normal. D'autres sont granuleux, au milieu d'une véritable poussière acido-résistante. A mesure qu'on observe des actions alvéolaires plus anciennes, il devient plus difficile de rencontrer des éléments acido-résistants. On ne trouve plus aucun bacille au niveau des lésions d'alvéolite desquamative, qui représentent le stade ultime du processus d'élimination.

*
* *

Les réactions du tissu pulmonaire, observées chez le cobaye et le lapin, à la suite d'injections intraveineuses de B. C. G. traduisent essentiellement un processus d'élimination, précédé de tentatives d'enkystement et de phagocytose.

La réalisation, en quelque sorte « au ralenti » de ces réactions, permet de penser qu'il n'y a pas lieu d'opposer des lésions d'origine bronchique ou inhalatoire, à des lésions d'origine hématogène.

Tout le monde est d'accord sur l'origine hématogène des réactions interstitielles. Mais il est remarquable de constater que les lésions d'alvéolite et les réactions des îlots lymphoïdes juxta-bronchiques, considérées comme proprement d'origine inhalatoire peuvent être la conséquence d'une infection par voie sanguine. Il y a toutes les raisons de penser qu'il en est de même pour les lésions analogues, observées dans la tuberculose humaine. L'injection par voie sanguine peut déterminer, dans toute leur pureté, les lésions de broncho-alvéolite, et les réactions lymphoïdes péribronchiques. C'est cette conclusion que nous avons voulu faire ressortir de l'étude expérimentale du bacille B. C. G. Appliquée à la tuberculose pulmonaire chronique, cette conclusion permet de saisir l'importance de l'infection du sang et du système lymphatique, dans les diverses épisodes de son développement.

XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

PREMIÈRE SESSION DE MÉDECINE SOCIALE, ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (1)

(Paris, 9, 10 et 11 octobre 1928.)

M. Georges Brouardel (de Paris), président du Congrès, appelle l'attention sur d'importantes modifications de ce Congrès, modifications rendues nécessaires par l'évolution sociale. De très importantes questions relatives à l'application des lois sociales, des accidents du travail, des maladies professionnelles y sont envisagées.

Les expertises dans les lois sociales.

Rapporteur : M. Balthazard (de Paris).

Le rapporteur envisage exclusivement les litiges que soulève inévitablement l'appréciation de l'état de maladie ou du taux d'incapacité pour le travail et qui imposent l'intervention technique d'un médecin expert.

En fait, le rôle du médecin expert est de déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail ainsi que le taux d'incapacité permanente de travail.

Tandis que l'assuré social a droit à une indemnité dans tous les cas, l'ouvrier accidenté du travail ou victime d'une intoxication professionnelle doit faire la preuve que les manifestations morbides dont il se plaint sont la conséquence de l'accident ou de l'intoxication, preuve que seul un expert est capable d'apporter dans la plupart des cas.

Pour les assurés sociaux, le droit à la pension en cas d'invalidité commence seulement lorsque la diminution de la capacité de travail atteint les deux tiers; autre fait que seul un médecin expert est compétent pour déterminer.

Tout docteur en médecine peut être nommé expert, mais encore convient-il de s'adresser de préférence à un médecin-légiste, c'est-à-dire spécialisé dans la connaissance des lois susceptibles de susciter les expertises médico-légales.

Il convient donc de ne choisir les experts que sur une liste établie par l'autorité judiciaire en s'inspirant uniquement des titres techniques médico-légaux et de la moralité.

Par-dessus tout, l'expert doit présenter des garanties d'indépendance, de haute moralité et d'impartialité. Il ne doit, par exemple, pas être le médecin soignant habituellement les bénéficiaires de la loi, pas plus que le médecin vérificateur des compagnies ou des caisses d'assurances, mutualités, etc.

Au civil, les parties ont le droit de désigner chacune un médecin expert, le tribunal en nommant un troisième. Bien que cette faculté soit rarement utilisée, il n'en reste pas moins vrai qu'elle existe.

La loi sur les assurances sociales impose trois médecins en matière d'expertise : le médecin traitant, le médecin contrôleur de la caisse et un troisième médecin qui tous porteront le titre d'expert.

Il est clair qu'aucun des deux premiers ne jouit de l'indépendance voulue pour une telle mission; mais on peut envisager que leurs opinions réciproques se neutraliseront en principe. Là n'est donc pas toute la difficulté qui réside dans le fait que le troisième médecin (projet de loi initial) serait désigné par les deux premiers. C'est là un procédé inadmissible qui d'ailleurs n'a pas été admis par le Sénat, qui a laissé aux magistrats le soin de la désignation de l'expert. Cette disposition conforme à l'équité donne donc toute garanties aux intéressés.

Discussion. — M. Ch. Paul (de Paris) appuie la façon de voir du rapporteur en demandant la limitation du nombre des experts à seule fin de mieux assurer leur compétence médico-légale, et voudrait que les juges de paix ne désignent que des experts figurant sur la liste dressée annuellement par les tribunaux.

M. Etienne Martin (de Lyon) est du même avis : ne choisir que des experts spécialisés et non occasionnels. Il devrait y avoir incompatibilité entre les occupations des médecins d'entreprises, par exemple, et celle d'expert nommé par les autorités judiciaires.

Résultats comparés des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe.

Rapporteurs : MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux).

L'étude des résultats comparés des méthodes externes et de l'ostéosynthèse n'a pas été faite en France; la discussion de la Société de chirurgie en 1924-1925 a apporté trop de faits disparates. Une telle étude doit être basée non sur des opinions plus ou moins générales, mais sur des faits rigoureusement observés. La difficulté est d'abord de trouver des observations complètes, ensuite surtout de comparer des cas aussi exactement comparables entre eux que possible pour chaque méthode. C'est à quoi se sont surtout attachés les auteurs.

Après un exposé général et des considérations qui permet-

(1) Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.

tront d'interpréter les résultats du point de vue social et médico-légal, ils étudient ces résultats comparés, pour les fractures fermées récentes, puis pour les fractures ouvertes, dans deux chapitres : l'un « médico-légal », où n'entrent seules que des observations comportant leur sanction médico-légale ; l'autre « chirurgical », où n'entrent que des statistiques intégrales, mais dont les observations ne comportent pas de sanction médico-légale ; les auteurs n'ont pas cru pourtant pouvoir se dispenser d'en tenir compte ici pour montrer la question aux deux points de vue.

Dix tableaux condensent les résultats. Et, de l'étude de 1.037 cas, découlent les conclusions suivantes :

A. Fractures fermées. — 1° Les compagnies d'assurances ne considèrent que le résultat : pour elles, une fracture de jambe, quelle qu'elle soit, simple ou double, reste une fracture de jambe. Mais les chirurgiens doivent mettre en évidence dès le début la distinction capitale des cas auxquels s'applique d'une façon habituelle chacune des méthodes : cas graves pour l'ostéosynthèse, moyens et bénins pour les méthodes externes.

2° Ce premier point bien admis — qui domine toute la question — une comparaison même globale garde quelque valeur parce qu'elle n'envisage qu'un segment de membre (fractures de jambe proprement dites récentes) et parce que, si c'est à juste titre qu'on reproche à des statistiques d'ostéosynthèse faites d'observations disparates empruntées un peu partout de n'avoir pas de valeur (les statistiques empruntées à des statistiques intégrales de chirurgiens qualifiés en ayant seules), il faut remarquer qu'on peut en dire autant des statistiques des méthodes externes qui, elles non plus, ne sont pas faites d'observations où la technique a toujours été impeccable ; à ce point de vue la comparaison reste donc juste.

3° *Résultats médico-légaux comparés* :

a. Sur 316 cas de fractures fermées, en bloc, depuis 1922.

Les méthodes externes (241 cas) donnent en moyenne : I. T., cinq mois et demi ; I. P. P. revisible, 16,2 p. 100.

L'ostéosynthèse (75 cas) donne en moyenne : I. T., sept mois ; I. P. P., 11,6 p. 100.

b. En sélectionnant pour les méthodes externes des cas graves, on a :

Méthodes externes (28 cas graves) : I. T., dix mois ; I. P. P., 22 p. 100.

De ces chiffres il ressort qu'en l'état actuel la supériorité sociale et médico-légale de l'ostéosynthèse sur les méthodes externes ne se montre pas si évidente, en comparant les résultats en bloc sans discrimination, qu'elle apparaît si on n'envisage pour les méthodes externes que des cas graves assimilables à ceux auxquels est presque toujours appliquée l'ostéosynthèse. Cette supériorité s'affirmerait encore — mais la comparaison ne serait plus équitable dans un sens opposé — si on n'envisageait que les résultats médico-légaux de la pratique de chirurgiens qualifiés en ostéosynthèse ; par exemple, sur 48 cas de Lambotte et Patel : I. T., six mois ; I. P. P., 4 à 5 p. 100.

Par contre, il semblerait qu'on puisse dire que l'ostéosynthèse donne en moyenne des incapacités temporaires plus longues, une consolidation juridique plus retardée (sept mois au lieu de cinq et demi) globalement, sans sélectionner cas bénins et cas graves. Nous n'avons pas à discuter ici pour savoir si c'est parce que la « consolidation osseuse » est elle-même retardée, ce que certains affirment et d'autres nient. En fait, c'est pour des raisons variées dont la principale (voir plus loin) est l'ostéite avec ses séquelles.

4° *Résultats chirurgicaux comparés* :

Méthodes externes (262 cas) : résultats excellents ou bons, 201 (74 p. 100) ; résultats mauvais, 46 (16,5 p. 100).

Ostéosynthèse (210 cas) : résultats excellents ou bons, 172 (85 p. 100) ; résultats mauvais, 11 (11,5 p. 100).

Ces chiffres corrigent en quelque sorte les précédents, ou, pour mieux dire, ils montrent par leur supériorité quel serait l'idéal en matière de traitement de fractures. Dès lors, ce n'est plus une question de comparaison, c'est une question d'indications : chaque méthode appliquée et bien appliquée au cas approprié ; chacune donnant pour sa part le maximum de bons résultats qu'on est en droit d'en attendre. Il n'est plus question de les comparer en les opposant. Et par là les compagnies d'assurances voient que la qualité des soins, quels qu'ils soient, serait plus à considérer que leur coût immédiat.

5° Aussi bien, les chiffres tant médico-légaux que chirurgicaux montrent combien est excessif l'opprobre complet dont certains ont voulu frapper l'ostéosynthèse. Il y a quelques résultats déplorables des deux côtés. Et, si nous additionnons tous les chiffres des chapitres I et II, soit 668 cas, nous trouvons :

Méthodes externes, 403 cas : bons résultats, 237 (59 p. 100) ; mauvais résultats, 100 (24,8 p. 100).

Ostéosynthèse, 285 cas : bons résultats, 215 (76 p. 100) ; mauvais résultats, 31 (10,8 p. 100), avec une amputation et aucune mort.

Il est bien évident que l'ostéosynthèse ne doit être appliquée qu'avec une technique impeccable. On peut avancer qu'une ostéosynthèse sabotée est plus grave dans ses suites qu'une méthode externe également sabotée. Si on ne sait pas, mieux vaut n'en point faire.

6° Dans ces conditions, un seul inconvénient sérieux de l'ostéosynthèse restera : c'est l'ostéite, 30 cas sur 269 (11,1 p. 100). Au point de vue médico-légal, l'ostéite, séquelle d'ostéosynthèse, est plus une cause de longues I. T. que de grosses I. P. P. ; elle ne permet pas de clore la période des demi-salaires aussi vite que les méthodes externes. Et c'est ce que les compagnies d'assurances voient d'un mauvais œil. Mais, à en juger uniquement d'après les chiffres de chirurgiens qualifiés (6 cas d'ostéite sur 183, ostéosynthèses de Dujarier, Alglave, Fredet et Patel), elle devrait devenir de plus en plus rare.

7° Cette étude comparative aboutit en définitive à une étude des indications. C'est une question d'indications et de technique, uniquement.

B. Fractures ouvertes. — 1° Ici, la comparaison des résultats s'offre sous un aspect complètement différent. Toute la gravité de ces fractures est dans la large exposition du foyer et son infection possible. Le meilleur traitement sera celui qui, d'abord, conservera la vie, puis le membre, et enfin seulement la fonction dans les meilleures conditions. En tout cela, l'ostéosynthèse n'a qu'une part assez minime ; elle n'est pas une « méthode de traitement » des fractures ouvertes, elle n'est qu'un temps opératoire.

La grande indication est donc la désinfection chirurgicale immédiate et complète du foyer : tout en dépend. Cela fait, trois techniques s'offrent pour terminer l'opération :

a. La « mise à plat », technique de Poncet ;

b. La suture immédiate des parties molles ;

c. L'ostéosynthèse primitive.

2° De ces trois méthodes à comparer, les chiffres suivants montrent que celle qu'il faut craindre, malgré les très beaux succès qu'elle a pu fréquemment donner, c'est la deuxième, la suture primitive hermétique des parties molles ; c'est cela qui peut être grave au point de vue immédiat et vital, et non pas de faire en même temps une synthèse.

« Mise à plat », 217 cas : résultats bons, 64 (29,4 p. 100) ; résultats mauvais, 95 (43 p. 100) ; amputations, 4 (1 p. 100) ; mort, 1 (0,44 p. 100).

Suture primitive, 19 cas : résultats bons, 13 (67,8 p. 100) ; résultat mauvais, 1 (5,2 p. 100) ; amputations, 2 (10,4 p. 100) ; morts, 2 (10,4 p. 100).

Ostéosynthèse primitive, 113 cas : résultats bons, 72 (63 p. 100) ; résultats mauvais, 19 (16 p. 100) ; amputations, 5 (4,4 p. 100) ; morts, 3 (2,6 p. 100).

3° On a pu reprocher à l'ostéosynthèse primitive dans ces fractures déjà suspectes d'infection, de favoriser les séquelles ostéitiques. Cela n'est pas très sûr, car ces séquelles existent sans ostéosynthèse, et les chiffres suivants montreraient qu'elles seraient même plus fréquentes :

« Mise à plat «, 217 cas, 37 ostéites (17 p. 100).

Ostéosynthèse primitive, 113 cas, 20 ostéites (16 p. 100).

4° Il n'en reste pas moins que la méthode prudente dans les fractures ouvertes, et, spécifions-le bien ici, dans les vraies fractures ouvertes largement exposées, et non pas dans les fractures à simple orifice ponctiforme, abusivement qualifiées d'ouvertes dans beaucoup de dossiers et d'observations, et pour lesquelles l'abstention suffit, la méthode de choix reste la large désinfection avec mise à plat et parties molles ouvertes. C'est la technique qui préserve d'abord la vie et qui conserve le membre. On pourra être appelé secondairement et même assez vite (Leriche) à la compléter par une ostéosynthèse ou une greffe précoces. L'ostéosynthèse immédiate n'est le plus souvent qu'un adjuvant utile. Elle pourra n'être que temporaire; et à ce point de vue le fixateur de Lambotte qui, en même temps, laisse libre le foyer de fracture, nous semble excellent pour le traitement des fractures de jambes ouvertes.

Discussion. — M. Mauclaire (de Paris) s'associe aux conclusions des rapporteurs. Toutefois il tient à faire remarquer que l'ostéosynthèse n'est pas encore à la portée de tous les chirurgiens. Cela tient aux conditions mêmes d'installation des services; il serait désirable qu'il existe des services de fracturés aménagés spécialement : lits de bois permettant de pratiquer une radiographie sans déplacer le blessé après extension continue. Ce dernier procédé contrôlé radiographiquement lui fait entrevoir une diminution des opérations d'ostéosydthèse.

C'est qu'en effet beaucoup d'appareillés de la sorte présentent des douleurs réelles provoquées par l'intolérance du corps étranger; parfois, ces douleurs pour réelles qu'elles soient, sont l'objet d'exagération manifeste.

La question des ostéites tardives reste toujours un problème à considérer. Leur apparition tardive pourrait peut-être s'expliquer par de petites lésions vasculaires osseuses qui se révéleraient à l'occasion d'un autre processus différent (grippe par exemple).

M. Piédelièvre (de Paris) rapporte deux observations de sa pratique d'expert qui mettent en évidence que si parfois l'ostéosynthèse donne des résultats surprenants, il est d'autres cas où ils sont désastreux.

Les maladies professionnelles causées par la manipulation des hydrocarbures et de leurs principaux dérivés.

Rapporteur : M. Duvoir (de Paris).

L'extension éventuelle de la loi sur les maladies professionnelles a incité le rapporteur à présenter aux médecins d'une façon très didactique l'étude des intoxications causées par les hydrocarbures et leurs dérivés.

I. Maladies provoquées par les hydrocarbures. — A. *Benzolisme.* — C'est le nom proposé par Heim et Agasse-Lafont pour dénommer l'intoxication provoquée par les produits impurs qui prennent naissance dans la distillation de la houille.

L'intoxication peut être aiguë ou chronique.

La forme aiguë peut être légère et se borner à un état ébrieux avec céphalée, vertiges et vomissements qui se dissipent rapidement sans séquelles.

Mais si l'inhalation a été plus massive ou si les vapeurs respirées étaient chaudes, des symptômes plus accentués apparaissent très vite : ou bien c'est la forme foudroyante avec coma accompagné ou non de convulsions, ou bien c'est un délire hallucinatoire avec hypo ou hyperesthésie, troubles de la parole précédant le coma terminal où la mort survient par collapsus cardiaque. Cependant on a observé des cas de guérison à la suite d'accidents graves.

Mais le plus habituellement on se trouve en présence d'un état chronique qui lui-même peut être prémonitoire à la grande intoxication.

Un syndrome anémo-hémorragique et des troubler nerveux sont les grands points cliniques à connaître en se rappelant que les troubles nerveux sont essentiellement conditionnés par l'état d'anémie.

Le pronostic est généralement sombre, notamment lorsque le taux leucocytaire tombe à 1.200. Si l'évolution se fait vers la guérison, la convalescence est fort longue.

B. *Pétrolisme.* — Le rapporteur englobe sous ce terme non seulement les intoxications par le pétrole mais aussi celles qui sont causées par les essences de pétrole non benzéniques.

Comme pour le benzolisme, la voie d'entrée est respiratoire, mais on peut aussi fort bien admettre l'absorption cutanée.

A l'état aigu, c'est l'ivresse pétrolique suivie d'un sommeil profond pouvant se prolonger.

Les troubles respiratoires allant jusqu'à l'apoplexie séreuse la névrite, la conjonctivite sont caractéristiques de l'état chronique.

L'odeur de l'haleine aide au diagnostic.

II. Maladies provoquées par les dérivés chlorés des hydrocarbures. — A. *Tétrachlorure de carbone.* — Ce composé provoque de l'irritation oculaire et laryngée (toux), des nausées, sensation de brûlures épigastriques, vomissements, céphalée et excitation cérébrale. L'insuffisance hépatique caractérise la forme grave.

B. *Tétrachloréthane.* — Cet hydrocarbure chloré frappe spécialement le foie ou les nerfs périphériques.

Le syndrome hépatique va des simples troubles digestifs pour s'étendre jusqu'aux ictères graves avec tous les états transitoires, et l'évolution peut être très rapide.

Le diagnostic, d'abord étiologique, est à différencier notamment des ictères toxiques et infectieux.

Le sang n'est pas touché dans sa série rouge, les modifications leucocytaires sont peu importantes, caractère distinctif de l'ictère des perlières de celui des dérivés nitrés du benzène.

Le syndrome polynévritique est assez caractéristique et consiste en une paralysie prédominant sur les interosseux des pieds et des mains avec hypoesthésie des faces palmaire et plantaire.

On note de l'aréflexie tendineuse ainsi que la disparition des réflexes du pharynx et du voile du palais d'une façon précoce.

La guérison est en général lente.

III. Maladies provoquées par les dérivés nitrés des hydrocarbures. — A. *Trinitrotoluène.* — Les voies d'introduction sont principalement pulmonaire et cutanée, cette dernière paraissant être la plus importante.

L'intoxication débute par irritation des muqueuses respiratoires et oculaires, troubles digestifs, sensation de fatigue générale, ainsi que des douleurs à caractère fulgurant des membres inférieurs.

La période d'état provoque des dermatites, de l'anémie et de l'ictère; toutes manifestations dont le pronostic est fonction de l'intensité de l'imprégnation toxique.

Le diagnostic précoce doit être causal et basé autant que possible sur la présence du trinitroluène dans l'urine, caractère qui peut faire défaut dans les cas aigus.

B. *Nitrobenzine.* — L'intoxication professionnelle est toujours le résultat de l'inhalation des vapeurs.

L'absorption du toxique est assez lente, mais, quoi qu'il en soit du temps d'apparition des accidents, on observe une cyanose très caractéristique de la face et des extrémités et même dans la bouche, la langue et le pharynx. C'est à ce moment

qu'apparaissent la dyspnée avec tachy, puis bradycardie, mydriase, enfin convulsions partielles ou généralisées. L'intellect n'est pas touché jusqu'au moment du coma qui est précédé d'une phase de somnolence contre laquelle il faut faire réagir à tout prix le malade.

L'odeur guide le diagnostic (haleine, vomissements, urine).

Le pronostic pourrait se déduire de l'intensité du processus.

L'intoxication chronique provoque des troubles analogues à ceux de la forme aiguë, mais avec une atténuation plus ou moins marquée.

IV. Maladies professionnelles provoquées par l'aniline. — L'aniline pénètre par la peau des ouvriers dont les vêtements sont imprégnés de ce composé. C'est une étiologie du même ordre qui explique les cas d'intolérance consécutifs au port des chaussures teintes en noir par la base de Bandrowsky.

Les enfant sont tout spécialement prédisposés à cette intoxication.

En tant que dissolvant des lipoïdes, l'aniline agit sur le système nerveux central, mais son action s'exerce aussi sur le sang qu'elle méthémoglobinise.

La forme aiguë fait apparaître une cyanose ardoisée bien distincte de celle provoquée par l'anoxémie (cyanose bleue). C'est à peu près l'unique signe de début.

Le syndrome nerveux consiste en excitation ébrieuse, euphorique, à l'inverse du processus dépressif (asthénie somnolence), avec parfois apparition de phénomènes paresthésique.

A un degré plus accentué, le coma survient avec myosis, auquel succède une mydriase.

Lorsque l'évolution n'est pas sévère, les phénomènes cyanotiques régressent parfois très rapidement et d'une façon plus rapide que dans l'intoxication nitrobenzénique sans doute parce que le produit s'élimine plus vite.

Le diagnostic s'appuiera sur le caractère ardoisé de la cyanose, la profession et la recherche urinaire de l'aniline.

Dans l'intoxication chronique on retrouve chez le malade une symptomatologie analogue à celle de l'état aigu, quoique très atténuée; ainsi, la cyanose disparaît dès la cessation du travail.

Mais l'existence des lésions cutanées et plus tard de lésions vésicales fait penser au diagnostic; elles consistent en une hyperhidrose profuse des mains, eczéma ulcérant, avec extension plus tardive au visage, à la verge et au scrotum.

La transformation cancéreuse des lésions endovésicales s'observe chez les vieux ouvriers qui ont manipulé l'aniline et chez lesquels cette localisation apparaît généralement fort longtemps après la cessation de tout travail.

V. Maladies professionnelles provoquées par les brais, goudrons, huiles minérales et bitumes. — Ces maladies consistent en dermatoses et surtout néoplasies cutanées qui peuvent être groupées cliniquement, la symptomatologie et l'évolution étant assez analogues.

L'acné goudronneuse est due à des phénomènes irritatifs auxquels fait rapidement suite une folliculose précoce en même temps qu'apparaît une hyperchromie localisée ou généralisée analogue à des taches de rousseur.

Vers la troisième année apparaît l'hyperkératose, qui peut subir la transformation maligne (épithélioma baso ou spinocellulaire) à évolution lente et dont les métastases sont inconstantes et tardives.

Discussion. — M. Etienne Martin (de Lyon) appelle l'attention sur la toxicité des dinitrophénols, dont le signe pathognomonique consiste en une vaso-dilatation considérable. Il faut, dit-il, agir très rapidement dans ces cas, en injectant tout d'abord un vaso-constricteur énergique qui, s'il est administré à point, sauve le malade.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) complète sur certains points la documentation du rapporteur relativement à l'anémie aplastique hémorragique par intoxication benzénique professionnelle. Dans les cas mortels qu'il a observés avec ses collaborateurs, la prédisposition constitutionnelle est évidente. D'autre part, les troubles nerveux ont consisté non en polynévrite, mais en un syndrome neuro-anémique caractérisé par une excitation pyramidale sans lésions médullaires décelables par la méthode de Nissl.

En raison de l'importance de la prédisposition dans les troubles par intoxication benzénique professionnelle, l'auteur émet le vœu, comme le rapporteur, de voir éliminés des travaux de manipulation du benzène non seulement les femmes et les enfants plus prédisposés, mais encore tout individu qui présente une débilité sanguine ou cutanée.

COMMUNICATION

Intoxication grave par l'essence de pétrole. — M. E. Merle (de Clermont-Ferrand) indique que l'essence de pétrole est susceptible, dans certaines conditions, de provoquer des accidents toxiques sérieux de même ordre que ceux produits par le groupe des benzènes, quoique d'un pronostic infiniment moins grave.

Au cours d'une réparation dans une citerne d'essence, l'ouvrier qui y procède est très rapidement incommodé et perd connaissance presque aussitôt y avoir pénétré. Il séjourne quatre heures sans secours sur le sol de la citerne où l'on finit par le retrouver. A son arrivée à l'hôpital, il est dans un état comateux complet avec stertor, facies vultueux, pouls filant. Le lendemain, délire ébrieux avec agitation, paroles incohérentes, état confusionnel, complet; respiration rapide, l'haleine exhalant l'odeur d'essence.

La température, qui était montée à 39 degrés, retombe à la normale quarante-huit heures après.

La peau présente de vastes plaques rouge violacé avec vastes décollements épidermiques. Les phénomènes délirants durent vingt-quatre heures seulement et la cicatrisation cutanée fut complète en un septénaire.

Dix jours après son entrée, le malade quittait l'hôpital guéri.

De tels faits sont rares, étant données les circonstances habituelles dans lesquelles ils se produisent, mais ils montrent que l'intoxication massive par l'essence de pétrole présente quelques analogies avec celle causée par le groupe des benzènes. L'action vésicante s'explique par le long contact avec la peau, encore est-elle toute superficielle.

Pathologie professionnelle des corps radio-actifs.

Rapporteur : M. de Laet (de Bruxelles).

Les lésions cutanées destructives provoquées par les très courtes longueurs d'onde (rayons X, corps radio-actifs), ainsi que celles plus profondes sont de l'ordre de l'accident au point de vue juridique; au point de vue de la pathologie générale, elles relèvent du processus de la brûlure, à la consolidation fort lente ou bien aux néoplasies malignes.

Les manifestations hématologiques sont les plus précoces, puisque Mottram en a relevé la trace après une unique exposition aux rayons V du radium. Les formes observées sont généralement l'anémie aplastique et plus rarement des leucémies. Au début, c'est surtout la série blanche qui est touchée : leucopénie, parfois leucémie, puis malformations globulaires, érythropénie; chute de la pression artérielle avec conservation de l'équilibre cardio-vasculaire, le parallélisme entre la maxima et la minima étant généralement conservé.

La stérilité est fréquente.

Les troubles de dénutrition sont probables, bien qu'encore insuffisamment connus.

Ces altérations sont précoces et débutent de façon habituellement légère dès les premiers contacts avec les radiations, mais, une fois installés, ces troubles sont tenaces et d'autant plus qu'ils étaient plus accusés lors de la cessation du contact des radiations.

Il faut noter ce fait important et qui mérite d'être mieux

connu, que, quelle que soit la minutie apportée dans les moyens actuels de protection, aucun manipulateur de corps radiants n'échappe complètement à des troubles hématopoiétiques tout au moins légers.

Le pronostic devient sévère dès que le taux des leucocytes s'abaisse à 2.500-3.000 et les hématies 2.500.000-3.000.000.

Il est incontestable que les accidents provoqués par les radiations constituent une maladie professionnelle et que le sujet atteint subit un dommage. Des revendications en réparations ont déjà été élevées à l'étranger. Du point de vue de l'expertise civile se pose dès lors la question de savoir si et comment il y a lieu d'assigner une valeur invalidante à un état pathologique de l'espèce, soit qu'il y ait ou non stérilité. Le rapporteur n'a connaissance d'aucun précédent.

En tant que maladie professionnelle, il y aurait lieu d'en admettre la réparation légale forfaitaire et d'instituer l'obligation d'un ensemble de mesures de protection ainsi que du contrôle hématologique au moins trimestriel des travailleurs soumis à l'action des radiations nocives.

Discussion. — M. Etienne MARTIN (de Lyon) est d'avis d'accorder forfaitairement une indemnisation pour incapacité totale temporaire. La revision obligatoire tranchera la question de savoir si l'intéressé peut ou non reprendre son travail.

M. BALTHAZARD (de Paris) signale qu'on envisage incessamment l'inscription des troubles causés par les radiations dans le cadre des maladies professionnelles. Ce sera d'ailleurs peu de chose, les cas en France étant peu nombreux.

M. FIRKET (de Liége) se demande si le fait de considérer ces troubles comme une maladie professionnelle donnant lieu à indemnisation ne va pas entraver le développement des moyens de protection.

M. DE LAET (de Bruxelles) ne partage pas ces craintes, puisque, si l'on transporte dans d'autres domaines, toujours en ce qui concerne les maladies professionnelles, cette façon de voir, on constate que ces craintes ne sont pas justifiées.

Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique.

Rapporteur : M. A. FRIBOURG-BLANC (de Paris).

Les manifestations psychiques au cours de l'encéphalite sont très différentes suivant qu'elles apparaissent au cours de la phase aiguë ou à la période de chronicité.

La confusion mentale, l'onirisme, les hallucinations, l'anxiété panaphobique se rencontrent au cours de la période aiguë tant chez l'adulte que chez l'enfant. Ce sont des phénomènes de nature délirante qui s'accompagnent d'inconscience et d'amnésie; aussi les actes délictueux commis par les encéphalitiques en période aiguë ne peuvent-ils engager la responsabilité de ces sujets qui doivent être considérés comme déments.

Les troubles mentaux de la phase chronique sont constitués par des altérations de l'humeur et du caractère ainsi que par des perversions du sens moral. Ils se traduisent par l'instabilité, l'irritabilité, l'impulsivité, l'inadaptabilité au milieu social et la libération des instincts pervers. Ils sont plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte. Ces manifestations se distinguent de celles présentées par les pervers instinctifs constitutionnels du fait de la conservation de l'affectivité, l'absence d'amoralité foncière ainsi que par la variabilité des réactions.

Si l'hérédité et les antécédents psycho-névropathiques peuvent conditionner ces complications psychiques, il ne faut pas méconnaître que l'encéphalite peut à elle seule les créer.

Les réactions antisociales d'origine encéphalitique sont conscientes et mnésiques, mais ne s'accompagnent pas de préméditation ou du désir de nuire; seules l'impulsivité et l'absence d'action frénatrice de la volonté en sont la cause, ce que montrent bien les regrets sincères et les promesses de ne pas retomber dans les mêmes fautes — rarement tenues, il est vrai — qui suivent les actes répréhensibles.

Si l'encéphalite frappe un pervers constitutionnel, le syndrome mental encéphalitique est de ce fait aggravé : les réactions sociales sont plus dangereuses et peuvent s'accompagner de préméditation, de malignité et de satisfaction perverse.

Le rapporteur divise les réactions antisociales postencéphalitiques en bénignes et graves. Quarante observations illustrent sa classification et la justifient.

La fréquence des réactions antisociales de l'encéphalitique est grande, mais en général les poursuites sont rares et se justifient par la bénignité habituelle des actes délictueux commis généralement par des enfants. Les seules — ou presque — poursuites engagées concernent des vols.

L'expert devra s'inspirer, dans ses conclusions : de l'état de maladie du sujet, des soins médicaux obligatoires ainsi que du placement dans les conditions les plus favorables pour éviter les récidives. Mais, avant tout, il ne faut pas perdre de vue l'obligation du traitement médical nécessité par la nature spéciale de l'affection.

Discussion. — M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) se permet simplement de rappeler que, dans une revue générale de 1921, il disait déjà que ce ne sont pas les formes aiguës délirantes qui intéressent le plus les médecins légistes, mais les formes chroniques atténuées parcellaires. Ces dernières déterminent, surtout chez les enfants, des réactions médico-légales qu'on peut grouper en trois formes :

a. Forme hypomaniaque, où l'excitation de l'encéphalitique favorise l'impulsion des instincts;

b. Forme où les perversions instinctives constitutionnelles sont révélées ou aggravées par l'encéphalite;

c. Forme la plus importante au point de vue théorique consistant en l'apparition de perversions organiques du caractère déterminées uniquement par l'encéphalite.

Ainsi apparaît l'importance, si bien mise en évidence par le rapporteur, de la question des réactions antisociales des encéphalitiques qui, nous démontrant le rôle d'une infection encéphalique acquise sur le déterminisme du caractère, ouvre un chapitre nouveau d'étiologie pathologique.

M. Henri CLAUDE (de Paris) insiste sur les cas frustes qui demandent une observation attentive, et en montre des exemples.

M. ROGUES DE FURSAC (de Paris) montre par une observation les multiples difficultés rencontrées parfois dans des cas médico-légaux où l'encéphalite est en cause.

Un ouvrier agricole blesse d'un coup de revolver un camarade, puis le traîne dans un fossé, le dépouille de son portefeuille et l'abandonne.

Sujet extrêmement lucide, ne présentant pas le plus petit signe de parkinsonisme. Trois ans auparavant avait eu une encéphalite bénigne guérie en un mois sans reliquat apparent, mais son caractère avait subi une modification certaine.

L'absence d'aliénation mentale ne permettait pas de le déclarer irresponsable et encore de l'interner.

Cependant le facteur encéphalitique joint à l'alcool avait certainement joué un rôle dans la genèse de sa réaction criminelle. L'individu fut condamné à la réclusion, malgré le rapport d'expert concluant à l'indulgence compatible avec les nécessités de la défense sociale.

Il est très regrettable que notre code ne prévoie pas, pour des cas de cet ordre, aucune mesure intermédiaire entre la condamnation sévère et l'internement qui, ni l'un ni l'autre, ne réalisent une solution satisfaisante en l'espèce : le premier parce que trop vigoureux, le second parce que inapplicable au cas visé,

M. PROVENT (de Paris) dit qu'on peut obéir aux exigences de la défense sociale en considérant que, pour décider si un état psychiatrique inconnu au moment de la rédaction du Code

pénal entre ou non dans les prévisions de l'article 64, les juges et les experts ont un pouvoir d'appréciation absolument souverain qui échappe au contrôle de la Cour de cassation.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Sur le nouveau service d'examen médico-psychologique systématique des mineurs délinquants de Paris. — M. J. Roubinovitch (de Paris), chargé de la direction de ce service avec le concours de cinq collaborateurs communique au Congrès les résultats du fonctionnement de cet organe pendant l'année judiciaire 1927-1928, à la Petite Roquette.

Trois cents mineurs délinquants de la région parisienne ont été étudiés au point de vue biologique, psychologique et social: pour chacun d'eux, les examinateurs ont proposé aux juges une mesure appropriée de rééducation, de préservation et de défense sociale. Les résultats constatés par la direction des affaires criminelles du ministère de la Justice et par les magistrats du parquet et du tribunal pour enfants de la Seine ont paru suffisamment importants pour que, désormais, le nouveau service soit étendu à *tous* les mineurs délinquants sans exception. Conformément à une décision du garde des sceaux, le service médico-psychologique des mineurs délinquants du département de la Seine sera installé au Dépôt, de façon que l'examen des enfants puisse être pratiqué dès leur arrestation.

M. Etienne Martin (de Lyon) demande dans quelle mesure l'administration supérieure est disposée à favoriser le développement de cette importante innovation.

M. Roubinovitch répond qu'il croit être certain de trouver dans la tâche entreprise tout le concours des pouvoirs publics.

Explosion dans une amidonnerie. — MM. Leclercq, Vallée et Muller (de Lille) rapportent une observation d'inflammation de poussière survenue dans une amidonnerie et suivie d'explosion et d'incendie. Le point de départ paraît avoir été une étincelle produite au niveau du rotor d'un moteur électrique non blindé. L'amidonnerie était particulièrement mal entretenue. C'est ainsi que dans le tunnel de séchage on pouvait retirer tous les huit jours de 200 à 300 kilogrammes de poussières occupant sur le sol une hauteur de 30 centimères! Il y eut sept morts et une quarantaine de blessés dont quelques-uns très grièvement. Deux ouvriers périrent entièrement carbonisés en huit minutes. La mort a été provoquée dans tous les cas par des brûlures et non par intoxication oxycarbonée.

Les auteurs attirent l'attention sur l'insuffisance de la réglementation de telles industries et demandent qu'une surveillance plus active y soit exercée pour assurer la sécurité des travailleurs.

Érotisme et réactions sexuelles délictueuses chez des sujets congénitalement stériles ou accidentellement stérilisés. — M. Fr. Adam (de Rouffach) rappelle que de tous temps les eunuques ont fourni une forte proportion de pervers sexuels. Entre autres arguments contre l'emploi de cette thérapeutique, l'on doit, dit-il, déjà faire valoir celui-ci, et, à l'appui de son assertion, il rapporte l'observation de deux sujets, congénitalement stériles, qu'il eut ces dernières années à examiner au point de vue mental et qui l'un et l'autre avaient commis des attentats aux mœurs. Il cite le cas d'un troisième individu se croyant, à tort ou à raison, stérile à la suite d'un traumatisme, qui en profitait pour donner libre cours à son érotisme, sous prétexte qu'il ne risquait pas de féconder ses partenaires, argument qu'il ne manquait pas de faire valoir aux femmes qu'il séduisait.

La détermination du coefficient d'empoisonnement oxycarbonique du sang en voie de putréfaction. — M. Simonin (de Strasbourg) rapporte une expertise intéressante qui confirme d'abord que, dans l'intoxication brutale et rapide par l'oxyde de carbone, le coefficient d'empoisonnement atteint une valeur élevée voisine de 0,8.

Le sang en voie de putréfaction contient des gaz putrides (hydrogène, méthane, etc.) qui élèvent légèrement la valeur du coefficient d'empoisonnement. On peut remédier à cette cause d'erreur en extrayant par le vide les gaz dissous dans le sang à examiner puis en remplissant aussitôt le flacon avec du gaz carbonique.

La valeur médico-légale de l'examen des taches de sperme à la lumière de Wood. — M. Simonin (de Strasbourg) a cherché à connaître dans quelle mesure la fluorescence des taches de sperme sous l'excitation ultraviolette est constante et spécifique. L'auteur conclut que cette fluorescence d'un blanc éclatant peut changer d'aspect avec la nature du support de la tache. En outre, cette propriété n'est pas spécifique, puisque certains liquides organiques desséchés ont une fluorescence identique ou voisine. L'examen en lumière de Wood de telles taches ne peut donc constituer qu'un procédé d'orientation et non pas de diagnostic.

Diagnostic médico-légal de la mort par embolie graisseuse. — M. Simonin (de Strasbourg) rappelle que la mort par embolie graisseuse doit son intérêt médico-légal à ce que, d'origine traumatique, elle engage les responsabilités pénale et civile de l'auteur de l'accident.

Le diagnostic médico-légal de la mort par embolie graisseuse repose sur la confrontation des données cliniques, de l'examen histologique des poumons ou du cerveau selon la forme clinique observée et, à l'occasion, des résultats du dosage des graisses dans le liquide extrait des poumons.

La néphrite chez les saturnins au regard de la loi sur les maladies professionnelles. — MM. Pierre Parisot et L. Caussade (de Nancy) se demandent s'il faut indemniser, suivant la loi, toutes les néphrites des ouvriers travaillant dans les industries du plomb assujetties ou ne réparer que celles où l'action du plomb est prouvée ou plausible.

Ainsi un saturnin qui, avant l'entrée en vigueur de la loi, avait fait des coliques de plomb et, postérieurement, une néphrite chronique, voit le tribunal demander aux experts de dire la cause de la néphrite et s'ils la croyaient antérieure ou non à la mise en vigueur de la loi.

Les auteurs reconnaissent qu'en droit cette question était inutile, mais qu'au contraire, elle était parfaitement légitime au point de vue médical. Ils s'élèvent contre l'extension énorme donnée par la loi à la présomption d'origine et, à l'aide d'exemples, montrent à quels abus elle peut conduire. Pour indemniser, ils demandent que soit au moins admissible l'intoxication saturnine : coliques de plomb, paralysie des extenseurs sont des signes certains; divers autres, qu'ils énumèrent, ne sont que des signes de probabilité. Mais on conçoit difficilement que la néphrite atrophique saturnine, qui n'est que le résultat d'une intoxication lente, puisse évoluer sans que le plomb ne manifeste son action sur d'autres organes, déclenchant ainsi l'apparition de quelques-uns des symptômes de certitude.

Les auteurs voudraient qu'au moment de l'embauchage, les ouvriers déclarent s'ils ont ou non travaillé antérieurement dans le plomb, s'ils ont présenté des accidents saturnins et qu'enfin un examen médical précis élimine la néphrite.

Étude sur l'introduction des corps étrangers dans les voies respiratoires au cours de la submersion expérimentale. — MM. Muller et Marchand (de Lille), poursuivant des recherches entreprises depuis cinq ans sur les asphyxies apportent le résultat d'expériences sur la pénétration des corps étrangers dans les alvéoles pulmonaires au cours de la submersion. Ils confirment que les corps étrangers tenus en suspension dans l'eau pénètrent bien jusqu'au fond des alvéoles. Ils montrent en outre l'uniformité de la répartition des corps étrangers dans le poumon, sauf dans les zones pulmonaires où le tissu est en état d'apneumatosis.

La recherche des vertiges consécutifs aux traumatismes craniens par l'épreuve de la marche en étoile modifiée. — MM. J. Leclercq, Muller et Boudeville (de Lille) recherchant une méthode facilement utilisable pour dépister les vertiges post-traumatiques, contrôler leur existence et connaître exactement leur importance, se sont adressés à l'ancienne épreuve du « tapis vert », qui est devenue par la suite l'épreuve de la marche en étoile. Pour sensibiliser un des labyrinthes, ils font tourner la tête du sujet à droite ou à gauche, suivant qu'ils désirent interroger le vestibule droit ou gauche. Cette modification de l'épreuve entraîne en effet comme une irritation vestibulaire du côté vers lequel on dirige la tête du sujet. Le principal avantage de la méthode est de supprimer la compensation vestibulaire qui tend à se produire normalement chez un sujet traumatisé. Elle interroge électivement chaque labyrinthe. Ils arrivent ainsi à mettre en évidence des troubles que n'aurait pas révélés l'épreuve classique pratiquée isolément. Les résultats obtenus par cette méthode concordent très exactement avec ceux fournis par les méthodes otologiques classiques.

Intoxication par l'oxyde d'antimoine. — M. Blench (de Newcastle) rapporte une curieuse observation concernant la consommation d'une limonade tartrique préparée dans des seaux émaillés intérieurement. Il y aurait eu libération d'oxyde d'antimoine qui détermina simplement des vomissements, douleurs gastriques, coliques et syncopes peu inquiétants, puisque les symptômes rétrocédèrent en quelques heures chez les soixante-dix femmes ayant absorbé le liquide désaltérant.

PIÉDELIÈVRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1928)

L'anaphylaxie chez les animaux nouveau-nés. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard. Tandis qu'il est très difficile d'immuniser les animaux peu de temps après leur naissance, on peut sensibiliser sans peine les cobayes nouveau-nés. Ces animaux, préparés moins d'un jour après la mise bas, peuvent présenter des accidents typiques et mortels d'anaphylaxie, lorsqu'ils sont éprouvés deux mois environ plus tard. Pourtant, le choc anaphylactique ne peut être obtenu que chez 50 p. 100 des animaux, soit que les nouveau-nés soient plus fréquemment réfractaires que les adultes à la sensibilisation, soit que l'injection déchaînante doivent être faite à plus fortes doses lorsque la sensibilisation a été pratiquée pendant les premiers jours de la vie extra-utérine.

Action de l'éphédrine sur le cœur in situ du lapin. — MM. L. Launoy et J. Nicolle ont étudié l'action des doses liminaires, c'est-à-dire les doses comprises entre 0g0005 p. 1000 et 0g003 p. 1000. A ces doses on observe deux phases : une phase très courte de dépression, laquelle est peu prononcée et une phase beaucoup plus longue et plus importante d'accélération du cœur accompagnée d'une augmentation d'amplitude, qui peut être de 10 à 20 p. 100 de l'amplitude du départ.

Modifications des chronaxies motrices périphériques par les centres nerveux. — M. et Mme Lepicque apportent de nouvelles expériences dont il résulte que le rapport de 1 à 2 des chronaxies des fléchisseurs à celles des extenseurs résulte d'une action non périphérique, mais cérébrale.

Les propriétés de l'antivirus tuberculeux de Besredka. — Il ressort des recherches de MM. M. Tzakhnovitzer et J. Goldenberg, portant sur des malades et des cobayes tuberculeux, que l'antivirus préparé dans du jaune d'œuf est dépourvu de toute action toxique chez les sujets sains et, que chez les sujets tuberculeux, il donne naissance à une réaction tuberculinique faible.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1928)

M. Ponroy présente deux malades l'un atteint de **bec-de-lièvre** avec prognatisme du maxillaire inférieur, l'autre atteint de **constriction permanente des mâchoires** par déformation du condyle droit, ankylose de l'articulation temporo-maxillaire et dégénérescence fibreuse du masséter.

M. L'Hirondel présente l'observation d'un enfant de cinq ans atteint d'**éruption prématurée d'une incisive** centrale supérieure gauche.

M. Fargin-Fayolle, à propos de la **technique des injections anesthésiques**, donne quelques conseils.

MM. Ruppe et Lambling. A propos d'un **abcès gangréneux du poumon d'origine dentaire** chez un patient porteur d'un kyste paradentaire suppuré fistulisé. L'expectoration fétide a montré la présence de strepto-entérocoques; disparition de la gangrène pulmonaire après exérèse de la lésion maxillaire.

MM. Schmidt et Ferrier. Consolidation spontanée de deux **incisives centrales** supérieures luxées par un traumatisme ancien.

M. Béliard. Procédé de fortune pour substituer « in situ » dans un **bridge** fixe équilibré un nouveau point d'appui à une couronne descellée. Procédé de la clavette.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

QUESTION DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Les circonstances de fait que nous allons signaler vont permettre de se rendre compte à quel point le médecin doit être prudent et se mettre en garde, quand il examine un malade, et est appelé à lui donner des soins. Il est exposé aux réclamations les plus inattendues dès qu'un cas est grave ou s'aggrave.

Deux jeunes gens se marient en 1899; la femme avait vingt-cinq ans. Tous deux étaient en parfait état de santé.

En 1905, la jeune femme a un petit accès d'herpès; elle consulte son médecin qui lui dit que cela n'est rien et lui donne un traitement banal; l'accès d'herpès disparaît. Quelques mois après elle fait une fausse couche; puis le 5 janvier 1912 elle donne naissance à un garçon, parfaitement sain, ne présentant aucun symptôme de maladie.

Deux ans après, presque jour pour jour, naît une fille, très belle, quoiqu'un peu moins grosse que son frère au moment de sa naissance; c'est le docteur M... qui a fait l'accouchement. Jusqu'à l'âge de deux mois l'enfant se porte bien; mais après ces deux mois elle est prise de vomissements et est atteinte d'entérite aiguë. Le docteur déclare que le lait de la mère est trop faible; on cherche une nourrice.

Une dame G... se présente et offre de prendre l'enfant en nourrice. La mère consulte le docteur M..., et ce n'est qu'après sa consultation et la visite par lui de la dame G... que celle-ci est agréée. La mère avait pris toutes les précautions en usage.

Cependant l'enfant n'allait pas mieux; on consulte un professeur de la Faculté de Paris qui diagnostique une gastro-entérite et donne une potion qui arrête en deux jours la maladie de l'enfant.

Un mois plus tard, la nourrice, qui allaitait son fils en même temps que la petite fille qui lui avait été confiée, est mordue au sein par son fils. La morsure ne se guérissant pas, elle est montrée au docteur M... qui la juge suspecte; on envoie la nourrice à l'Institut Pasteur.

On examine le sang de cette dernière; l'examen révèle l'existence de la syphilis. La nourrice, dame G..., accuse la petite fille qui lui a été confiée de l'avoir contaminée. On examine le fils aîné, ainsi que le père et la mère de la petite fille; on ne trouve rien. On procède à un examen plus minutieux de la mère; on trouve chez la mère des symptômes qui permettent de dire qu'elle a des traces de contamination; elle ignorait qu'elle pût avoir été atteinte de cette maladie. Elle fut atterée; on la soigne, on soigne la nourrice, on soigne la petite fille. Toutes trois sont parfaitement guéries.

Il semblait que tout fût fini et que les choses allaient en rester là. Il n'en a rien été; la dame G... engagea un procès contre le docteur M... et les parents de l'enfant, demandant 80.000 francs de dommages-intérêts pour son fils et pour elle. Cette procédure avait été faite un peu légèrement; car, dans la suite, la dame G... se désista pour la demande concernant son fils qui n'avait rien comme maladie; puis elle renonça à sa demande à l'encontre du docteur M... à qui on ne pouvait reprocher aucune faute. La dame G... fut finalement déclarée mal fondée en sa demande.

Mais, pour arriver à ce résultat, plusieurs expertises furent faites. Les experts constatèrent notamment que :

1° La dame X... (mère de la petite fille) et son enfant ont eu la syphilis;

2° La dame G... a été contaminée par l'enfant;

3° La syphilisation de l'enfant G... ne s'appuyait que sur le diagnostic d'un médecin;

4° Le sieur G..., mari de la nourrice, a échappé à la contamination;

5° La syphilis, chez la dame G..., n'a pas déterminé de lésions à l'heure actuelle et semble devoir rester latente et inoffensive;

6° Si elle a existé, la syphilisation de l'enfant G... n'a laissé aucune lésion.

Les experts déclaraient, en outre, que le docteur M... n'avait encouru aucune faute professionnelle; il n'avait aucune raison de suspecter la syphilis et s'était même assuré l'avis de deux confrères; il avait pris les précautions d'usage, dès qu'une manifestation lui eut permis de soupçonner la syphilis.

La responsabilité du médecin a donc été écartée. Celle des parents l'a été également.

En effet, pour qu'il y ait responsabilité, il faut, aux termes de l'article 1.382 du Code civil, avoir commis une faute consistant dans une négligence ou une imprudence. On n'en pouvait relever aucune à l'égard du médecin qui avait pris toutes les mesures nécessaires dès qu'il sut qu'il s'agissait d'une atteinte de syphilis, ni à l'égard des parents de l'enfant qui ignoraient complètement la contamination et même l'existence de la syphilis; le fait de leur bonne foi avait été établi.

C'est ce qu'a jugé la Cour d'appel de Paris, dans son arrêt du 28 juillet 1928, après plaidoirie de Me Louis Mercier. La Cour a relevé cette constatation des experts disant que la dame X... et sa fille avaient été malades, la mère accidentellement et l'enfant par hérédité; le père était complètement indemne, quoique ayant passé avec sa femme la vie conjugale la plus étroite.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Méthode concentrique dans l'étude des psychonévrosés [Leçons cliniques de la Pitié, 1927] (1), par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Chez certains nerveux, telle est l'intrication des symptômes qu'il est impossible de leur assigner une dénomination satisfaisante, de les considérer comme traduisant simplement un trouble fonctionnel, de les rattacher à une affection définie. Si l'on veut tirer leur cas au clair, il est indispensable d'user de certaines méthodes qui permettent de répartir en diverses zones les divers phénomènes morbides observés. Telle est la méthode concentrique qui distingue cinq zones : 1° *psychique*, avec ses deux versants : un extérieur, tourné vers la société et les relations d'interpsychologie; un intérieur, qui se complique très souvent d'une série de manifestations d'interpsychologie familiale, professionnelle, et que permet d'explorer la technique des mots inducteurs, pouvant jouer un rôle important dans l'analyse du subconscient; 2° *nerveuse*, avec, également, deux versants : versant de la neurologie de relation, sur lequel on recherchera les signes physiques d'une affection organique du système nerveux; versant sympathique, que les manifestations sympathiques soient d'ordre lésionnel ou dynamique; 3° *endocrinienne*, avec un versant humoral que l'on étudiera par tous les procédés physiques, chimiques, etc., en faisant une part importante à l'étude du pH et un versant morphologique, comportant les facteurs dépendant de la constitution, du tempérament et du caractère; 4° *viscérale*, avec un versant physiologique et un versant anatomo-pathologique; 5° *centrale* ou *noyau morbifique*.

Inventée par M. Laignel-Lavastine, cette ingénieuse méthode a l'incontestable avantage de ne pas découper un cas pathologique donné en une infinité de petits morceaux, mais de le voir dans son ensemble, d'en faire la synthèse et de lui opposer ainsi un traitement utilisant en même temps hygiène, diététique, psycho, physio et endocrinothérapie, pharmacie galénique, autrement dit à instituer, non pas une thérapeutique omnibus, mais une thérapeutique qui s'adapte à chaque cas particulier. Elle nous vaut aujourd'hui une série de leçons, dans chacune desquelles elle est développée, exposée, commentée, et qui s'appellent : *Définition et division des psychonévroses*; — *L'émotivité*; — *La méthode concentrique dans le diagnostic des psychonévroses*; — *La conscience claire et le moi profond des psychonévrosés*; — *Le moi profond des psychonévrosés éclairé par l'expérience ascétique et mystique*; — *Les réactions sympathiques et endocriniennes des psychonévrosés*; — *Les tares organiques et les maladies acquises ou héréditaires des psychonévroses*; — *Symptômes, diagnostic et traitement de l'endocrinonévrose hypotensive*; — *Principes généraux du traitement des psychonévrosés*.

On lira avec intérêt ces leçons, que complète une jolie conférence de M. Jean Vinchon sur *Le diable chez les psychonévrosés*, et qui, par les incursions continuelles de l'auteur dans les domaines les plus divers : psychologie, métaphysique, théologie, physiologie générale, par son délicat talent de lettré, par la pureté et l'éclat de sa forme, par « son don particulier de plaire, de charmer, de séduire », emporteront les suffrages de ces juges souvent difficiles que sont les médecins.

L. BABONNEIX.

Au Luxembourg et chez Rodin (2), par le docteur Fernand VALLON.

Le docteur Vallon nous donnait il y a quelques mois un livre charmant sur Falconet. Abandonnant le XVIIIe siècle et

(1) In-4° de 279 pages. — Prix : 46 fr. — Paris 1928, Chahine.
(2) Grand in-8 carré. — Prix : 40 fr. — Imprimeries réunies, à Senlis, 1928.

ses grâces, il nous emmène aujourd'hui faire une promenade d'art au musée du Luxembourg, à l'orée du parc que fréquentent tant d'ombres illustres.

Tous ceux qui connaissent le sens artistique si affiné de notre confrère voudront l'accompagner dans sa promenade à travers la sculpture et dans les salles où Renoir coudoie Carrière. Et c'est un charme de l'écouter parler de Manet et de Zola, de le suivre de Whistter à Desvallières et de l'accompagner devant les Degas, les Lautrec, les Monnet, les Caillebotte, les Sisley, les Cézanne et les Van Gogh.

En sortant du Luxembourg l'auteur nous conduit chez Rodin admirer une fois de plus l'œuvre émouvante du plus grand des sculpteurs modernes.

Le nouveau livre de M. Vallon est l'œuvre d'un écrivain délicat et d'un amateur averti. Les bibliophiles apprécieront son beau livre, chef-d'œuvre de typographie. Ils admireront les belles gravures qu'il renferme et surtout l'émouvant portrait de Verlaine par Carrière qui conserve le souvenir du grand poète tel que nous l'avons connu, au déclin de sa vie, dans le service d'hôpital de notre maître Chauffard.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

INFORMATIONS

(SUITE)

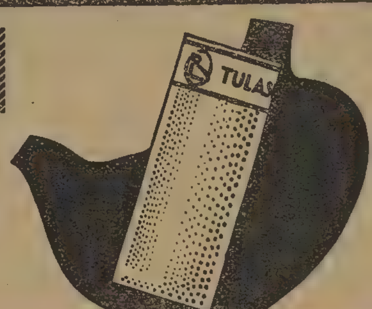
INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES. — Un décret prévoit un relèvement du taux des indemnités forfaitaires allouées aux médecins, pharmaciens et dentistes des Invalides. (*J. O.*, 10 nov. 1928.)

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Tous les ans, l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux.

Le candidat reçu à ce concours est chargé pendant quatre années consécutives d'une mission dans une ville d'eaux. Une indemnité annuelle de 1.500 fr. lui est attribuée à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 fr. destinée à récompenser le mémoire qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée.

Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours de cette année aura lieu très prochainement.



Les candidats sont priés d'adresser, dès maintenant, leur demande au secrétariat de l'Académie de médecine, rue Bonaparte, n° 16.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 novembre 1928, à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les conditions particulières de la prophylaxie dans les expéditions coloniales », par M. le médecin général Audibert, des troupes coloniales.

La distribution des cartes de présence cessera à 21 h. précises.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Un concours sur titres sera ouvert, dans la deuxième quinzaine de novembre, pour l'emploi d'un médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dans la région de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) : Etaples et Desvres.

Le traitement et les avantages donnés à ce médecin spécialisé seront ceux prévus aux statuts du Comité national.

Conditions : Etre Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et de titres de spécialisation en tuberculose.

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 29° décade (11-20 octobre 1928), 1.242 décès totaux, dont 1.043 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 939 pendant la décade précédente et de 1.025, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 199 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.043 décès de population domiciliée ou résidante à Paris, notons que :

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46, au lieu de 39 pendant la décade précédente (moyenne 35).

La scarlatine n'a causé aucun décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 52; il s'élevait à 66 pendant la décade précédente (moyenne 39).

La diphtérie a causé 6 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 92, au lieu de 55 pendant la décade précédente (moyenne 62).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 136 décès, au lieu de 127 pendant la décade précédente, et au lieu de 123 moyenne décadaire correspondante.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gabriel Marcelle (de Bruxelles), de Parades (de Nîmes), Charles Gerber, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Louis Jacques (de Marseille), Camille Jadot (de Bruxelles), Mme le docteur Champendal, décédée à Genève; M. le docteur Fernand Giberton-Dubreuil, président de la Société des médecins de Seine-et-Oise, décédé à Versailles dans sa 77° année. Nous adressons à son gendre, le docteur Gillard, l'expression de notre profonde sympathie.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Leçon inaugurale. — La leçon inaugurale de M. le professeur Maurice Villaret aura lieu le mercredi 21 novembre, à 6 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— Cours de clinique urologique (Clinique Guyon). — M. le professeur Legueu commencera ses leçons le mercredi 14 novembre 1928, à 11 h., et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des Cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 h.; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h., avant la clinique.

— Chaire de physiologie. (Professeur : M. H. Roger.) — M. Ch. Richet, agrégé, commencera les conférences de physiologie le jeudi 15 novembre, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre et de décembre. Il reprendra les conférences au mois de mai 1929.

— Clinique des maladies nerveuses. — M. le professeur Georges Guillain commencera son cours de clinique le vendredi 16 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 h. (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la Clinique Charcot).

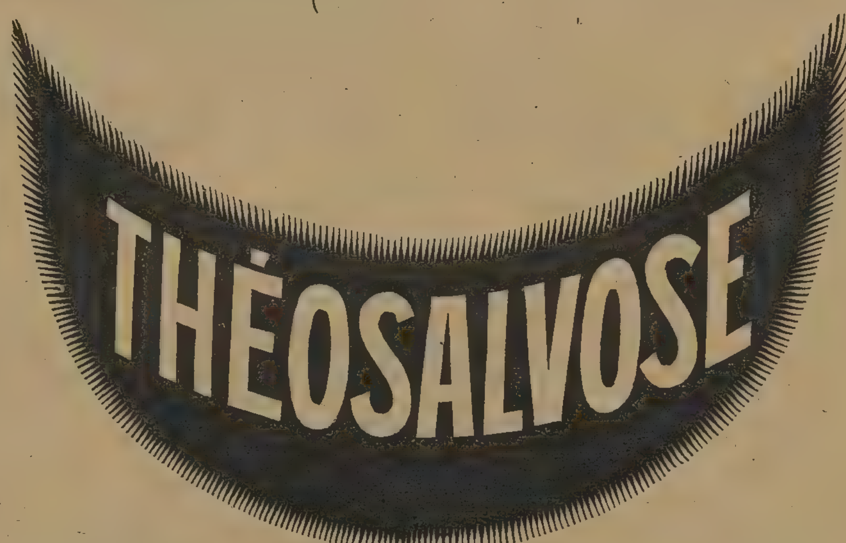
— Cours de clinique thérapeutique médicale (Fondation du duc de Loubat. Hôpital de la Pitié.) — M. le professeur H. Vaquez commencera son cours de clinique thérapeutique, à l'amphithéâtre du service, le jeudi 15 novembre 1928, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Depuis le 2 novembre, tous les jours, à 9 h. 1/2 du matin, visite dans les salles. Le vendredi, policlinique, avec présentation de malades. Le samedi, à 10 h. 1/2, conférences de sémiologie, par M. le docteur Donzelot, agrégé.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Deux étudiants en médecine (12 inscriptions) désireraient emploi médical ou chirurgical les après-midi. — S'adresser au Journal.



NOTES POUR L'INTERNAT

GOITRE EXOPHTALMIQUE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC) (1)

3. **Formes associées aux autres troubles endocriniens.** — *a.* **Hypothyroïdie.** — Il n'est pas exceptionnel de relever des troubles hypothyroïdiens chez les basedowiens. Le myxoœdème peut succéder au Basedow après thyroïdectomie trop large ou traitement radiothérapique trop intensif.

b. **Ovaire.** — 1. *Insuffisance ovarienne* : TRÈS FRÉQUENT (voir plus haut).

2. Apparition du Basedow *après ovariotomie*, au moment de la *puberté*, de la *menstruation*, de la *ménopause* (déjà vu).

c. **Hypophyse.** — Association avec acromégalie, gigantisme, certaines formes d'*adiposes*.

d. **Insuffisance surrénale.**

e. Formes associées au **diabète** (vu), au **tabès** (syphilis causale commune), au **rhumatisme chronique** à la **sclérodermie**, à la **maladie de Raynaud.**

4. **Formes suivant l'âge, le sexe :**

a. **Enfant.** — Rare, bon pronostic;

b. **Basedow familial.** — Le Basedow voisine ici avec des cas de myxœdème ou de mélange d'hyper et d'hypothyroïdisme (*dysthyroïdie familiale*).

c. **Homme.** — Rare : c'est surtout un *goitre basedowifié.*

d. **Femme enceinte.** — Opinions divergentes.

Pour les uns : la grossesse donne un *coup de fouet.*

Pour d'autres, elle aurait plus souvent une heureuse influence, mais c'est au moment de l'*accouchement* et de la *lactation* qu'apparaîtraient les *signes d'aggravation.*

On connaît l'hyperthyroïdie normale au cours de la grossesse et on ne saurait s'étonner de la répercussion de cet état sur un syndrome de Basedow.

5. **Goitre Basedowifié. Adénome toxique.** — C'est une forme *très fréquente*, et importante à divers points de vue. Le diagnostic d'adénome toxique oriente le traitement de façon un peu différente : c'est qu'il s'agit ici d'un sujet *porteur d'un goitre ancien*, goitre souvent endémique, familial, qui, à un moment donné, sous l'influence d'un surmenage, d'émotions, d'épisodes de la vie génitale, présente des signes de basedowificatiou.

Deux ordres de symptômes seront donc révélés par l'examen clinique :

a. **Le goitre.** — Il est souvent volumineux, irrégulier, avec des masses de *consistance dure, inégale*; ces noyaux sont parfois plongeants et bien mis en évidence par la radioscopie en oblique. Parfois cependant, on ne trouve pas de noyau net, c'est un goitre colloïde, parenchymateux.

b. **Les signes de la série basedowienne.** — Ils sont généralement *frustes*, les troubles circulatoires (*tachycardie*) et *psychiques* étant les plus fréquemment observées.

Le cœur de ces malades est souvent *hypertrophié* et on peut observer le syndrome décrit sous le nom de *cœur des goitreux.*

Le traitement est ici tout différent : on ne peut espérer modifier la tumeur goitreuse par le traitement médical pur. C'est la *thyroïdectomie* qui, le plus généralement, est le meilleur traitement de ces « adénomes toxiques ».

6. **Formes étiologiques.** — En présence d'un syndrome de Basedow, qu'il s'agisse d'un Basedow vrai, de formes frustes, ou d'un goitre basedowifié, il *faut toujours rechercher une étiologie.*

a. **Maladies infectieuses** (*Basedow secondaire à une thyroïdite infectieuse*).

Rhumatisme articulaire aigu : on sait la fréquence relative des flexions thyroïdiennes au cours du rhumatisme articulaire aigu. Dans certains cas, on retrouve le rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents des basedowiens qui, peuvent présenter en même temps une lésion cardiaque orificielle. C'est dans ces cas que la thérapeutique anti-infectieuse donne de beaux résultats.

Oreillons.

Typhoïde.

b. **Syphilis.** — Très importante. On sait également l'existence de thyroïdites syphilitiques secondaires. Dans certains cas, on n'en a pas la preuve nette, mais il existe des signes évidents de spécificité, et le traitement spécifique donne des grandes améliorations. Pour certains auteurs les basedowoïdes de Stern seraient des hérédosyphilitiques.

c. **Tuberculose.** — Coexistence fréquente des deux maladies. A l'autopsie, on a trouvé des follicules tuberculeux dans le goitre (Grasset et Castaigne).

d. **Hyperthyroïdisme alimentaire.** — Apparition de Basedow, souvent fruste, après ingestion de produits thyroïdiens en quantité exagérée. (Malades voulant maigrir, traitement trop intensif de l'hypothyroïdie).

e. **Basedow iodique.** — Correspondant à certaines observations de sujets soumis à un traitement iodique trop intense et prolongé. Remarquer que certains auteurs traitent avec succès le Basedow par l'iode. Cette méthode est controversée.

DIAGNOSTIC

Il est *aussi facile, évident, dans les formes typiques*, qu'il est *délicat dans les formes frustes, incomplètes.* Suivant la prédominance ou le groupement de tels ou tels symptômes, un certain nombre de diagnostics peuvent être discutés. C'est ainsi que :

1. Certains basedowiens se plaignent, tout d'abord, de toux, avec état subfébrile, dyspnée facile, amaigrissement, tachycardie, etc... On pense à la *tuberculose* : il faut un *examen serré* du malade (radiographies, examen des crachats, métabolisme basal) pour éliminer le diagnostic, et s'assurer, d'autre part, que les deux affections ne coexistent pas.

2. Certains malades se présentent plutôt *comme des cardiaques*, avec palpitations, douleurs précordiales, tachycardie, extrasystoles.

Il est facile de rapporter la tachycardie à sa véritable cause. Et c'est seulement *en cas de lésion cardiaque coexistante* que le diagnostic est délicat : s'agit-il d'un souffle extra-cardiaque? s'agit-il d'une cardiopathie coexistente et au début de la phase de décompensation? Il faut examiner le malade à plusieurs reprises, voir le cœur à l'écran, etc...

En cas de *tachycardie paroxystique*, penser à rechercher toujours le rôle du corps thyroïde dans sa pathogénie.

3. Enfin, la tachycardie, associée au tremblement, chez des sujets nerveux, peut faire penser à certaines intoxications, et surtout à l'*alcoolisme* (mais signes associés d'éthylisme avéré, tremblement plus large, etc...) au *théisme*, au *caféisme.*

4. A cause du *goitre*, différentes questions se posent : est-ce un goitre exophtalmique, un goitre basedowifié, un goitre simple? Les caractères même du goitre et les signes associés permettent aisément le diagnostic. Nous n'y reviendrons pas.

5. L'*exophtalmie* ne se discute guère, à cause des signes oculaires caractéristiques dont elle s'accompagne, et des autres signes associés. Ce n'est que très exceptionnellement, en cas d'exophtalmie très franchement prédominante d'un côté qu'on pourrait penser à une exophtalmie due à une tumeur orbitaire ou intracranienne (tumeur, anévrisme). Les signes associés et l'examen ophtalmologique feront le diagnostic.

En résumé. — Trois grandes variétés du syndrome de Basedow :

1. Les formes **vraies, typiques**, d'un diagnostic évident;

2. Les formes **frustes**, si fréquentes, et pour le diagnostic desquelles le **métabolisme basal** est si utile;

3. Le **goitre basedowifié.**

Dans tous les cas, il faut rechercher les autres signes d'insuffisance pluri-glandulaire, faire un examen complet du malade, étudier le métabolisme basal qui pourra aider au diagnostic et guider, dans certains cas, le traitement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1918, n° 88, p. 1542, et n° 90, p. 1572.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHESINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 12 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la colique hépatique. — Signes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Carteret et Souilhé, 10; Mlle Vidal, 16; MM. Baussan, 19; Naes, 22; Vaidis, 12; Gorecki, 14; Joseph, 26; Barthélemy, 8; Coste, 17.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de dix internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 20 décembre 1928, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont nommés, pour 1928-1929, chefs de laboratoire : MM. Beauvieux, docteur en médecine (clinique ophtalmologique); Delaunay, agrégé (hygiène); Desqueyrous, docteur en médecine (médecine légale); Dupérié, agrégé (hôpital des enfants); traitements, Mougneau, docteur en médecine (clinique des maladies cutanées et syphilitiques). — M. Massy, pharmacien de 1re classe, est délégué pour 1928-1929 dans les fonctions de chef du laboratoire de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— Lille. — M. Curtis, ancien professeur, est chargé, pour 1928-1929, du cours d'anatomie pathologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Bugnon est nommé, pour 1928-1929, chef des travaux pratiques de micrographie.

— Reims. — M. Jacquinet est nommé directeur pour trois ans, à dater du 31 octobre 1928.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Perrot, professeur, est nommé assesseur du doyen, pour une période de trois ans, à dater du 1er novembre 1928.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix et subventions attribuées en 1928 (*fin*). — *Physiologie.* — Prix Montyon (1.500 fr.) : M. Maurice Rose, chef de travaux de zoologie générale à l'Université d'Alger; prix L. Lacaze (10.000 fr.) : M. Louis Lapicque, professeur à la Faculté des sciences; prix Pourat (2.000 fr.) : M. Robert Courrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Alger; prix Martin-Damourette (1.000 fr.) : M. Eugène Jamot, chef du service de la trypanosomiase humaine, au Cameroun; prix Philipeaux (1.000 fr.) : M. François Granel, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier.

Fondations spéciales. — Fondation Lannelongue (2.000 fr.) : Mmes Cusco et Rück; prix Helbronner-Fould (2.000 fr.) : le prix est décerné à la veuve de Marcel Bertrand, membre de l'Académie des sciences.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation de Mme Victor Noury (prix (de 3.000 fr.) : M. René Fortrat, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble; fondation Roy-Vaucouloux (6.000 fr.) : les arrérages de la fondation à M. Claudius Regaud, membre de l'Académie de médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BUENOS-AIRES. — M. le professeur Emile Sergent (de Paris) vient d'être nommé académicien honoraire.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Ott (Charles), auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre de cette assemblée, en remplacement de M. le docteur Pottevin, décédé.

(*Voir la suite, p. 1630.*)

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR TANON

M. le professeur Tanon a pris possession mardi dernier de la Chaire d'hygiène. Nombreux étaient les amis qui se pressaient autour de lui dans l'hémicycle du grand Amphithéâtre. Nous avons remarqué, au hasard des entrées, MM. Gastou, Paul Guéniot, Basset, Hanriot, Gley, Loeper, Brumpt, Rathery, Legry, Brûlé, Leon Bernard, H. Vincent, Deniker, Nattan-Larrier, Gougerot, Binet, Ch. Richet fils, Hovelacque, de Lapersonne, Lereboullet, Lian, Rouvière, Sézary, Champy, Clerc, Desgrez, Debré, Le Lorier, Roussy, Dujarric de la Rivière, H. Thierry, Vaquez, Pouchet, Teissier, Jeanselme, Bezançon, Sicard, Villaret, H. Labbé, Sacquépée, Philibert, Luis Morquio (de Montevidéo), Mulon, N. Fiessinger, Bénard, Laignel-Lavastine, Babonneix, Pasteur-Vallery-Radot, Lemaître, Nègre, Heitz-Boyer, Hahn, Zuber, Léri, Lucien Camus, Tixier, Tiffeneau, Liard, G. Brouardel, Jules Renault.

M. le professeur Balthazard, remplaçant M. le doyen Roger, souhaite la bienvenue au nouveau professeur et lui donne la parole.

Très applaudi par l'assistance, M. Tanon commence par rappeler, comment sur les conseils de Würtz, il s'orienta vers l'hygiène, puis il adresse ses remerciements à ceux qui l'ont élu, à M. le doyen Roger actuellement en mission au Paraguay, à M. le professeur Balthazard son assesseur, qui jouit de l'estime et de la confiance des étudiants et des praticiens.

Les maîtres de M. Tanon furent MM. Ch. Achard et Loeper son interne d'alors, MM. Vaquez, Desgrez, Brindeau, Rathery, Lejars, Hanriot. Mais à côté de ces maîtres auxquels il doit tant, M. Tanon tient à placer deux médecins qui furent pour lui de précieux guides, les docteurs Despréaux et Bourges.

Il adresse encore l'expression de sa reconnaissance à Würtz, à Kelsch qui lui ouvrit le laboratoire de vaccine de l'Académie où il travaille aujourd'hui avec Lucien Camus.

A M. Pierre Teissier, qui fût pour lui le meilleur des maîtres, Tanon exprime sa profonde gratitude. Il trouve des termes charmants pour le remercier de son enseignement si précieux, de son affection si sûre, de son amitié. Il ajoute à ces remerciements son admiration pour la loyauté qui rayonne autour de M. Pierre Teissier.

Après avoir dit encore tout ce qu'il doit aux beaux services d'hygiène de la Préfecture de police, à M. Liard, à M. Dubief, à M. Bordas, à tous ses collègues, à tous ses élèves, M. le professeur Tanon aborde le sujet de son cours.

Comment doit être compris l'enseignement de l'hygiène en France? — L'étude de l'évolution de l'hygiène fournit d'excellentes indications à ce sujet.

On a dit qu'Hippocrate avait créé l'hygiène, ce n'est pas bien certain. Il est probable que l'hygiène existait bien auparavant, et que son développement était dû simplement à l'instinct qui pousse tous les hommes à se préserver du froid ou de la maladie.

L'Hygiène est née quand des fondateurs de religion et des législateurs ont eu conscience de l'importance des mesures collectives. On peut, écrivait Michel Lévy, la placer sous l'égide de trois noms Moïse, Lycurgue et Hippocrate, car la médecine et la politique se sont associées aux religions pour l'imposer.

Jusqu'au milieu du XIXe siècle, l'hygiène individuelle est la seule pratiquée. Et cependant des essais d'hygiène publique avaient été tentés pour la voirie sous Saint-Louis, pour la protection de l'enfance sous Jean Le Bon. Mais trop de pouvoirs se disputaient la France et l'autorité du roi jusqu'à Louis XIV est insuffisante souvent à se faire obéir.

Il nous faut arriver à la Révolution pour voir prescrire des mesures d'ensemble.

En 1794, l'hygiène prend rang de science en France. Elle emprunte aux circonstances une importance particulière et nous voyons une chaire fondée la même année et confiée à Hallé.

Les épidémies de peste, la fièvre jaune de Gibraltar, les épidémies de choléra de France en 1832, 1849, 1853, suscitent des mesures collectives. En 1859 se réunit à Paris la première conférence d'hygiène internationale. Puis apparaissent les travaux de Pasteur qui vont permettre de libérer le monde de tant de fléaux.

M. Tanon rappelle les travaux de ses prédécesseurs, ceux de Brouardel, de Proust qui prend la direction de l'hygiène en France dès 1885 et, au lieu de se contenter de donner des conseils, fait voter des lois. Puis c'est Chantemesse qui lui succède en 1904 et qui s'adonne à l'étude des vaccinations antityphiques. Et en même temps ce sont les beaux travaux de Vaillard, ceux de Vincent, ceux de Widal qui font de cette période une ère héroïque et féconde.

Depuis la guerre, l'hygiène évolue vers la lutte collective contre les grands fléaux : en France contre le cancer, la syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose; aux colonies contre la fièvre jaune.

Personne n'a donné une plus grande impulsion à la lutte contre la tuberculose que M. Léon Bernard qui occupait hier encore la chaire d'hygiène et se consacrait plus particulièrement à la grande croisade.

Après cet exposé en raccourci de l'histoire de l'hygiène, exposé que nous avons rendu trop imparfaitement. M. Tanon trace son programme. Son enseignement visera d'abord l'instruction des étudiants. A un stade plus élevé il formera des médecins hygiénistes spécialisés pour les fonctions de directeurs des bureaux d'hygiène et d'inspecteurs départementaux. Enfin il s'occupera des laboratoires d'hygiène.

Les acclamations qui ont accueilli M. Tanon montrent en quelle estime est tenu le nouveau professeur. Ceux qui connaissent son caractère si droit pensent qu'on peut lui retourner le compliment qu'il adressait à son maître Teissier. Comme lui, il aime ses élèves; comme lui, il est la bonté même, et autour de lui rayonne aussi la loyauté. F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAITEMENTS DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE [1]

Par MM. J. SIGWALD et P. CHÊNE,
Internes des hôpitaux de Paris.

9. **Méthode de Whipple.** — Depuis 1920, date de ses premiers travaux, Whipple a recherché sur des animaux anémiés à un taux fixe, par des saignées régulières, quelle était l'action de divers médicaments et aliments sur la régénération globulaire. Il reconnut ainsi l'inefficacité de l'arsenic, le rôle important du fer et surtout le pouvoir hématopoiétique du foie de bœuf; le rein, le cœur, le riz de veau, ont une activité moindre. Minot et Murphy mirent à profit ces données expérimentales et appliquèrent à l'homme, atteint d'anémie pernicieuse, un régime spécial, caractérisé surtout par une ration quotidienne de 200 à 250 grammes de foie de veau, de bœuf ou de mouton, qui devait en outre être pauvre en graisse et en hydrates de carbone, mais riche en fer et en vitamines. Ils étudièrent ainsi 125 cas d'anémies pernicieuses, et le résultat en fut remarquable et constant : en deux à six mois il y avait une rénovation globulaire qui faisait passer les hématies de 1 million où 1.500.000 à 4 millions; et cette amélioration était durable laissant même entrevoir la possibilité d'une guérison.

La méthode se généralisa rapidement, surtout en Amérique. Son apparition en Europe date d'avril 1927, où Lemaire (de Louvain) publia un cas; peu de temps après en France, Aïtoff et Loewy en publièrent deux observations.

Posologie. — La caractéristique essentielle de la méthode de Wipple est l'ingestion quotidienne de 200 à 250 grammes de foie de veau, de bœuf, ou de mouton (le foie d'oiseau, de même que le foie de morue est inactif étant trop riche en graisse). Lemaire a dans un cas substitué au foie le rognon et il a obtenu des résultats analogues avec les mêmes doses. Le foie peut être préparé de différentes manières. Il semble préférable de le faire prendre cru, et les malades le prennent haché, dans du bouillon ou mieux en sandwich, entre deux tartines de beurre d'anchois (Fiessinger et Castéran). Malgré tout, ces artifices de préparation sont parfois insuffisants et ne peuvent surmonter la répugnance qu'éprouvent ces malades si souvent anorexiques. Aussi est-il souvent nécessaire de le faire prendre cuit; son activité en est à peu près identique, à la condition que la cuisson en soit courte. De nombreuses préparations ont été utilisées, mais rappelons les plus courantes. Le foie peut être bouilli pendant dix minutes, puis après avoir été pulpé, absorbé avec son bouillon. Il peut être pris grillé, mais légèrement, en surface. On peut encore le préparer après l'avoir aromatisé en entremets, voire même en cocktails (W. T. Wilkins). Bien que fastidieuse, cette médication est en général bien tolérée, mais il faut parfois insister auprès du malade pour qu'il prenne au début toute la ration prescrite et obtenir après la guérison apparente la continuation du régime.

Lorsqu'une répugnance insurmontable vient compliquer le début du traitement, on peut être contraint de l'administrer par sonde œsophagienne (Aïtoff et Lœwy). Dans un cas, Olmer, Poinso et Jacques ont eu, dès le début de la cure, des vomissements incoercibles qui nécessitèrent une interruption, mais dans la suite le traitement fut repris sans inconvénient.

Contrairement à l'opinion généralement admise, Minot et Murphy qui en sont les promoteurs ne considèrent pas que l'ingestion de foie doive constituer à elle seule la méthode de Wipple. Ils préconisent et appliquent à l'anémie pernicieuse, un régime pauvre en graisses et en hydrates de carbone — ces aliments n'ayant aucun effet sur la régénération sanguine — mais par contre riche en vitamine. Ce régime qu'ils appliquaient systématiquement au début et auquel ils semblent actuellement attacher moins d'importance, se compose ainsi : outre les 200 à 250 grammes de foie de veau cru ou cuit, il comprend 125 grammes de bifteck ou de viande rouge, 300 grammes de légumes verts, des fruits, crus de préférence, 240 grammes de lait et, au maximum 70 grammes de graisse, mais il doit être pauvre en hydrates de carbone (sucre et pain). Il représente ainsi compris, un apport quotidien de 2.500 calories.

La méthode de Wipple réalise donc un traitement diététique de l'anémie pernicieuse. Mais, en serrant de plus près le problème, on s'efforça d'extraire du foie de veau le principe actif hématopoiétique. Cette recherche avait une importance pratique, celle de faire admettre le régime prolongé de foie et permettait en outre d'avoir à sa disposition un produit d'activité toujours égale. Cohn et Minot isolèrent les premiers un extrait représentant 2 p. 100 du poids total d'organe utilisé et qui en contenait les éléments actifs pour l'hématopoièse. Whipple et Robstein-Robbins, West, Geney et Jolling, ont préparé par des procédés différents des extraits sensiblement identiques. En Europe, des extraits du type de celui de Cohn et Murphy, ont été préparés par Pal (de Vienne) et Rolland (de Paris).

L'extrait de Cohn et Minot, qui est le plus couramment utilisé, a pour caractère d'être soluble dans l'eau, précipité par l'alcool et l'acétone, il est dépourvu de protéines et malgré tout, riche en azote; il ne contient pas d'hydrate de carbone, ni de lipoïdes ni de fer, mais on y trouve de la vitamine B. Cet extrait, qui n'est pas un produit pur, a été expérimenté sur 25 cas par Minot, Murphy et Cohn. Dans un travail récent (mai 1928) Minot, Cohn, Murphy et Lawson rapportent 160 cas traités par différents extraits et dont les résultats sont comparables à ceux obtenus par le foie; ils en concluent de son action spécifique, et de sa facilité d'application. Cet extrait se prescrit à la dose de 9 à 10 grammes, correspondant à une quantité de foie de 300 à 600 grammes et doit être également continué longtemps pour éviter les rechutes. En France, Tsanck a utilisé l'extrait préparé par Rolland, dans un cas où il préféra suspendre le foie devant l'apparition d'un ictère;

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 91, p. 1581.

cet extrait se présente en ampoules correspondant chacune à 125 grammes de foie et se prenant *per os*. Blum et Van Caulaert ont traité un malade par un extrait Eli-Lilly. Les résultats obtenus par le foie et son extrait sont analogues, mais il faut donner au malade une dose d'extrait plus forte que son équivalence en foie.

RÉSULTATS. — Les résultats de la méthode de Whipple sont à considérer d'assez près. Si l'interprétation des cas publiés en France est parfois difficile, car d'autres thérapeutiques ont été associées à l'hépathotérapie, il n'en est pas de même de l'ensemble des travaux des auteurs américains, où le grand nombre de malades traités uniquement par la méthode de Whipple, fait la preuve de l'efficacité de ce traitement.

L'expérience de Minot, Murphy, Cohn et de leurs collaborateurs, porte sur 125 cas d'anémies pernicieuses traitées uniquement par le foie de veau, et en 1928, sur 160 malades traités par des extraits hépatiques; il y eut 4 décès au cours de l'application de cette thérapeutique; 3 par infection intercurrente, 1 par évolution de la sclérose médullaire anémique, mais aucun de ces malades n'est mort avec une formule d'anémie sévère.

Dans de minutieux travaux, ces auteurs analysent avec soin les résultats hématologiques et cliniques, et ils assimilent d'ailleurs ceux obtenus par le foie ou l'extrait. L'ensemble des 285 cas étudiés est constitué par des anémies pernicieuses cryptogénétiques authentiques. Le chiffre globulaire qui au début était en moyenne de 1.500.000, passe après un mois de traitement à une moyenne de 3.360.000, atteint en deux mois 4.250.000, en six mois 4.650.000 et persiste à ce chiffre pour quelques malade depuis deux ou trois ans.

Du quatrième au septième jour du traitement par le foie, il se produit une augmentation rapide, considérable, mais passagère du nombre des hématies granulo-réticulo-filamenteuses, dont le chiffre atteint 15 à 20 p. 100. Cette poussée est transitoire et dure de huit à neuf jours, elle peut s'accompagner d'une augmentation d'hématies non mûres et à un moindre degré de leucocytes et de plaquettes. Cette augmentation des hématies granuleuses est constante, caractéristique de l'activité du foie et se trouve d'autant plus considérable que le taux initial des hématies est bas et que la dose de foie ingérée est plus grande. Vers la deuxième semaine, on voit se produire une élévation du taux des hématies, qui augmentent alors avec une grande rapidité; à la troisième semaine, on en compte 3 millions, puis la restauration complète s'établit, bien que plus lentement et variable d'un cas à l'autre. On observe d'autres modifications hématologiques : la valeur globulaire et le volume des hématies diminuent, l'anisocytose et les formes anormales, non mures, tendent à disparaître; il y a chute de la cholémie et après trois semaines de traitement l'index colorimétrique du plasma est redevenu normal. Mais on n'observe pas toutefois un retour complet à la normale, et pendant longtemps, il persiste quelques mégalocytes et une légère augmentation de la valeur globulaire.

Chez la plupart des malades, après deux à trois mois de la mise en action de l'hépatothérapie, le chiffre globulaire atteint 4 millions à 4.500.000, et s'y maintient. A la fin d'une année de traitement, Minot et Murphy ont pour 60 malades une moyenne de 4.520.000. Dans 5 cas, les mêmes auteurs ont noté l'apparition d'hyperglobulie à 5.700.000, 6.500.000 et il fallut interrompre le traitement. Médéaris et Minot ont signalé des faits approchants : l'apparition de microcytose et la baisse de la valeur globulaire au-dessous de l'unité. Les cas les moins favorables restent après cinq à six mois de traitement aux environs de 3.600.000. Mais il est indispensable d'appliquer le traitement avant un état grave, car un délai de huit jours est nécessaire à la moelle pour réagir. De même, il est indispensable de persévérer et de faire pendant longtemps l'hépatothérapie, chez les malades qui réagissent lentement. Dans 2 cas il fallut plus de six semaines après le début du régime pour observer une augmentation des hématies; l'un de ces malades avait eu auparavant plusieurs transfusions qui « avaient probablement lésé la moelle osseuse » (Minot, Murphy et Cohn). L'amélioration est donc constante, mais le traitement doit être appliqué pendant longtemps.

L'amélioration clinique se fait rapidement sous l'influence de la thérapeutiqne hépatique, mais il n'y a pas toujours un parallélisme exact entre l'hématologie et la clinique. En quelques jours, l'état général se modifie; l'asthénie, la pâleur s'atténuent, mais persistent encore pendant quelques semaines. La tension artérielle se relève, les souffles cardiaques disparaissent. L'appétit s'améliore et parfois à l'anorexie, fait suite de la boulimie. On observe en général, la rétrocession des lésions linguales; toutefois Minot et Murphy en ont observé la récidive chez quelques malades qui n'avaient pas suivi régulièrement leur traitement. Par contre l'hépatothérapie semble sans action sur deux ordres de signes : d'une part, l'anachlorhydrie ne se modifie pas et des constatations faites sur des malades paraissant guéris ont montré sa persistance; d'autre part, les troubles nerveux s'améliorent peu. La force musculaire peut augmenter, la coordination peut s'améliorer, mais en général, les lésions constituées ne rétrocèdent pas.

Chez un malade de Minot et de Murphy, traité uniquement par la méthode de Whipple, et dont l'anémie s'améliorait, l'évolution des lésions médullaires a entraîné la mort. Toutefois Crouzon, Mathieu et Dreyfus ont traité exclusivement par le foie un malade atteint de syndrome neuro-anémique et ils ont eu, outre la guérison apparente de l'anémie, une amélioration considérable des troubles médullaires; le malade qui était confiné au lit, avec un pseudo-tabes anémique, a pu reprendre ses occupations. Les troubles psychiques d'ailleurs rares, paraissent peu modifiés; ils ont été améliorés dans un cas de P. E. Weil et Cahen; le malade atteint d'anémie pernicieuse avec syndrome de délire et d'obnubilation a guéri en trois mois, cliniquement et hématologiquement.

DURÉE D'APPLICATION. — Le traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple doit être

appliqué pendant longtemps et il est très difficile d'en assigner la durée. Les auteurs américains semblent d'accord pour le prescrire sans arrêt, continuellement et il paraît préférable, dans l'état actuel des connaissances expérimentales, de ne pas en suspendre l'application. Certains malades sont traités depuis plus de trois ans et demi et présentent un état de santé parfait. Au contraire, les rechutes sont survenues chez ceux qui avaient interrompu complètement l'hépatothérapie, rechutes qui ont été influencées et améliorées par la reprise du traitement. Parfois en cours de traitement, on peut observer un abaissement des hématies au-dessous de 4 millions, mais il se trouve lié soit à une diminution ou à un arrêt passager de l'ingestion de foie, soit à une complication : infection, cirrhose hépatique, etc. E. Bernard et Desbucquois ont observé à la suite d'une bronchite, une chute de 3.600.000 à 2.200.000 chez un malade en traitement mais il y eut réascension consécutive.

La quantité de foie ou d'extrait de foie qu'il faut prescrire dès la période d'amélioration peut être diminuée. Si on ne peut fixer exactement la dose d'entretien nécessaire, certains malades en ayant plus besoin que d'autres, il semble que pendant longtemps il est indiqué au malade d'absorber chaque jour 125 à 150 grammes de foie cru ou cuit, ou une dose équivalente d'extrait. Pour fixer exactement cette dose d'entretien il faut faire fréquemment des contrôles hématologiques ; ainsi on augmente la dose si le chiffre globulaire baisse ; par contre si l'amélioration persiste, on peut sans inconvénient diminuer la quantité de foie ingérée ou même ne le donner qu'un jour sur deux, instituant ainsi des jours sans foie. Il n'est d'ailleurs pas impossible qu'une quantité excessive de foie épuise la moelle et provoque finalement de l'anémie (Minot et Murphy). Quelques cas ont été signalés de malades qui ne suivent plus aucun traitement depuis plusieurs mois, avec persistance de l'amélioration (P. E. Weil).

Au cours de l'application de la méthode de Whipple, certains inconvénients ont été signalés et semblent relever de l'ingestion importante de protéines et de purine. L'urémie (Huston), l'hypertension artérielle (Pal) ont été observées après un traitement prolongé par le foie. Rappelons la répugnance de certains malades ayant nécessité l'usage du tube d'Einhorn. Tous ces inconvénients sont évitables par l'emploi des extraits hépatiques.

Mode d'action. — La méthode de Whipple, née de constatations expérimentales, reste d'une interprétation délicate. Pour Hayem, l'action du foie s'explique par sa richesse en fer, mais cette théorie est réfutée par l'inactivité des préparations ferrugineuses. Pour d'autres auteurs, c'est la richesse du foie en vitamines qui agit dans l'anémie pernicieuse. Kœssler et Maurer font jouer un grand rôle à la vitamine A, qui se trouve en grande quantité dans le foie et ils conseillent d'associer à l'hépatothérapie un régime riche en vitamines. Cordier, Policard et Mouriquand soutiennent la même théorie et font les mêmes conclusions. En réalité, la thérapeutique par les vitamines isolées s'est montrée inactive dans l'anémie pernicieuse, en particulier pour la vitamine E (Minot et Murphy). Elders a toutefois amélioré 5 cas d'anémies pernicieuses par un régime riche en vitamines, mais comparable à celui de Minot.

Minot et Murphy considèrent le foie comme un agent thérapeutique spécifique de l'anémie pernicieuse. Cette affection se caractérise pour ces auteurs par un arrêt de l'érythropoièse avec impossibilité de transformer les mégaloblastes en normoblastes, et ceux-ci en hématies ; l'hépatothérapie apporte à l'organisme les éléments nécessaires à la construction des stromas globulaires et ainsi se trouve expliquée la poussée d'hématies granuleuses et le retour à la normale de la valeur globulaire. L'existence de troubles de la résistance globulaire au cours de l'anémie pernicieuse s'explique par la constitution anormale des hématies et par la perméabilité de leurs stromas, troubles qui sont supprimés par le traitement hépatique. Schulten émet une théorie opposée ; l'hémolyse joue un rôle primordial dans l'anémie pernicieuse et se trouve influencée par le foie ; au cours du traitement il y a avant tout une diminution de la destruction sanguine, les signes de régénération étant faibles, et disparaissant même aux périodes d'amélioration. Marcel Labbé pense que le foie contient une substance qui se fixant sur les hématies, en empêche l'hémolyse. Ces théories hémolytiques auraient pour corollaire, l'activité du foie dans les processus hémolytiques, or cette action n'a pas été constatée.

La méthode de Whipple semble le traitement électif de l'anémie pernicieuse. Les essais de traitement dans l'anémie aplastique n'ont abouti à aucune amélioration hématologique ou clinique ; de même au cours de leucémie aleucémique, la méthode s'est montrée inactive.

Par contre, il semble difficile d'admettre son action exclusive sur l'anémie pernicieuse, suivant l'opinion de Minot et Murphy, et surtout de Brill. Si son activité est beaucoup moins nette et moins constante dans les anémies graves symptomatiques, elle n'en existe pas moins. Les travaux de Whipple ont porté d'ailleurs sur des anémies secondaires post-hémorragiques et de nombreures observations d'anémies symptomatiques influencées par le foie ont été publiées (Minot et Murphy, Rathery et Maximin, Pal, Seyfarth, Zadoc-Kahn, François). Fiessinger et Castéran ont amélioré une anémie splénique. De même quelques anémies gravidiques à type pernicieux ont été améliorées par la méthode de Whipple, parfois associée à des transfusions, et l'accouchement a pu se faire normalement (P.-N. Deschamps et Froyez, Lévy-Solal et Tzanck. Devraigne et Laennec). Tuscherer en a tenté l'emploi dans 5 cas d'anémie infantile et bien qu'il considère la transfusion comme le traitement de choix, il eut quelques améliorations.

En conclusion, il faut surtout appliquer cette thérapeutique dans l'anémie pernicieuse, et n'attendre de bons résultats que de ces cas seuls. Toutefois il faut la tenter, mais sans grand espoir dans l'anémie aplastique et aussi l'appliquer comme traitement symptomatique dans les anémies graves secondaires.

Thérapeutiques associées. — Les auteurs américains (Minot, Murphy et Cohn) qui ont une statistique considérable, ont appliqué exclusivement le traitement par le foie ou l'extrait de foie et ils recommandent d'éviter l'association d'autres thérapeutiques, en particulier, d'éviter les transfusions, qui seraient susceptibles de modifications trop brusques, pouvant ainsi léser la moelle osseuse. On a pu conseiller d'adjoindre au foie divers traitements : l'ingestion d'acide chlorhydrique (Hurst), l'ergostérine irradiée (Rosenow, Pal), l'irradiation du foie ingéré (Kutschera), les ultraviolets (Macht). Mais surtout les thérapeutiques qui ont été fréquemment associées au foie sont la transfusion et l'injection d'insuline. Les premières observations publiées en Europe, après l'introduction de la méthode de Whipple, ont, pour la plupart, subi un traitement mixte : foie, et transfusion, soit seule, soit avec injection d'insuline (Lemaire, Aïtoff et Loewy, Rathery et Maximin, P.-E. Weil, Blum et Carlier). En particulier, P.-E. Weil conclut à la nécessité, dans certains cas, d'associer les trois thérapeutiques, en particulier l'injection d'insuline qui « mordance » l'hépatothérapie, et la transfusion, lorsque on veut obtenir un résultat rapide; mais il reconnaît qu'il suffit d'en faire un petit nombre, et qu'avec la méthode de Whipple on peut s'en passer rapidement.

Les dernières observations publiées en France, sont traitées uniquement par le Whipple, et rapportent d'excellents résultats (Crouzon, Mathieu et Dreyfus, Et. Bernard et Desbucquois, P. Ravaut, Delore et Paufique, Van Caulaert, Aubertin et Poumailloux). Mais cette expérience est minime auprès des 285 cas de la statistique de Minot et Murphy, dont l'amélioration remarquable a toujours été constante par la seule application de la méthode de Whipple, foie ou extrait. Il semble ainsi que les indications des autres traitements restent limitées à des cas exceptionnels, la méthode de Whipple les ayant relégués au second plan.

10. **Conclusions.** — En présence d'une anémie pernicieuse, dont la nature cryptogénétique est diagnostiquée à coup sûr, il faut appliquer la méthode de Whipple. D'emblée on la prescrit à dose suffisante et après la guérison clinique il faut la prolonger longtemps mais avec de moindres doses. L'emploi du foie de veau est sans inconvénient, mais l'usage d'un extrait actif en simplifie l'application et doit lui être substituée le plus possible.

Il semble préférable de n'appliquer en dehors du traitement par le foie que le régime de Minot et Murphy, peu riche en graisses et surtout en hydrates de carbone. Sans inconvénient, on peut toutefois prescrire du kéfir, ou de l'acide chlorhydrique ou un régime riche en vitamines, donner des préparations ferrugineuses, faire de la désinfection intestinale. Il faut s'abstenir des autres médications.

La transfusion doit être réservée aux cas très graves qui ne réagissent pas immédiatement au foie; il ne faut faire que quelques transfusions de moyenne abondance et les cesser dès que la méthode de Whipple manifeste son activité. L'insuline peut rendre de grands services en « mordançant » l'action du foie. Ces deux dernières thérapeutiques qui, indiscutablement sont actives, perdent actuellement beaucoup de leur valeur; dans tous les cas d'anémie pernicieuse, on leur substitue la thérapeutique par le foie qui est pratiquement sans défaillance. On doit les considérer surtout comme des essais thérapeutiques utiles qui ont donné dans le passé quelques bons résultats, et qui ne conservent actuellement que des indications restreintes et au seul titre de traitements associés de la méthode de Whipple.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. *Cliniques médicales de Beaujon*, t. III.

Aïtoff et Loewy. *Presse méd.*, 30 avril 1927.

Aron. *Deut. med. Woch.*, 1er juillet 1927.

Ashby. *Journ. exp. Med.*, 1921, p. 127.

Aubertin. Les réactions du sang dans les anémies graves, *Th. de Paris*, 1905; — Le traitement des anémies, *La Médecine*, 1926; — Art. les anémies, in *Nouveau Traité de médecine*, f. 9.

Aubertin et Poumailloux. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 mai et 1er juin 1928.

Bécart. *Le Sang*, Doin 1927; — Remarques sur l'anémie pernicieuse et sur l'anémie aplastique, *Presse méd.*, 17 déc. 1927; — Sur l'anémie pernicieuse, *Soc. de méd. de Paris*, 11 mai 1928.

Bernard (Et.) et Desbucquois. Anémie pernicieuse traitée par la méthode de Whipple, influence de l'infection et résultats obtenus, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 janv. 1928.

Blum (L.) et Meyer (P.). Le traitement des anémies dites pernicieuses par les transfusions, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 30 avril 1927.

Blum (L.) et Carlier (P.). Deux cas d'anémie pernicieuse traités par la méthode de Whipple, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, oct. 1927.

Blum (L.), Meyer et Stahl. Anémie botriocéphalique avec troubles nerveux, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, déc. 1926.

Blum (L.), van Caulaert et Hofstein. Traitement par un extrait hépatique d'un cas d'anémie pernicieuse, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, mars 1928.

Brault. Le traitement de l'anémie pernicieuse gravidique par les injections sous-cutanées de sang, *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 12 déc. 1927.

Brindeau et Jacquet. Un cas d'anémie pernicieuse, *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 9 janv. 1928.

Chevallier et Stieffel. Technique de la transfusion du sang, *L'Hôpital*, 1928.

Cordier (V.). Sur le traitement des anémies pernicieuses par la méthode Minot et Murphy, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 29 nov. 1927.

Cordier (V.) et Devic (A.). Les syndromes neuro-anémiques, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1928.

Crouzon, Mathieu (P.) et Dreyfus (G.). Syndrome neuro-anémique; remarquables effets thérapeutiques obtenus par la méthode de Whipple, *Soc. de neurol. de Paris*, 7 juillet 1927.

Delore (P.). Anémie de Biermer chez un ancien ulcéreux gastrique, *Soc. nat. de méd. et des sciences méd. de Lyon*, 8 fév. 1928.

Deschamps (P.-N.) et Froyez (R.). Anémie pernicieuse gravidique traitée par la méthode de Whipple, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 janv. 1928.

Devraigne et Blum. *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 8 fév. 1928.

Devraigne et Laennec. *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 12 mars 1928.

Dixon (Cl.), Burnes (J.) et Giffin (H.). *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 4 juillet 1925.
Ducamp, Blouquin, Clark (de) et Falgairolle. La transfusion du sang dans les anémies et les maladies infectieuses, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1926.
Dufour et Baruk. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, fév. 1925.
Falconi. *Soc. de méd. et de chir. d'Ancone*, fév. 1924.
Fiessinger (N.) et Castéran. Traitement par l'ingestion de foie de veau cru dans l'anémie splénique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juillet 1927.
Fiorentini. *Il Policlinico*, 12 mars 1928.
François, Zuccoli et Aillaud. Sur un cas d'anémie cryptogénétique non pernicieuse traitée par la méthode de Whipple, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, mai 1928.
Gerin (M.-T. de). La cholestérine en biopathologie, *Th. de Paris*, 1926; — *Soc. de pathol. comparée*, 1925.
Gibson et Howard. *Arch. intern. de méd.*, juillet 1923.
Giffin et Szlapka. *Journ. of the amer. med. Ass.*, 29 janv. 1921.
Gottschalk. *Münch. med. Woch.*, 12 fév. 1925.
Griollet. Contribution à l'étude de la médication arsenicale organique dans les anémies, *Th. de Lyon*, 1926.
Guillot, Dehelly et Morel. *La Transfusion du sang*, 1917.
Haller. *Wiener klin. Woch.*, 1924, p. 637.
Hayem. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 juillet 1927; — Remarques à propos du traitement opothérapique prétendu spécifique de l'anémie pernicieuse progressive, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 avril 1928.
Hartmann. Thérapeutique de l'anémie pernicieuse et en particulier par le salvarsan, *Deut. med. Woch.*, 1926.
Jeanbrau, Pauchet et Weil (P.-E.). La transfusion, rapport au *XXXIIe Congrès franç. de chir.*, 1923.
Jorgensen et Warburg (E.). *Acta med. Scandinavica*, 1927.
Koessler, Maurer et Laughlin. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 14 août 1926 (rapport de l'anémie essentielle symptomatique avec le défaut de vitamine A).
Kulcke. *Münch. med. Woch.*, 22 juin 1923.
Laporte. Le traitement des anémies graves par l'opothérapie hépatique, *Soc. de méd., de chir. et de pharm. de Toulouse*, juin 1927.
Laughlin. *Iowa State med. Journ.*, juin 1925.
Lavergne. *Soc. de pédiatrie de Paris*, 21 déc. 1926.
Lemaire. Le traitement diététique de l'anémie pernicieuse, *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, 26 fév. 1927.
Levent. *Gaz. des hôpit.*, 1927 (numéro du Centenaire).
Lévy (M.-G.). Anémie grave postarsénobenzénique guérie par transfusions, *Soc. de dermat. de Paris*, 11 fév. 1926.
Lévy-Solal et Tzanck. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 avril 1928.
Lyon (G.). Méthode de Whipple dans le traitement des anémies graves, *Bull. méd.*, mai 1928.
Minot et Murphy. Traitement de l'anémie pernicieuse au moyen d'un régime spécial, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 14 août 1926.
Minot, Cohn, Fulton, Ulrichs, Sargent, Weare et Murphy. La nature de l'action du foie dans l'anémie pernicieuse, *Journ. biol. chem.*, juillet 1927.
Minot, Murphy, Cohn, Stetson et Lawson. *Trans. Assoc. phys.*, 1927.
Minot et Medearis. *Journ. clin. invest.*, 1927.
Minot, Murphy et Cohn. Le traitement de l'anémie pernicieuse par un régime riche en foie ou par un extrait de foie, *Ann. de méd.*, avril 1928.
Minot, Murphy et Stetson. Réponse des hématies granuleuses à la thérapeutique par le foie, *Amer. Journ. of the med. sciences*, mai 1928.
Minot, Cohn, Murphy et Lawson. *Amer. Journ. of the med. sciences*, mai 1928.
Murphy et Minot. Un régime spécial pour le traitement de l'anémie pernicieuse, *Boston med. and surg. Journ.*, 26 août 1926.
Murphy, Monroe et Fitz. Modification du sang dans les anémies pernicieuses traitées par un régime riche en foie, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 16 avril 1927.
Murphy et Blotner. *Trans. amer. Soc. f. clin. invest.*, 1927.
Morawitz. *Berl. klin. Woch.*, 15 avril 1922.
Mouzon. *Presse méd.*, 21 et 28 déc. 1927.
Nanta. La splénectomie dans les processus anémiques, rapport au *XIXe Congrès franç. de méd.*, 15 oct. 1927.
Nather et Hickl. *Wiener klin. Woch.*, 1924, p. 359.
Neuburger. Contribution à la thérapeutique de l'anémie pernicieuse, *Münch. med. Woch.*, 27 mai 1927.
Olmer, Poinso et Jacques. Anémie pernicieuse rapidement améliorée par la méthode de Whipple, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, fév. 1928.
Patel. Splénectomie pour anémie grave avec splénomégalie, *Soc. de chir. de Lyon*, 15 mars 1928.
Pauchet et Bécart. *La Transfusion du sang*, Paris 1924.
Peabody. *Amer. Journ. path.*, mai 1927.
Ramond, Benoist et Gorostidi. *Soc. de gastro-entérologie de Paris*, 9 mai 1927.
Rathery et Maximin. Anémie pernicieuse et traitement par l'ingestion de foie de veau, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 juillet 1927.
Ravaut, Delore et Paufique. Syndrome de Biermer. Efficacité remarquable de la méthode de Whipple, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 20 mars 1928.
Rieux et Delater. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1923.
Rowland. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 2 fév. 1924.
Schilling. *Med. Klin.*, 25 et 31 mars 1927.
Schulten. Comment agit la thérapeutique par le foie dans l'anémie pernicieuse, *Münch. med. Woch.*, 13 avril 1928.
Stengel. *Atlantic med. Journ.*, sept. 1924.
Stephan. *Münch. med. Woch.*, 17 avril 1925.
Tuscherer. Sur le traitement de l'anémie du nourrisson par l'hépatothérapie, *Monat. f. Kind.*, Leipzig, juin 1928.
Tzanck. *Pratique médicale française*, janv. 1926; — Traitement des anémies graves par les extraits hépatiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 juillet 1928.
Tzanck et Hamburger. *Semaine des hôpit. de Paris*, juillet 1928.
Van Caulaert. *Gaz. des hôpit.*, 26 mars 1928.
Van Fou Lind. L'anisocytose dans l'anémie pernicieuse; ses modifications sous l'action d'une thérapeutique hépatique, *Münch. med. Woch.*, 13 avril 1928.
Vaquez et Aubertin. *Traitement des anémies*, Paris 1925.
Vedel, Vidal et Laux. Anémie aplastique compliquée de paraplégie spasmodique traitée par la méthode de Whipple, *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, juillet 1928.
Walinski. Traitement de l'anémie pernicieuse par les transfusions de sang associées aux injections d'insuline, *Deut. med. Woch.*, 27 août 1926.
Walterhofer et Schramm. *Arch. f. klin. Chir.*, 31 juillet 1923; — *Acta med. Scandinavica*, sept. 1923.
Weil (P.-E.) et Isch-Wahl. *Transfusion du sang. Etude biologique et clinique*, Paris 1925; — Un cas d'anémie grave postarsénobenzécique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mars 1927.
Weil (P.-E.). Le traitement de l'anémie pernicieuse progressive cryptogénétique par les méthodes de Whipple et Walinski, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 juillet 1927.
Weil (P.-E.) et Cahen (R.). Sur un cas de syndrome psycho-anémique. Guérison par les transfusions et la méthode de Whipple, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 juin 1928; — Les syndromes psycho-anémiques, *Presse méd.*, 28 juillet 1928.
Weil (P.-E.). Sur le traitement de l'anémie pernicieuse progressive, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 juillet 1928.
Weil (P.-E.), Pollet, Lévy (R.) et Flandrin. Les traitements nouveaux de l'anémie pernicieuse, *Le Sang*, 1928, n° 3.
Weil (P.-E.). Traitement des anémies pernicieuses par l'insuline et les transfusions, *Bull. méd.*, 25 avril 1928.

WEISSENBACH. *L'Hôpital*, oct. 1920 ; — *Les Syndromes anémiques et leur traitement*, Doin, 1924.
WIEMER (P.) et DERRA (E.). La statistique et le traitement par transfusion de l'anémie pernicieuse, *Med. Klin.*, 3 fév. 1928.
WHIPPLE. Pigment metabolism and regeneration of hemoglobin in the body, *Arch. intern. de méd.*, juin 1922 ; — *Amer. Journ. of physiol.*, mai 1925.
WHIPPLE et ROBSCHEIT-ROBBINS. Régénération du sang dans les anémies sévères, *Amer. Journ. of physiol.*, avril 1927.
YATES (J.) et TALHIMER (W.). *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 25 déc. 1926.
ZADOC-KAHN, OLIASTRI et WAITHIER. Un nouveau succès de la diète hépatique dans l'anémie grave, *Gaz. des hôpit.*, 28 mars 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1928)

Les sels halogénés de magnésium. — M. Pierre DELBET fait une communication avec de belles projections concernant la communication qu'il a faite le 10 juillet sur les « effets cytophylactiques des sels halogénés de magnésium ».

Il conclut que les sels halogénés de magnésium sont capables d'empêcher la genèse de bien des cancers.

Les vaccinations en 1927-1928. — M. L. CAMUS, au nom de la Commission permanente de la vaccine, donne lecture du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France et au Maroc pendant l'année 1927 et aux colonies pendant l'année 1926.

Les opérations vaccinales dans la majorité des départements sont moins nombreuses que les années précédentes, ce sont les revaccinations de la vingtième année qui sont surtout négligées et ce sont les femmes qui échappent le plus à l'obligation de la loi. La vaccination des enfants à la naissance est pour ainsi dire passée dans les coutumes de la population et la revaccination de la onzième année se fait assez bien chez les enfants qui fréquentent les écoles. Pour améliorer le fonctionnement du service vaccinal il faut apporter plus de soins aux séances publiques de vaccination et spécialement à la préparation des listes des assujettis. Ces listes sont en effet aussi indispensables pour l'envoi des convocations aux intéressés et pour les rappels aux assujettis qui ont négligé de se présenter ou de déposer un certificat que pour dresser les procès-verbaux et exercer des poursuites contre ceux qui refusent d'obéir à la loi.

Les listes seraient beaucoup mieux dressées si une rémunération convenable pour leur préparation était donnée aux secrétaires des mairies.

La variole a été signalée par quinze départements, il y a eu 231 cas avec 66 morts. Les femmes qui échappent à la revaccination sont, comme toujours, les victimes les plus nombreuses. Deux départements, l'Hérault et la Seine, ont été particulièrement éprouvés par la maladie. Les germes infectieux de ces deux foyers ont été apportés par des travailleurs algériens. A la suite des interventions répétées de l'Académie de médecine de nouvelles mesures de protection sont adoptées et si elles sont suivies la variole ne sera plns transportée par les personnes de cette catégorie. Les travailleurs algériens ne seront plus embarqués qu'après le contrôle de leur vaccination, celui-ci aura lieu huit jours après l'opération et la désinfection du linge et des objets qui pourraient être contaminés se fera au moment du départ.

Les vaccinations en Algérie pendant l'année 1927 ont été assez nombreuses, mais la réorganisation des services administratifs d'hygiène qui a lieu actuellement ne permet pas d'en connaître exactement la répartition.

Dans plusieurs de nos colonies la variole est encore un fléau redoutable, elle est surtout signalée dans la Haute-Volta, au Niger et au Dahomey, en Afrique occidentale française, dans nos établissements de l'Inde et en Indochine.

L'emploi du vaccin sec en Afrique occidentale française et aux Indes assure maintenant des résultats plus constants à la vaccination et permet de combattre plus efficacement la maladie dans les régions d'accès difficiles.

Au Maroc, la variole a fait plus de victimes en 1927 qu'en 1926, mais les vaccinations se poursuivent activement et sont en progression constante d'année en année.

Phénomène du choc et eaux de Vichy. Méthode de désensibilisation. — MM. Lucien BERNARD et Gaston PARTURIER. Dans une première série d'expériences pratiquées pour la plupart sur des sujets bien portants, les auteurs ont montré que l'eau de Vichy (Grande-Grille) avait la propriété de renforcer les chocs peptonique et protéinique provoqués et de donner lieu aux mêmes réactions lorsque l'eau minérale était prise en période digestive après un certain temps de digestion gastrique (Acad. de méd., 12 juin 1928).

Poursuivant leurs recherches sur des sujets pathologiques ils ont constaté que ces phénomènes de choc renforcé se traduisaient par l'apparition de crises à symptomatologie clinique classique, manifestement en rapport avec l'ingestion de l'eau de Vichy, comme le prouvent les observations qu'ils apportent.

Election de deux associés nationaux. — Classement des candidats : en première ligne, MM. Devé (de Rouen) et Hédon (de Montpellier); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chavannaz (de Bordeaux), Pachon (de Caudéran), Tixier (de Lyon) et Truc (de Montpellier).

M. le professeur Félix Devé, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, et M. le professeur Charles Hédon, l'illustre physiologiste de Montpellier, ont été élus au premier tour de scrutin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1928)

Dysostose cléido-cranienne. — MM. André LÉRI et J.-A. LIÈVRE présentent une femme de soixante-dix ans atteinte de dysostose cléido-cranienne.

On sait que cette affection est caractérisée par une aplasie des os à ébauche membraneuse, voûte du crâne et clavicules.

On sait également, par des examens antérieurs de André Léri et Trétiakoff et de Scheuthauer, que cette curieuse aplasie des os membraneux est en rapport avec une lésion cérébrale bilatérale survenue dans les premiers mois de la vie fœtale.

Arthropathie tabétique chez une fillette. — MM. André LÉRI et J.-A. LIÈVRE présentent une enfant de quinze ans chez qui est apparue, il y a deux ans, une volumineuse arthropathie du genou de type tabétique. La lésion, indolore pendant toute son évolution, a abouti à une dislocation articulaire complète. La radiographie montre une usure très irrégulière des extrémités du fémur et du tibia.

Il s'agit donc ici d'un tabes infantile indiscutable, affection dont l'authenticité a été longtemps discutée, surtout au profit de la maladie de Friedreich et de la méningite hérédo-spécifique, diagnostics hors de cause ici.

A propos d'un cas de catalepsie hystérique. — M. BABINSKI, à propos de la communication de MM. Tinel, Baruk

et Lamache, insiste sur les manifestations hystériques. Il considère que l'observation des auteurs n'est pas démonstrative, et s'élève contre les déductions générales de M. Tinel.

M. Babinski montre que dans les grandes crises hystériques les stigmates décrits autrefois : hémi-anesthésie-sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, n'existent plus actuellement, depuis qu'on écarte la suggestion médicale. Il fait jouer un rôle capital à la suggestion. D'autre part, il montre que les grandes attaques n'existent plus et que, même les petites attaques, depuis que l'on sait le rôle de la suggestion, ont beaucoup diminué.

Il considère que les troubles qui peuvent être produits par la suggestion et qui peuvent guérir par contre-suggestion n'ont pas de base organique.

Il signale également que, contrairement à l'opinion de M. R. Besnard, ce n'est pas un fossé qui existe entre les manifestations hystériques et les lésions fonctionnelles ou organiques, mais un abîme.

M. Souques partage l'opinion de M. Babinski et considère que les manifestations hystériques n'ont pas d'origine organique.

Forme chirurgicale de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. de Lavergne rapporte l'observation d'un sujet qui, tombant dans un fossé fréquenté par les rats, se fit une plaie contuse à la tête. La blessure, souillée par de la vase, suppura. Et, après quinze jours, apparurent des signes d'infection générale, de nature spirochétosique.

L'inoculation du sang de ce malade au cobaye, au moment de la recrudescence fébrile, n'a pas été suivie de spirochétose expérimentale. Par là se trouve renforcée la conception pathogénique qui attribue au pouvoir hypothermisant de l'azotémie la phase d'apyrexie qui s'intercale entre deux périodes de fièvre.

Saturnisme et méningite tuberculeuse. Contribution au démembrement de l'encéphalopathie saturnine. — MM. F. Trémolières et André Tardieu relatent l'observation d'un ouvrier peintre, âgé de cinquante-deux ans, hospitalisé pour un état encéphalitique aigu répondant exactement à la forme délirante et comateuse de l'encéphalopathie saturnine. Tardivement se développa un syndrome méningé clinique (raideur de la nuque, attitude en chien de fusil, signe de Kernig, etc.) et histologique (25 lymphocytes par millimètre cube; 0g71, puis 1g37 d'albumine; 0g32 de sucre) auquel le malade rapidement succomba.

L'analyse toxicologique de la substance cérébrale a permis de caractériser 11mmg5 de plomb pour l'ensemble du cerveau pesant 1.080 grammes.

Les auteurs n'attribuent à l'altération rénale spécifiée par l'hyperazotémie qu'un rôle effacé, et ils insistent sur l'association de l'intoxication saturnine et de l'infection méningée bacillaire, la première ayant certainement préparé le terrain à la seconde, préparé ses manifestations et modifié son allure clinique.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion de Duvoir qui exclut de l'encéphalopathie saturnine les formes comateuses et délirantes.

Nouvelle observation de mélorhéostose. — M. Meisels (de Lwow, Pologne) apporte un nouveau cas de mélorhéostose, affection observée pour la première fois par André Léri en 1922, et dont Léri et Lièvre ont récemment publié la description d'ensemble portant sur sept observations.

Ce nouveau cas, observé en Pologne orientale, s'ajoute aux observations entièrement comparables faites en France, en Amérique, en Italie, en Allemagne. Il s'agit donc là d'une nouvelle entité morbide dont la diffusion géographique semble prouver le caractère de fréquence relative.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉRAPEUTIQUE DE LA GOUTTE D'APRÈS LES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES

Par le docteur Savigny.

Qu'est-ce qui caractérise la goutte ou plutôt le tempérament goutteux? D'après MM. Rathery et Violle, une sorte d'affinité spéciale et singulière des tissus du goutteux pour l'acide urique, qui fait qu'ils le retiennent à la façon d'une éponge, « l'adsorbent » en quelque sorte, comme le charbon animal le fait des colorants.

Ce fait explique qu'il puisse y avoir goutte sans hyperuricurie, sans même hyperuricémie. Le mal est dans les tissus d'abord, dans le rein ensuite qui, chez le goutteux, est déficient vis-à-vis de l'acide urique ; il ne le concentre pas, ne le laisse pas passer, et cette déficience précède de beaucoup son insuffisance uréique.

Ainsi le goutteux, sans même « fabriquer » des doses excessives d'acide urique par apport exogène ou par production endogène, s'en imprègne peu à peu. Arrivé à un certain degré d'imprégnation de ses tissus (hyperuricistie), l'accès aigu éclate et, du point de vue finaliste, cette crise aiguë est utile parce que libératrice.

Les cures thermales ou médicamenteuses (atoquinol), en provoquant la libération tissulaire de l'acide urique, déterminent une sorte de « crise larvée de goutte » (Violle), d'où l'hyperuricémie et l'hyperuricurie concomitantes.

Conclusion thérapeutique : respecter l'accès de goutte, n'administrer le colchique qu'en cas de nécessité absolue, favoriser l'élimination au maximum par des boissons abondantes de manière à réduire le travail de concentration du rein, administrer l'atoquinol à raison de trois cachets de 0g50 par jour; ce médicament, excellent mobilisateur de l'acide urique, favorisera davantage la détersion des tissus et provoquera un drainage plus abondant de l'économie.

Faire un usage de préférence préventif des cures thermales, administrer l'atoquinol à ce titre, comme l'a recommandé le professeur Chauffard, à la dose de 0g50 par jour pendant dix jours par mois, le matin, avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian.

Cette médication, pendant la période de latence, s'opposera à l'imbibition lente des tissus et évitera, dans la plupart des cas, le retour des accès aigus ou le retardera considérablement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AUTOMOBILE DES MÉDECINS ET LA RÉQUISITION

M. Armbruster, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre, les voitures automobiles appartenant aux docteurs en médecine étant exemptées de la réquisition en cas de mobilisation (art. 9 de la loi du 19 juin 1928), si les médecins sont tenus, pour l'exécution du recensement, de faire la déclaration annuelle entre le 1er et le 16 janvier (art. 3). [*Question du 8 septembre 1928.*]

Réponse. — La déclaration annuelle a pour but de permettre de déterminer le nombre et la nature des véhicules automobiles en circulation et de préparer les réquisitions nécessaires à la mobilisation.

A cet effet, les titres II et III de la loi du 19 juin 1923 ne prévoient aucune dispense de déclaration, sauf en ce qui concerne les véhicules reconnus inaptes au service de l'armée.

Par ailleurs, les voitures automobiles appartenant aux docteurs en médecine ne sont exemptées de la réquisition qu'à raison d'une voiture pour chacun d'eux et à condition qu'ils

exercent réellement leur profession (art. 9 de la loi susvisée). Pour ces raisons, les docteurs médecins ne peuvent être dispensés de la déclaration annuelle. (*J. O.*, 7 nov. 1928.)

SECRET MÉDICAL

M. Armbruster, sénateur, demande à M. le ministre de la Justice si, en cas d'obligation imposée par une administration publique d'indiquer la nature de la maladie de ses agents sur des certificats, les médecins pourront être poursuivis, même après plainte d'un tiers, pour violation de l'article 378 du code pénal. (*Question du 7 juillet 1928.*)

Réponse. — Le garde des sceaux n'a pas qualité pour apprécier si un fait, dont les éléments tant intentionnels que matériels ne sont pas précisés, constitue ou non une infraction à la loi pénale. (*J. O.*, 7 nov. 1928.)

IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DE LA PROFESSION

M. Charabot, sénateur, demande à M. le ministre des Finances si un médecin qui, à côté des honoraires de sa clientèle reçoit comme médecin de l'assistance médicale gratuite, un traitement soumis à la retenue de 5 p. 100 pour la retraite, augmenté de primes d'ancienneté et d'indemnités pour charges de famille, doit être imposé en totalité aux seuls bénéfices non commerciaux, et s'il a le droit d'être taxé séparément dans les deux cédules et à profiter ainsi des avantages prévus à la cédule des traitements. (*Question 6 juillet 1928.*)

Réponse. — Un médecin qui, tout en recevant de certains établissements ou services publics des rétributions fixes, exerce en même temps sa profession dans la clientèle normale ne peut être considéré comme placé, vis-à-vis de ces établissements ou services dans la situation subordonnée d'un employé, et les honoraires qu'il en reçoit n'ont pas, à proprement parler, le caractère d'un traitement ou d'un salaire. Il est, dès lors, passible, à raison de ses revenus professionnels, de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et il ne peut valablement prétendre au bénéfice des abattements à la base, réservés aux contribuables assujettis à l'impôt sur les traitements et salaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 20 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Guillain, Sicard et Gougerot. — M. Faguet. Action sur le cœur des glucosides de l'adonis vernalis. — M. Lotte. La pyodermite végétante d'Hallopeau. — M. Stérianos. La descendance des tabétiques. — M. Barrat. Etude sur le diabète.

Mercredi 21 novembre. — Jury : MM. Gosset, président; Loeper, Ecalle et Harvier. — M. Mérand. Etude du traitement des luxations de la rotule. — M. Besseyrias. Le principe du genêt dans les états posthémorragiques obstétricaux.

Jeudi 22 novembre. — Jury : MM. Lecène, président; Lejars, Brocq et Vaudescal. — M. Chanteux. Etude sur les grossesses extra-utérines rompues. — M. Laborde. Abcès du lobe frontal consécutifs aux ostéites.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Desgrez, Henry, Robin et Petit. — M. Blanchet. De l'ascaridiose chez le cheval. — M. Spielmann. Radiumthérapie par les boues radio-actives.

Vendredi 23 novembre. (Thèses vétérinaires.) Jury : MM.

Loeper, président; Dechambre et Nicolas. — M. GUILLEMENET. Etude sur l'alimentation des vaches laitières.

INFORMATIONS

(SUITE)

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES ENTRE LA FRANCE ET LES PAYS-BAS. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le mercredi 21 novembre, à 16 h. 1/2, sous la présidence de M. Honnorat, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Le dîner de rentrée de l'Association a eu lieu samedi sous la présidence de M. le professeur M. Loeper. Parmi les convives on remarquait MM. Austregesilo (de Rio de Janeiro), Ch. Achard, Hartmann, Dominguez (de la Havane), Coca (de Madrid), Nemours (de Haïti), Lizarraga, Zapata, Bejarano (Colombie), Conde Jahn (Venezuela).

Des toasts cordiaux furent portés par M. Loeper, Dominguez, Austregesilo, Coca et Dartigues, puis M. Pierra, secrétaire général, exposa l'état de la préparation de la réunion de la Fédération de la presse latine qui doit se tenir à Madrid en 1919.

AMICALE DES MÉDECINS CHAMPENOIS. — Le prochain déjeuner aura lieu le 18 novembre 1928, au restaurant du Bœuf à la Mode, 8, rue de Valois, à midi et demi.

S'inscrire auprès du docteur X. Colanéri, 71 *bis*, boulevard Beauséjour. Tél. Auteuil 47-52.

L'INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE, placé sous la direction de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, organise une série de conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie.

Ces conférences auront lieu à partir du 16 novembre, les mardis et vendredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Joffroy, hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis (métro : Glacière).

Laboratoire de biopsychiatrie clinique : MM. Toulouse, Dupouy, Heuyer, Marchand, Montassut, Roubinovitch, Schiff et Targowla.

Laboratoire de physiologie appliquée à la prophylaxie mentale : MM. Laugier et Fessard.

Laboratoire de chimie biologique appliquée à la prophylaxie mentale : MM. Delaville et Tcherniakofsky.

Laboratoire de psychologie appliquée à la prophylaxie mentale : M. Lahy et Mlle Weinberg.

Les inscriptions sont gratuites. Elles sont reçues de 10 à 12 h. au secrétariat de l'Institut, hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

XXXIe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, le mardi 20 novembre 1928, de 4 h. 30 à 7 h., 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le docteur Voivenel (de Toulouse). — Les questions générales mises à l'ordre du jour sont :

1° La nécessité de la psychothérapie dans la cure des manifestations névropathiques de la mentalité contemporaine.

2° La psychothérapie envisagée comme branche spéciale de la médecine. Formation du psychothérapeute : éducation psychologique, compétence technique, vocation et aptitudes personnelles.

La séance sera suivie du banquet annuel auquel sont conviés nos collègues et les membres de leur famille. Le banquet aura lieu à 7 h. 1/2, à l'issue de la séance, au restaurant du Palais des Sociétés savantes. Tenue de ville. Prix : 25 fr.

Adresser les titres de communications et les adhésions au banquet au docteur Bérillon, secrétaire général, 4, rue de Castellane (VIIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE. (Hôpital Beaujon.) — M. le professeur Ch. Achard commencera ses leçons le samedi 17 novembre 1928, à 10 h. du matin, à l'hôpital Beaujon, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — *Cours complémentaire sur la valeur thérapeutique des aliments*, grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 h.

Samedi 17 novembre : « Le sucre médicament », par le professeur agrégé Fiessinger, médecin des hôpitaux.

Samedi 24 novembre : « Les laits médicaux », par le docteur M. Renaud, médecin des hôpitaux.

Samedi 1er décembre : « Les cures de légumes », par le professeur agrégé H. Labbé.

Samedi 8 décembre : « Les fruits et la nutrition », par le docteur Henri Leclerc.

Samedi 15 décembre : « Valeur biologique du vin », par M. H. Alquier, secrétaire général de la Société scientifique d'hygiène alimentaire.

Samedi 22 décembre : « Les jus de viande », par le professeur Ch. Richet, membre de l'Institut.

Vendredi 11 janvier : « L'huile de foie de morue et le rachitisme », par le docteur Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau.

Samedi 12 janvier : « Les aliments irradiés », par Mme Randoin, agrégé des sciences naturelles, directeur du laboratoire de physiologie à la Société d'hygiène alimentaire.

Samedi 19 janvier : « Valeur énergétique du poisson », par M. Legendre, sous-directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes.

Samedi 25 janvier : « Le pain dans les régimes alimentaires », par le professeur Marcel Labbé, médecin de la Pitié.

— CHAIRE D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET DE CLIMATOLOGIE. — M. le professeur Maurice Villaret fera sa leçon inaugurale le mercredi 21 novembre 1928, à 18 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera le cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à l'amphithéâtre Vulpian les vendredis et mercredis suivants, à 16 h.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques au lit du malade.

COURS LIBRE DE CARDIOLOGIE. — M. Lutembacher commencera le jeudi 22 novembre, à 21 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de conférences « sur les arythmies ».

Cette étude élémentaire sera accompagnée de démonstrations sur un schéma lumineux et sur des films cinématographiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Séance du 15 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des hémoptysies. — Signes et complications de la fracture dite de Dupuytren. »

MM. Poney et de Langre, 15; Beuzart, 18; Strie, 12; Bernard (Jean), 19; Lieffring, 18; Martin (René), 24; David (Pierre), 25; Albaux, 14; Herbert, 15.

Séance du 16 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. — Ruptures traumatiques de l'urètre. »

MM. Billiard, 18; Fichet, 16; Delay, 27; Gigon, 16; Prost, 22; de Palma et Boisramé, 20; Mutricy, 21; Bézur, 12; Jonard, 25.

— Concours d'assistants d'électro-radiologie. — *Epreuve de titre.* — MM. Boulland, 3 1/2; Buhler, 4 1/2; Camuset, 3; Dubort, 4 1/2; Goubert, 3 1/2; Hickel, 4; Marchal; 4 1/2; Nebout, 3; Paquet et Pierron, 2 1/2; Séligan, 5; Mme Baude, 4.

— Concours d'ophtalmologiste. — *Epreuve médico-opératoire.* — Séance du 13 novembre. — Question donnée : « Enucléation. »

MM. Lagrange, 16; Veil, 18; Hartmann, 20.

Epreuve clinique. — Séance du 17 novembre. — MM. Hartmann et Lagrange, 20.

Classement des candidats : MM. Hartmann, 40; Lagrange, 39.

Candidat reçu : M. Hartmann.

Préfecture de la Seine. — Un concours pour cinq places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, s'ouvrira le lundi 7 janvier 1929.

Le nombre de places mises au concours pourra si besoin est être augmenté avant la clôture des opérations.

— Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul Brousse, 14, avenue des Ecoles, à Villejuif (Seine) et éventuellement pour le recrutement d'un interne en médecine au Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne, et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul Brousse et au Centre anticancéreux s'ouvrira le 11 février 1929.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227), dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h. : pour le premier concours, du 10 décembre au 22 décembre 1928 inclus; pour le deuxième concours, du 13 janvier au 29 janvier 1929.

Concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène. — Le *Journal officiel* du 14 novembre publie, p. 12086, un avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Calvados. Traitement de début : 30.000 fr., plus indemnités pour charges de famille. Une indemnité forfaitaire annuelle de 12.000 fr. est attribuée pour frais de tournée et de correspondance.

Le registre d'inscription sera clos le 15 décembre 1928, dernier délai.

Le concours s'ouvrira au *ministère de l'Hygiène* à une date qui sera fixée ultérieurement.

GUERRE. — Sont nommés dans le corps de santé militaire, au grade de pharmacien sous-lieutenant, les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire ci-après désignés, qui ont obtenu le diplôme de pharmacien et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

MM. Coulbeaux, hôpital militaire de Nancy; Frossard, hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; Guyader, hôpital militaire de Toulouse.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE. — Le VIIe Congrès de l'Association internationale de chirurgie, qui réunit 970 membres appartenant à 28 nations, aura lieu à Varsovie du 23 au 27 juillet 1929, sous la présidence du professeur Hartmann (de Paris).

Quatre questions sont à l'ordre du jour :

1° *Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire.* — Rapporteurs : MM. Matas (Nouvelle-Orléans), Chiasserini (Rona), Govaerts (Bruxelles), Ritter (Zurich), Lesnoswski (Varsovie), Wocjiechowski (Varsovie), Bérard (Lyon).

2° *Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal.* — Rapporteurs : MM. Baldo Rossi, Borghi et Scalone (Milan), Bartrina (Barcelone), Schœmacher, Ribas et Puig Sureda (Barcelone), Lardennois (Paris), Ashhurst (Philadelphie), Krynski et Zaorski (Varsovie).

3° *Traitement de la maladie de Basedow.* — Rapporteurs : Jirasek (Prague), Crile (Cleveland), Loicq (Bruxelles), Jurasz (Poznan), Troell (Stockholm), Forgue (Montpellier).

4° *Chirurgie réparatrice de la hanche.* — Rapporteurs : Mathieu (Paris), Putti (Bologne), Hybbinette (Stockholm).

Les langues officielles seront le français, l'anglais, l'italien et l'allemand.

Secrétaire général, M. Léopold Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

(*Voir la suite, p. 1637.*)

CHRONIQUE

INAUGURATION DE LA CHAIRE DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE A L'HÔPITAL LAENNEC

La semaine dernière, M. le professeur Léon Bernard a pris possession de la chaire de clinique de la tuberculose récemment créée.

La salle de conférences du dispensaire Léon Bourgeois était, bien avant l'heure, remplie d'une foule d'auditeurs. Il est impossible de citer tout le monde, il y avait là, autour du Recteur et du Doyen, d'anciens ministres, comme M. Strauss, le Président et les représentants du Conseil général, du Conseil municipal, la plupart des professeurs de la Faculté, des membres de l'Institut, de l'Académie de médecine, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des représentants de l'Institut Pasteur, de l'armée et de l'Institut Rockfeller. La foule des élèves, des infirmières, des amis de Léon Bernard s'entassait à la porte, dans le couloir, jusque dans la rue.

C'est que Léon Bernard, depuis la guerre, a tenu tout ce qu'on attendait de lui. Il a été le grand réalisateur dont l'énergie et la volonté tenaces ont permis tant de grandes choses dans le domaine de l'hygiène. La chaire qu'il occupe aujourd'hui est la plus belle de ses réalisations, car elle permettra le plein développement de la croisade antituberculeuse à laquelle il a voué tous ses efforts.

Après avoir remercié M. le recteur Charléty et le doyen Balthazard pour l'appui qu'il a trouvé en eux, M. Léon Bernard montre tout ce qu'il doit au Conseil général et en particulier à MM. Henri Sellier et Léopold Bellan qui ont permis à l'Assistance publique et à son directeur M. Mourier de réaliser, à l'abri du souvenir de Léon Bourgeois, la création de la nouvelle chaire.

M. Léon Bernard aborde alors son sujet : *La spécialisation en médecine, la phtisiologie est une spécialité.*

Il fait d'abord une spirituelle étude de la spécialisation et de ses excès et déplore les résultats néfastes que donne chez certaines gens l'habitude de consulter seulement des spécialistes au lieu de laisser la direction générale de la santé au médecin de famille.

Etudiant les différentes spécialités, il démontre que la « tuberculose réunit tous les caractères que l'on trouve avec une valeur de définition dans les autres spécialités ». La phtisiologie ne traduit pas une fiction, elle jalonne bien une étape authentique du progrès de la science.

Léon Bernard est alors amené à faire le point « de la situation actuelle de l'étude de la tuberculose ». C'est pour lui l'occasion de brosser en un tableau magistral l'état de nos connaissances en bactériologie, anatomie pathologique, méthodes de diagnostic, de thérapeutique et de prophylaxie. Il fait applaudir le nom de Calmette en parlant de la prémunition.

La chaire de clinique de la tuberculose si elle se prête merveilleusement à l'enseignement n'a pas la prétention de garder jalousement le monopole de l'enseignement phtisiologique qui continuera à être donné dans les chaires de clinique médicale comme cela se passe pour la syphilis et la neurologie.

L'intention de Léon Bernard est de leur donner une orientation prophylactique et sociale. « Il est surprenant qu'une nécessité pédagogique si évidente ne se soit pas encore imposée dans le monde. Deux chaires en Grande-Bretagne, deux au Canada, quatre aux Etats-Unis, une au Japon, voilà, à ma connaissance, le bilan des chaires spéciales de physiologie, qui dans les divers pays ont précédé celle de Paris. Rome vient de suivre. »

Tout nouveau professeur place son l'enseignement sous l'égide de ses prédécesseurs. M. Léon Bernard étant le premier titulaire de sa chaire tient à se réclamer du grand souvenir de son maître Landouzy, grand phtisiologue, ardent propagandiste de la médecine sociale. En s'inspirant de son maître, il se propose le programme suivant :

Trois ordres d'enseignement seront organisés dans la nouvelle clinique.

1° Un enseignement élémentaire pour les étudiants : ce sera l'enseignement clinique type pour le stage.

2° Un enseignement complémentaire pour les médecins.

3° Une préparation pour les médecins spécialistes des dispensaires et sanatoriums.

Si l'on ajoute que la clinique renferme des laboratoires variés, une polyclinique, un dispensaire, des œuvres sociales de placement, de sélection et de préservation; que M. Rist, MM. Auvray et Girode lui apportent leur concours médical ou chirurgical, on se rendra compte de la valeur du merveilleux instrument de travail que possède actuellement la ville de Paris.

C'est dire quels applaudissements ont accueilli la belle conférence de M. Léon Bernard, et les paroles de félicitations que le Président du Conseil général est venu lui apporter à la fin de sa leçon inaugurale.

F. L. S.

INFORMATIONS

(SUITE)

LA XXXIIIe SESSION DU CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE se tiendra à Barcelone, du 3 au 8 avril 1929. — Présidents : MM. les docteurs Lalanne (de Nancy) et Joaquin Jimeno-Riera; vice-président : M. le professeur Abadie (de Bordeaux); secrétaire général : M. le docteur Emilio Mira.

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIIIe Session.

Psychiatrie. — « Du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des maladies mentales. » Rapporteurs : MM. les docteurs Hamel et W. Lopez-Albo.

Neurologie. — « Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques. » Rapporteurs : MM. les docteurs Alajouanine et B. Rodriguez-Arias.

Médecine légale. — « Des conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle. » Rapporteurs : MM. les docteurs José Sanchis-Lanus et Vullien.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Emilio Mira, secrétaire général de la XXXIIIe Session, calle Bruch, 32, Barcelone. Le prix de la cotisation est de 50 fr. français pour les membres adhérents et de 30 fr. pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 1er mars 1929 recevront les rapports dès leur publication.

SEMAINE INTERNATIONALE DE LA LUMIÈRE THÉRAPEUTIQUE, du 22 au 27 juillet 1929, organisée par l'Institut d'actinologie. — Président : professeur d'Arsonval, membre de l'Académie des sciences, professeur au Collège de France.

I. *Congrès international d'actinologie* (les 22, 23, 24 juillet). — Langues officielles : français, anglais, allemand, italien. — Sections A : Rapports et discussions des rapports pour les questions suivantes : 1° choix d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets utilisés en médecine; 2° le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière; 3° la valeur prophylactique des rayons ultraviolets; 4° le traitement des rhumatismes par les rayons infrarouges; — Section B : Communications sur divers sujets d'actualité par les membres adhérents.

II. *Exposition internationale des appareils* (du 22 au 27 juillet). — Section A : Instruments pour l'analyse et la mesure du rayonnement; — Section B : Lampes à rayons ultraviolets, infrarouges ou chromothérapie; — Section C : Organisation et matériel des Cliniques de la lumière; — Section D : Sources électriques; — Section E : Préparations irradiées.

III. *Exposition rétrospective de la lumière* (du 22 au 27 juillet 1929). — Section A : La lumière dans l'antiquité; le soleil considéré comme Dieu guérisseur; l'héliothérapie chez divers peuples : les héliosis et les solaria; — Section B : La renaissance moderne de l'héliothérapie; — Section C : La création de la photothérapie depuis les appareils de Finsen jusqu'aux lampes actuelles.

IV. *Conférences* sur les progrès récents accomplis dans les applications thérapeutiques de la lumière par des savants de divers pays (les 25 et 26 juillet).

V. *Démonstrations* de techniques expérimentales de physique, physiologie et thérapeutique dans le domaine des

ultraviolets et infrarouges par des savants de divers pays (les 26 et 27 juillet).

VI. *Cours élémentaire d'actinologie* par le directeur et les collaborateurs de l'Institut d'actinologie.

En outre, un programme de réceptions pour les congressistes et leur famille est prévu.

Il comporte : 1° la réception des congressistes à l'Hôtel de Ville de Paris; 2° une représentation dans un théâtre de Paris, un concert musical avec des compositions classiques ayant pour thème le « soleil » ou la « lumière »; 3° des visites dans les musées de Paris; 4° une excursion au château de Fontainebleau.

Des démarches sont faites pour obtenir, dans certains pays, une réduction sur les tarifs de chemin de fer.

Le directeur de l'Institut d'actinologie : docteur Saïdman.

Renseignements au secrétaire général du Congrès : docteur Dufestel, 150 *bis*, boulevard Péreire, Paris.

LE VIe CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES se tiendra en 1931 en Suisse, probablement à Zurich ou à Genève.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES FEMMES MÉDECINS. — Un Congrès de l'Association internationale des femmes médecins se tiendra à Paris le 11, 12 et 13 avril 1929.

LE VIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE se tiendra à Bruxelles du 3 au 5 octobre 1929. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour : 1° « Les rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital de la femme »; 2° « La myomectomie au cours et en dehors de la grossesse »; 3° « Indication et technique de la stérilisation chez la femme. »

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — L'Association possède une inscription de rente donnée par M. le docteur Moulin et affectée, selon ses intentions, à une bourse d'internat dans un lycée de Paris au profit du fils d'un médecin français sans fortune. Cette bourse étant actuellement disponible, les candidats peuvent adresser leur demande à M. le professeur Rathery, secrétaire général, 108, boulevard Saint-Germain (VIe).

ACADÉMIE DES SCIENCES DE SIENNE (ITALIE). — M. le docteur Henri Fischer, assistant à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie des sciences de Sienne.

CAMPAGNE NATIONALE CONTRE LA DIPHTÉRIE. — Le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et l'office national d'hygiène sociale organisent, du 10 au 30 janvier prochain, une grande « campagne nationale contre la diphtérie ».

Cette campagne méthodique aura surtout pour but de montrer que l'on peut aisément prévenir le mal grâce à la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de l'Institut Pasteur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre-Charles Bongrand, médecin commandant du 23e rég. d'infanterie coloniale; Charles Aubry (du Relecq-Kerhuon); Edlas Bergen de Soltal (Norvège), décédé accidentellement à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE. (Hôpital Beaujon. M. le professeur Ch. Achard.) — Tous les jours, à 9 h., enseignement clinique au lit des malades, par MM. Hamburger, Escalier et Bariéty, chefs de clinique.

Les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, conférences et démonstrations sur la pathologie élémentaire, la neurologie, la dermatologie et les recherches de laboratoire appliquées à l'exploration clinique, par MM. les docteurs Léon Binet, agrégé, médecin des hôpitaux; Flandin, Touraine, Rouillard, Feuillié et Marchal, médecins des hôpitaux; Mouzon, Thiers et Bloch, anciens chefs de clinique; Grigaut et Lièvre, chefs de laboratoire.

Les lundis et jeudis, à 10 h., consultations spéciales, par MM. les docteurs Thiers, ancien chef de clinique, et Léopold Lévi, ancien interne des hôpitaux : « Maladies du système nerveux et des reins; dystrophies et maladies des glandes endocrines. »

L'INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE (conseil d'administration : MM. Balthazard, Claude, Dumas, Janet, Lalande et Toulouse), fonctionne sous le contrôle des Facultés de lettres et de médecine de l'Université de Paris.

Dans le but de coordonner et de développer les études de pathologie mentale et de psychologie normale et pathologique appliquées à la prophylaxie et à l'hygiène mentales, l'Institut organise une série de cours et de conférences, réservés aux étudiants immatriculés à l'Université, qui ont commencé le 14 novembre 1928.

Section de psychiatrie générale. — Cours, leçons policliniques et conférences par M. le docteur H. Claude, professeur à la Faculté de médecine. Conférences par MM. les docteurs Ceillier, Lévy-Valensi et Lhermitte.

Section de psychologie appliquée. — Cours et conférences par M. le docteur C. Dumas, professeur à la Faculté des lettres. Conférences par MM. les docteurs Blondel, Ombrédanne et Wallon.

Section de psychologie. — Cours par M. le docteur Janot, professeur au Collège de France. Conférences par M. le docteur Revault d'Allonnes.

Section de prophylaxie mentale. — Cours par M. le docteur Toulouse, directeur de l'Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale à l'Ecole pratique des Hautes Etudes. Conférences par MM. Delaville, Dupouy, Fessard, Heuyer, Laugier Lahy, Marchand, Montassut, Roubinovitch, Schiff, Targowla, Tcherniakofsky et Mlle Weimberg.

Renseignements et inscriptions au secrétariat de la Faculté des lettres.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1928-1929, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1928-1929. — 18 novembre : M. Pasteur Vallery-Radot. Les néphrites syphilitiques.

25 novembre : M. Roux-Berger: Traitement actuel du cancer de la langue. Chirurgie et radiations.

2 décembre : M. Siredey. Diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

9 décembre : M. J. Renault. Prophylaxie de la diphtérie.

16 décembre : M. Le Lorier. La dystocie pelvienne en clientèle.

23 décembre : M. Etienne Bernard. Traitement de l'hypertension artérielle.

UNE SOIRÉE MÉDICALE. — Un film pharmacologique sur l'analepsie cardio-respiratoire avec conférence du docteur Paul Veil, assistant du docteur Gallavardin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sera donné le 28 novembre à 8 h. 3/4, salle des Ingénieurs Civils, 19, rue Blanche.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* y sont cordialement invités et sont assurés du meilleur accueil de la part des organisateurs, les Laboratoires Ciba de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE. — *Au Luxembourg et chez Rodin*, par le docteur Fernand Vallon, est en vente chez Maloine et chez Flammarion au prix de 20 fr., édition de luxe sur velin, 40 fr.

LA GREFFE TESTICULAIRE AU MAROC

PREMIERS RÉSULTATS PRATIQUES

Par les docteurs-vétérinaires H. VELU et L. BALOZET.

(Laboratoire de recherches du service de l'élevage Casablanca (Maroc).

Les résultats pratiques qu'on cherche à obtenir par la greffe sont d'autant plus nombreux et variés que l'action endocrine du testicule ne semble pas une action simple et isolée, mais se présente au contraire comme une action complexe, qui traduit les interdépendances nombreuses et étroites de cet organe avec plusieurs autres glandes à sécrétion interne dont le fonctionnement régit le métabolisme.

En ce qui concerne la pratique vétérinaire, on a eu recours à la greffe dans trois cas principaux :

1° *Pour remédier à la décrépitude sénile* d'animaux appartenant à l'espèce caprine (Frei et Kolb, Eichorn), équine (Krapiwner), canine (Hobday) *et rétablir l'activité sexuelle chez des mâles âgés :* verrats, boucs, béliers et taureaux (Voronoff), pigeons voyageurs (Lahane).

2° *Pour rétablir l'activité sexuelle chez des mâles jeunes mais frigides* (Gruter, Stahlei).

3° *Pour augmenter le poids du corps, et, chez le mouton, le rendement en laine*, en la pratiquant chez des animaux non pubères qui deviennent aptes à transmettre ces caractères acquis à leur descendance (Voronoff). Nous allons examiner chacun de ces points.

1° Action de la greffe sur la décrépitude sénile. — Cette action est celle qui est recherchée pour l'espèce humaine. Un certain nombre de résultats heureux très largement annoncés dans le grand public ont fait naître l'espoir magnifique du rajeunissement de l'organisme, de la prolongation de la vie ou tout au moins de la période active et productrice. Chez nos animaux, ce but ne peut être recherché que dans quelques cas particuliers : cheval de course de haute classe et raceur merveilleux, reproducteurs de valeur acclimatés dans les pays d'outre-mer, etc...

Le cas le plus remarquable de rajeunissement chez les animaux est celui du taureau Jacquy qui fut présenté en novembre 1927, en Algérie, aux délégués étrangers appelés à constater les résultats obtenus dans ce pays par la greffe testiculaire. D'une façon générale ce taureau de dix-sept ans fit, sur les savants qui l'ont examiné, une excellente impression, tout à fait favorable à la méthode.

Cependant les délégués anglais (Marshall, Crew, Walton et Miller) écrivirent « L'opinion réfléchie des délégués britanniques est que « bien que le cas « de Jacquy soit favorable à l'hypothèse séduisante « du docteur Vonoroff, il ne peut, pas plus que les « autres cas rapportés par le docteur Voronoff, être « accepté comme une preuve finale et concluante de « la valeur de sa thèse concernant le rajeunisse- « ment. » Les arguments principaux sont :

Le taureau Jacquy est exceptionnel ; on en a la présomption puisqu'il avait été conservé jusqu'à l'âge de quinze ans, même alors qu'il ne servait plus depuis deux ans.

On n'a aucun terme de comparaison, car on ne conserve jamais de taureaux jusqu'à un âge si avancé ; ils sont réformés à quatre ou cinq ans en général. Cependant l'âge de quinze ou de dix-sept ans ne doit pas être considéré comme un âge exceptionnel.

Il n'est pas établi qu'avant la greffe, Jacquy ne souffrait pas d'une maladie ou d'un vice de nutrition et le fait que la santé a été recouvrée *au printemps* après la greffe n'est pas sans signification. L'influence du régime vert ou sec sur la stérilité est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Notre expérience personnelle sur la greffe en cas de décrépitude sénile porte sur sept sujets : quatre chevaux étalons, deux baudets, un bélier. Voici le résumé de nos observations (1).

1° Le Sofa, pur sang anglais, dix-huit ans, greffé en novembre 1926. Mort en juin 1927 après avoir sailli 4 juments seulement (pas de produits déclarés).

2° Oreste, dix-sept ans. Avant la greffe avait sailli en 1926 : 25 juments (11 produits), greffé en novembre 1926. En 1927, 28 juments saillies (9 produits) en 1928 : 19 juments. Reste en bon état et ardent à la saillie.

3° Ouartani, Arabe-barbe, né en 1909, greffé en novembre 1926, en raison de son âge. Son état a toujours été excellent tant avant qu'après la greffe, très ardent. Production :

1923......	46 saillies	20 produits
1924......	51 —	19 —
1925......	43 —	15 —
1926......	37 —	13 —
1927......	31 —	5 —

Proposé pour la réforme en 1928, pour usure sénile.

4° Numide, arabe né en 1909, greffé en novembre 1926 pour prolonger sa carrière d'étalon. Il avait jusqu'en 1925 une bonne production :

1918......	48 saillies	33 produits
1919......	42 —	19 —
1920......	39 —	18 —
1923......	51 —	25 —
1924......	50 —	21 —
1925......	38 —	9 —
1926......	42 —	6 —
1927......	28 —	0 —

5° Cassius, baudet, dix-sept ans, greffé en 1926. Sa production est nulle.

6° Baudet de Bouznika, greffé en 1926. Avant l'opération présentait des symptômes accusés d'usure sénile, s'alimentait très mal, était incapable de travailler et de faire des saillies. Après la greffe, aux dires du propriétaire, l'animal fut complètement transformé, put traîner avec vigueur une voiture et faire trois saillies. Il est malheureusement mort trois ou quatre mois après l'opération d'une affection intestinale avant que nous ayons pu vérifier cette résurrection.

7° Bélier Rambouillet de l'Adir, animal vieux, en très mauvais état général, incapable de faire une saillie. Greffé en janvier 1928 (greffons de bouc). Etat sans changement.

(1) Les animaux greffés n'ont pas été observés par nous, mais par leurs propriétaires ou détenteurs : officiers et vétérinaires des remontes et haras marocains, colons, éleveurs, directeurs de ferme de l'Etat. Nous avons seulement vérifié leurs observations lorsque cela était nécessaire.

En résumé, sur 7 observations un seul cas favorable (?) le baudet de Bouzkina, *sur lequel il convient d'ailleurs de faire de sérieuses réserves*, puisque c'est malheureusement le seul sujet que nous avons été dans l'impossibilité de suivre et d'observer. Le cas du cheval Oreste, en bon état avant la greffe, n'est pas à retenir. *Les autres sont défavorables.*

2° ACTION DE LA GREFFE SUR LES MALES FRIGIDES. — Nous avons ici 6 observations à faire connaître sur un cheval étalon, un baudet, un taureau zébu, et trois béliers mérinos australiens.

1° CHITAN, pur sang arabe, né en 1915 très frigide. A été greffé en novembre 1927. A toujours été en bon état. Est resté très froid à la saillie, a servi cependant très facilement 35 juments en 1928. Sa production est :

1923......	40 saillies	20 produits
1924......	34 —	11 —
1925......	40 —	12 —
1926......	48 —	10 —
1927......	41 —	12 —
1928......	35 —	?

2° ALCESTE, baudet, neuf ans. Greffé en 1927. Etat très froid à la saillie avant l'opération. A été plus ardent cette année, a servi 51 juments.

3° TAUREAU ZÉBU DE LA FERME A'AÏN-DJEMAA. Ce zébu des Indes, âgé de onze ans, s'était montré réfractaire ou presque à la saillie lorsqu'il était en service à la ferme expérimentale de Fez. A été amené à Casablanca et greffé en mars 1927. Depuis la greffe, sans être d'une ardeur extrême, il recherche les femelles et effectue facilement les saillies. L'amélioration a été observée dans les semaines qui ont suivi la greffe et la migration d'un climat continental dans une zone de climat maritime.

4° BÉLIERS MÉRINOS AUSTRALIENS. Ces béliers faisaient partie d'un lot d'animaux reproducteurs importés au printemps de 1929, à la fin de l'été australien, au début de l'été marocain. Ils ont paru subir une crise d'acclimatation assez marquée, résultant peut-être de deux étés successifs qu'ils ont subis. Plusieurs sont morts. Trois d'entre les survivants se sont montrés complètement froids. Ils ont été greffes en janvier 1928. La greffe a été suivie d'une amélioration nette de l'état général qui a coïncidé avec un printemps particulièrement pluvieux et une végétation d'une exubérance exceptionnelle. Les béliers ne se sont pas montrés plus ardents.

En résumé, sur 6 observations, 2 favorables et 4 défavorables. Encore doit-on remarquer que, dans dans les cas heureux, l'amélioration ne peut être attribuée sans réserves à la greffe. Beaucoup d'autres facteurs (changement de climat, de condition et milieu) interviennent qu'il est difficile de préciser et impossible d'éliminer. Seule la répétition des expériences et le grand nombre des observations enregistrées permettra de supprimer ces causes d'erreurs de nos conclusions et de se former une opinion définitive.

3° ACTION DE LA GREFFE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'INDIVIDU A LA PRODUCTION DE LA LAINE. — L'étude de ce mode d'action de la greffe fait actuellement l'objet de recherches entreprises à la ferme expérimentale d'Aïn Djémaa et dont le programme détaillé a été précédemment communiqué à l'Académie vétérinaire. Les résultats seront ultérieurement publiés.

XXXVIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1928 (1).

TROISIÈME QUESTION

SUITES ÉLOIGNÉES DE LA TRÉPANATION DU CRANE POUR LÉSIONS TRAUMATIQUES

Résumé du rapport de MM. ALAJOUANINE, MAISONNET et PETIT-DUTAILLIS.

Avant de répondre à la question posée, les auteurs ont cru nécessaire d'établir quelle a été la mortalité chez les blessés du crâne. Ils ont étudié également la fréquence de la guérison en fonction des différentes catégories de blessures observées.

La mortalité chez les trépanés. — On peut considérer trois périodes :

a. Période primitive, de courte durée, à peine quelques jours. La mortalité est très élevée, du fait surtout de l'étendue des lésions : 50 p. 100;

b. Période secondaire, de plus longue durée, caractérisée par l'apparition des complications infectieuses; là encore lourde mortalité : 30 p. 100;

c. Période tardive qui ne commence qu'après consolidation des lésions et disparition des phénomènes infectieux; c'est la période des séquelles cicatricielles; la mortalité s'y montre excessivement faible : 2 p. 100.

La mortalité tardive s'explique le plus souvent par un réveil infectieux : encéphalite non suppurée, et surtout abcès du cerveau; exceptionnellement elle est due à une affection aggravée par la blessure ou greffée sur elle (alcoolisme, syphilis, cancer).

L'épilepsie traumatique n'est que très rarement en cause; par contre, le suicide et la mort par accident à l'occasion d'un vertige sont fréquemment notés.

Les guérisons. — Il est hors de doute que des blessés du crâne puissent guérir après trépanation, sans séquelles appréciables. La proportion de ces guérisons ne dépasserait pas 8 à 10 p. 100 et serait moins élevée chez les blessés de guerre que chez ceux de la pratique civile.

Ces cas heureux s'observent surtout dans les plaies frontales et temporales. La fréquence de la guérison paraît indépendante de l'étendue et de la profondeur de la plaie, de l'intégrité ou de l'atteinte de la dure-mère.

L'explication de ce paradoxe apparent, doit être cherchée dans la fréquence des lésions commotionnelles surajoutées qui modifient considérablement le pronostic.

Les séquelles. — *A.* SÉQUELLES PARIÉTALES. — La cicatrice cutanée vaut ce qu'ont valu l'incision et le traitement initials de la plaie. Et à ce point de vue il faut reconnaître que les incisions cruciales sont détestables. Plus que toutes les autres elles s'accompagnent d'un bloc cicatriciel cutanéo-méningé compacte et dense. Leur dissection, en cas de réintervention est particulièrement délicate.

La meilleure incision est celle qu'a préconisée de Martel. Elle délimite un lambeau au pourtour de la blessure.

La cicatrice est parfois douloureuse au moindre attouchement ou même spontanément, par étranglement d'un filet nerveux de quelque importance dans le tissu de réparation. Cette hyperesthésie nécessite exceptionnellement la résection de la cicatrice.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 83, p. 1434; n° 85, p. 1473, et n° 88, p. 1525.

Le plan cicatriciel est déprimé ou saillant ou les deux alternativement, immobile ou pulsatile.

En cas d'hypertension ou de complication septique on voit cette cicatrice augmenter de volume.

L'aspect variable du plan cutané dépend de la largeur de la brèche osseuse et de l'épaisseur du tissu fibreux qui la comble. Quand la perte de substance osseuse n'excède pas les dimensions d'une pièce de 1 franc, le tissu fibreux après une dizaine de mois présente une résistance telle qu'on ne peut plus faire le départ entre l'os et la cicatrice.

Le pourtour de la brèche s'hypertrophie parfois mais le plus souvent il s'amincit, se résorbe ou s'atrophie. L'os ne se régénère jamais.

Au niveau de ces brèches de trépanation apparaissent quelquefois des fistules tardives ayant pour point de départ, soit une esquille, soit un projectile inclus. On les a vues communiquer avec les ventricules. Elles doivent être traitées dans tous les cas, car quelle que soit leur origine elles constituent pour le blessé une menace permanente.

La hernie cérébrale est d'observation encore plus rare. Pour se produire, elle suppose une cicatrice mince et une brèche large. Elle est la conséquence d'une poussée infectieuse : encéphalite ou abcès. Parfois, elle traduit une hydro-encéphalie interne d'origine traumatique et dans ce cas s'affaisse sous l'influence de la ponction lombaire.

B. Séquelles méningo-encéphaliques. — 1. *Lésions cicatricielles des méninges et du cerveau.* — Elles sont conditionnées par un mécanisme de rétraction lente agissant à la fois du côté de l'écorce cérébrale qui se déprime et du côté des parties profondes du cerveau. Elles ont pour conséquence des déformations secondaires du ventricule latéral correspondant qui tend à s'élargir en s'effilant vers la perte de substance. Un retentissement de cette déformation peut se faire sentir sur le ventricule opposé, la capsule interne, les noyaux gris.

Ces lésions sont parfois assez accusées pour modifier l'équilibre statique du cerveau et déclancher des crises d'épilepsie tardives.

Les kystes intracérébraux, de contenu variable, sont de deux sortes. Les uns communiquent directement avec les ventricules et ne doivent pas être incisés sous peine de méningite ventriculaire. Les autres sont indépendants. Mais ce ne sont là en réalité que de pseudo-kystes puisqu'ils ne possèdent pas de membrane propre.

L'histoire des séquelles encéphaliques est dominée par le processus de cicatrisation très spéciale de la substance cérébrale. La névroglie est le siège de réactions exagérées dont on ne peut ni prévoir ni limiter l'intensité et la durée. C'est par années qu'il faut compter l'évolution d'une cicatrice au sein du cerveau et nous savons que par son volume, son importance cette cicatrice peut engendrer dans un avenir très lointain des crises d'épilepsie et des phénomènes de désintégration nerveuse.

2. *Lésions associées.* — On désigne sous ce nom les lésions portant sur les vaisseaux, les sinus notamment. La blessure initiale a pu créer à leur niveau des thromboses susceptibles d'entraver la circulation cérébrale. Ce sont là des séquelles d'hématomes et de contusions bien étudiées par Lecène, Bouttier, Mairet et Durante. Du point de vue anatomo-pathologique elles se résument en un certain état vacuolaire de la corticalité, avec, çà et là des traînées de sclérose. Des groupes de cellules motrices apparaissent séparés par des espaces dépourvus d'éléments nobles. Les cylindraxes sont souvent rompus.

3. *Le liquide céphalo-rachidien* présente suivant les cas, la réaction hémorragique ou septique banale des hémorragies méningées ou des méningites aiguës, ou la réaction aseptique.

Cette dernière, particulièrement intéressante, est caractérisée par l'absence de germe, par une hyperalbuminose allant de 0g50 à 1 gramme, une modification légère du taux du glucose et des chlorures, enfin par une réaction cytologique le plus souvent à lymphocytes, parfois avec polynucléaires intacts.

L'hypertension est de règle, à moins que ne se soient produits des écoulements importants. On a noté une instabilité de la tension du liquide céphalo-rachidien sous la dépendance d'un déséquilibre vaso-moteur du cerveau.

La persistance de ces troubles liquidiens a été considérée comme le substratum organique du « syndrome subjectif des trépanés ». Leriche voit dans la perturbation de la tension un élément causal de l'épilepsie traumatique.

Mais avec le temps, le « syndrome liquidien » se modifie. Sur 10 cas de traumatismes craniens avec trépanation remontant à plus de dix ans, les rapporteurs ont trouvé 9 liquides normaux et 1 liquide pathologique, celui-ci avec hyperalbuminose et lymphocytose. Le Wassermann et la réaction au benjoin étaient positives. Le liquide céphalo-rachidien des anciens trépanés apparaît donc comme normal exception faite des cas, où, comme pour ce blessé, existe une infection en voie d'évolution.

L'hypertension rachidienne n'est pas constante au cours de l'épilepsie traumatique; elle ne se manifeste, semble-t-il, qu'au moment précis de la crise.

Étude clinique des séquelles et de leur évolution. — *A.* Troubles organiques. — Les troubles organiques existent dans 25 p. 100 des cas. Ils sont deux fois plus fréquents après les blessures pénétrantes de la dure-mère qu'après les plaies superficielles.

1. Les troubles moteurs accompagnent surtout les traumatismes de la région pariétale, mais ils s'observent aussi dans les blessures des autres régions. Ils sont dus aux lésions de la zone rollandique ou des faisceaux moteurs corticaux.

Ces troubles organiques ont tendance à disparaître avec le temps, surtout s'ils se sont produits quelques heures après l'accident.

Cette évolution heureuse ne peut s'expliquer que par l'intervention de suppléances fonctionnelles; elle est fréquente en particulier dans les paralysies flasques.

2. Les troubles sensitifs ont également tendance à régresser. La sensibilité au tact, à la piqûre, à la température réapparaît rapidement, mais la sensibilité profonde est beaucoup plus rebelle.

3. L'aphasie est une séquelle souvent définitive; et à ce sujet, il convient de distinguer l'anarthrie pure et l'aphasie proprement dite. La première guérit dans la grande majorité des cas; la seconde au contraire comporte un pronostic beaucoup moins favorable.

4. Les lésions des lobes frontaux donnent des séquelles habituellement minimes; cependant, des troubles psychiques discrets : excitation affective, diminution intellectuelle, associées à la désorientation statique, s'observent parfois avec tendance marquée à l'aggravation.

Les blessures du lobe pariétal n'engendrent guère que des troubles de la sensibilité profonde et celles des lobes temporaux des troubles aphasiques ou un syndrome thalamique susceptibles d'amélioration.

Les cas de blessures du cervelet sont très rares; elles aboutissent à un syndrome cérébelleux incomplet.

5. Les troubles de la vue sont dus soit aux lésions du nerf optique, soit à celle du chiasma (hémianopsie, bitemporale), soit à celles des voies optiques en arrière du chiasma (hémianopsie latérale homonyme complète ou en quadrant) soit enfin à celles des centres de la vision ou des voies optiques occipitales. Suivant la localisation de la blessure, ces troubles sont temporaires ou définitifs.

6. La surdité répond à trois types : tympanique, psychique ou labyrinthique. Ces deux dernières formes sont seules à considérer.

La surdité psychique se voit chez les commotionnés et régresse avec la commotion.

La surdité labyrinthique est parfois sous la dépendance d'un ébranlement labyrinthique; elle guérit dans ce cas; mais d'autre fois elle est due à une véritable lésion de l'oreille interne et peut être incurable.

7. Mais la séquelle la plus grave est sans doute l'épilepsie. Elle s'observerait dans 10 à 20 p. 100 des cas (Billet). Les rapporteurs sont loin de partager l'opinion de Béhague, à savoir que passé le délai de dix-huit mois l'épilepsie n'est plus à redouter. Ils croient, au contraire, que l'épilepsie augmente avec l'ancienneté de la blessure, et donnent un tableau-statistique vraiment impressionnant.

L'épilepsie, en tant que séquelle unique, ne se voit que chez un tiers des comitiaux, presque toujours elle est associée à des troubles moteurs et subjectifs. Cette complication est surtout le fait des plaies pénétrantes, mais elle s'observe encore consécutivement à des blessures ayant laissé intacte la dure-mère, et même après une commotion diffuse.

L'infection de la plaie initiale se traduisant par la hernie cérébrale est un facteur important d'épilepsie tardive. Par contre, les auteurs sont moins certains de l'influence des corps étrangers inclus, sauf dans les cas où ceux-ci sont demeurés superficiels. Ils mettent en garde contre les tentatives d'extraction de projectiles profonds jusque-là bien tolérés, car à l'occasion des manœuvres chirurgicales on voit souvent apparaître la première crise épileptique.

Contrairement à l'opinion courante, les comitiaux voient leur état s'améliorer spontanément ou sous l'influence d'un traitement médical bien conduit. L'aggravation n'existe guère que dans les épilepsies partielles.

Les opérations ne donnent le plus souvent qu'un résultat relatif; elles sont formellement indiquées dans l'état de mal quand on a constaté l'inefficacité des injections hyper ou hypotoniques.

B. Le syndrome subjectif commun des trépanés. — Il est caractérisé par de la céphalée, des éblouissements, des vertiges, de l'hyperémotivité, irritabilité, tendances misanthropiques et troubles intellectuels.

Il n'est pas l'apanage de telle ou telle blessure; il est indépendant de la profondeur et de la localisation de la lésion.

Sa fréquence varie suivant les auteurs entre 30 et 95 p. 100 des trépanés; elle est difficile à établir par ce fait que bien des cas sont imputables à la sinistrose.

Les opinions les plus différentes ont été exprimées sur l'évolution du syndrome subjectif. Pour Pitres et Marchant la guérison serait complète en un an. Actuellement on pense qu'elle pourrait se faire attendre jusqu'à dix ans.

Ce syndrome serait dû à une accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien entraînant un certain degré d'œdème du cerveau. Mme Athanasiu-Benisty croit qu'à l'origine de ces troubles existent surtout des lésions vasculaires locales. Claude, Lhermitte et Bouttier ont établi que les syndromes commotionnel et subjectif sont intimement liés.

Quoi qu'il en soit, il est acquis que l'emploi de la médication vaso-motrice, belladone et atropine, jointe au gardénal, donne des résultats. Il en est de même de la radiothérapie pénétrante agissant sur la cicatrice cranio-cérébrale.

C. Les troubles mentaux. Leur évolution. — Les uns sont précoces et fréquents, les autres tardifs et exceptionnels.

Parmi les premiers il faut citer les syndromes commotionnels caractérisés par des troubles intellectuels (lenteur de l'idéation, difficulté de l'attention, torpeur) auxquels s'ajoute souvent de l'amnésie.

Ils accompagnent d'ordinaire le syndrome subjectif commun dont ils constituent l'élément psychique. Ces troubles ont tous une tendance naturelle à l'amélioration.

Les syndromes confusionnels ne sont pas rares; état de torpeur, hébétude, lenteur des opérations intellectuelles, anxiété, manifestations délirantes. Ils ont habituellement un caractère régressif.

Les syndromes mentaux par lésions en foyers sont presque exceptionnels. On a noté des hallucinations chez des blessés du lobe temporal, de la narcolepsie dans les traumatismes de la base, et parfois de l'excitation euphorique dans les cas de lésion des lobes frontaux.

Les troubles mentaux tardifs prennent souvent la forme des syndromes commotionnels ou confusionnels; mais il faut encore citer les formes graves pseudo-démentielles des séquelles psychiques, les formes psychiques de l'épilepsie traumatique et les troubles mentaux occasionnels.

Dans la genèse de ces derniers, l'état constitutionnel antérieur intervient pour une large part, réalisant parfois une véritable prédisposition. L'influence des intoxications (alcoolisme) et des affections surajoutée (syphilis) ne peut être niée. De même, la relation du suicide et des traumatismes craniens paraît dans bien des cas hors de doute; mais la criminalité n'est pas plus fréquente chez les trépanés que chez les autres sujets.

D'une façon générale, le pronostic mental est plus favorable qu'on ne l'admettait autrefois.

D. Traumatismes cérébraux et tumeurs. — Chez d'anciens trépanés on a signalé parfois l'apparition d'une tumeur : 1 cas de Barré, 3 cas de Neudorfer, 2 de Christiansen et 1 d'Antonioli.

Une relation de cause à effet existe-t-elle entre le traumatisme et la néoformation? Le fait n'est pas démontré, mais il est permis de penser que la prolifération névroglique qui accompagne toute cicatrice nerveuse peut dépasser son but et créer à la longue un véritable gliome.

E. Complications infectieuses. — La méningite et la méningo-encéphalite sont des complications des premiers jours. Elles sont exceptionnelles après le deuxième mois, et à partir de ce moment elles sont presque toujours sous la dépendance d'un abcès.

L'encéphalite tardive non suppurée revêt deux formes cliniques : l'une, relativement précoce, sans doute de nature infectieuse, présente une symptomatologie identique aux abcès du cerveau. L'autre, tardive, apparaissant plusieurs années après la blessure, se traduit par des crises d'épilepsie subintrantes. Sa nature infectieuse est beaucoup moins certaine.

Les abcès du cerveau constituent une redoutable complication. Ils apparaissent surtout dans la première année, mais certains ont été observés à longue échéance : douze, vingt-sept et même trente-huit ans après l'accident. Rares, dans les fractures de la base, ils se rencontrent surtout dans la suite des plaies pénétrantes s'accompagnant d'ostéite ou d'hématomes.

Le rôle des projectiles est incontestable, mais le plus souvent l'abcès se développe au niveau du trajet, à la faveur d'un certain microbisme latent de la cicatrice cérébro-méningée. Le point de départ habituel est une fistule mal traitée ou négligée.

Ces abcès peuvent être non enkystés ou encapsulés.

Les premiers ne sont qu'un épiphénomène au cours d'une encéphalite diffuse et coïncident souvent avec une hernie cérébrale.

Les seconds ont une coque épaisse de 4 à 5 millimètres qui constitue un obstacle sérieux à leur guérison. Après ponction et évacuation du pus les parois n'ont aucune tendance à bourgeonner.

La thérapeutique de tels abcès est déconcertante. Il n'est pas toujours aisé de les découvrir, et après drainage une cavité persiste susceptible de suppurer à nouveau. Même si cette cavité se comble, des diverticules s'isolent formant à leur tour d'autres abcès. L'usage des mèches est peu satisfaisant. Villandre combine les ponctions répétées et la vaccinothérapie. On a tenté de mettre à plat la poche suppurée en

réséquant sa paroi superficielle. Le streptocoque et le staphylocoque sont les agents le plus souvent rencontrés.

L'évolution se fait rarement vers l'extérieur et la terminaison quasi fatale est l'ouverture dans un ventricule.

La symptomatologie est constituée au début par des troubles de l'état général, de la céphalée, de l'hypertension intracranienne; puis apparaissent des modifications intellectuelles; torpeur, narcolepsie; enfin, on note de la bradycardie et parfois de la stase papillaire.

Le liquide rachidien montre souvent une dissociation albumino-cytologique. Il est trouble avec des polynucléaires intacts. Ceux-ci s'altèrent et des microbes apparaissent dès qu'il y a rupture dans un ventricule.

La mort subite de certains trépanés est due vraisemblablement à des abcès latents.

On peut distinguer, du point de vue de l'évolution, une forme foudroyante avec 39 et 40° et coma rapide; une forme méningitique qui est rare; une forme convulsive; enfin, une forme lente qui rappelle le tableau clinique des tumeurs cérébrales.

Évolution des séquelles. — Dans l'ensemble on peut affirmer, qu'indépendamment du degré et de la nature du traumatisme considéré, les troubles des trépanés restent stationnaires dans plus de la moitié des cas, qu'ils s'améliorent ou guérissent dans plus d'un quart des cas. L'aggravation ne s'observe que chez un blessé sur six.

Les traumatismes de la région pariétale bénéficient du pronostic le plus favorable.

La plupart des aggravations dans les lésions des tables externe et interne sans ouverture de la dure-mère tiennent sans doute à la présence d'hématomes non évacués, mais aussi à la persistance d'esquilles qui déterminent plus ou moins rapidement de la compression ou de l'irritation du cortex.

Il est piquant de noter que des pertes de substance cérébrale considérables ne donnent pas toujours lieu à des séquelles importantes.

Les plaies transfixiantes du crâne qui s'accompagnent d'une mortalité immédiate considérable ont en général une évolution favorable, une fois franchi le cap de la première année. Par contre, les sétons du crâne s'améliorent rarement; ils sont générateurs d'épilepsie ou de troubles moteurs évoluant vers la spasmodicité.

Les projectiles intra-cérébraux qu'il faut de toute évidence extraire à la période de début, sont souvent plus tard très bien tolérés; leur ablation dans ces conditions n'a que des indications exceptionnelles.

La cranioplastie. Ses résultats. — Pour combler la perte de substance cranienne, de nombreux procédés ont été imaginés : prothèses métalliques, autoplasties du type Müller-Kœnig, greffes cartilagnieuses et greffes ostéo-périostiques.

Toutes ces techniques donnent des résultats sensiblement identiques pour ce qui est de la protection du cerveau contre les chocs éventuels.

On a cependant reproché aux prothèses métalliques de provoquer à leur phériphérie la formation d'une véritable bourse séreuse et une certaine réaction du tissu conjonctif susceptibles de retentir sur le cerveau. Les préférences vont aux greffes cartilagineuses et surtout aux greffes ostéo-périostiques de Delagenière.

Il ne semble pas qu'on soit fondé à attribuer aux différents procédés de cranioplastie une action certaine sur l'évolution ou l'apparition tardive de troubles fonctionnels ou organiques mais il existe à la cranioplastie des contre-indications absolues. Ce sont : 1° la présence de corps étrangers intra-cérébraux; 2° les phénomènes même anciens de méningite ou d'abcès; 3° la persistance d'une hyperalbuminose du liquide rachidien; 4° l'existence d'une hypertension cranienne (tendance à la hernie cérébrale, stase papillaire).

Les dimensions exagérées ou par contre fort réduites de la brèche sont des contre-indications relatives.

Les prothèses inorganiques, les greffes adipeuses ou aponévrotiques ne sont pas recommandables.

Avenir social des trépanés. — Il faut distinguer : l'aptitude au travail professionnel et l'aptitude au service militaire.

Un quart des traumatisés cérébraux restent des infirmes incapables d'exercer un métier quelconque. Un quart sont diminués considérablement dans leur valeur professionnelle; mais les autres, soit la moitié, ont pu reprendre leurs occupations sans déficit appréciable de leur rendement. On peut donc envisager l'avenir de ces blessés avec un optimisme relatif.

Du point de vue militaire, la question est différente. On ne saurait rendre à l'armée des sujets toujours susceptibles de crises épileptiques et surtout de troubles subjectifs graves incompatibles avec les nécessités de la guerre et les responsabilités du commandement.

Les auteurs terminent cet intéressant exposé en soulignant l'inégalité qui existent entre les blessés militaires, l'accidenté de la rue et surtout l'accidenté du travail.

Tandis que la loi des pensions permet aux victimes de la guerre de faire reviser leur cas après chaque aggravation et quelle que soit l'échéance de celle-ci, l'accidenté du travail perd tous droits à la revision après un délai de trois ans.

DISCUSSION

SUR LES SUITES ÉLOIGNÉES DE LA TRÉPANATION DU CRANE POUR LÉSIONS TRAUMATIQUES

M. P. Martin (de Bruxelles) a traité 140 cas de traumatismes fermés du crâne avec 40 p. 100 de décès dont 25 p. 100 de décès immédiats et 15 p. 100 de décès tardifs. Il estime qu'on opère trop souvent sans indications précises. Les cas où l'intervention s'impose sont ceux où se manifestent les signes d'un hématome sus- ou sous-dure-mérien ou d'un œdème cérébral. Sur 140 cas, 16 seulement ont été opérés dont 5 sont morts. Les malades non opérés ont été traités par le repos au lit prolongé, les purgatifs et les ponctions lombaires en série ramenant chaque fois la pression du liquide au voisinage de 20, au manomètre de Claude. Rares séquelles peu graves relativement.

M. Phocas (d'Athènes) relate deux intéressantes observations de cranectomies décompressives pour troubles cérébraux vraisemblablement dus à une tumeur et dans lesquelles l'opération a donné de très heureux résultats.

M. Jentzger (de Genève) présente une statistique concernant l'emploi de son trépan. Sur 220 trépanations, 173 ont été pratiquées pour décompression cérébrale, sans réapplication de la rondelle osseuse et 47 pour lésions diverses avec réapplication de la rondelle. Dans ces 47 derniers cas, consolidation sans suppuration, ni élimination. On peut juger de la reconstruction osseuse par des radiographies faites cinq ans après l'opération. Cette greffe libre quant à l'os mais pédiculée quant au périoste doit être distinguée des lambeaux cutanéo-périostique.

M. de Fourmestraux (de Chartres) a pu suivre un certain nombre de blessés auxquels il avait fait des cranioplasties par greffons ostéo-périostiques.

Les résultats dans l'ensemble ont été bons. Sur 25 blessés de guerre opérés de 1917 à 1920, 8 sont satisfaits, 7 présentent des troubles subjectifs plus ou moins accusés et sont réformés avec des taux d'invalidité variant de 10 à 40 p. 100; 4 ont succombé dans les années qui ont suivi l'intervention.

Depuis la guerre, l'auteur a pratiqué trois greffes ostéo-périostiques après trépanation pour fracture et enfoncement avec bons résultats.

La meilleure méthode est celle qui consiste à employer la technique de Delagenière (greffon ostéo-périostique tibial).

Elle paraît donner des résultats plus constants que la greffe costale et surtout que les prothèses inorganiques.

La greffe sera faite tardivement, et cependant l'auteur rapporte l'observation d'un blessé auquel il a fait une greffe ostéo-périostique immédiate avec un heureux résultat. C'est un procédé d'exception. Il semble bien que cette observation, avec celle de Tanton ait été la seule publiée.

M. Masini (de Marseille) envisage spécialement seize observations de trépanation du crâne remontant à dix ans. Il laisse de côté un grand nombre d'observations dont il n'a pu revoir les malades. Cependant une impression d'ensemble se dégage nettement de tous ces cas : si les trépanés résistent au choc opératoire et à la méningo-encéphalite des quarante-huit premières heures, ils sont généralement tirés d'affaire.

Le pronostic dépend surtout du degré d'infection de la plaie initiale. Les trépanés qui présentent des séquelles graves : paralysies, épilepsie, troubles mentaux, sont ceux qui ont longtemps suppuré. L'idéal serait de pouvoir pratiquer toujours une suture primitive.

L'auteur a pratiqué 5 cranioplasties pour hernies cérébrales. Il a utilisé le procédé de Delagenière légèrement modifié. Les greffes furent solides au bout d'une vingtaine de jours et les résultats locaux parfaits.

La mort tardive par épilepsie est rare. La complication à distance la plus sérieuse est l'abcès. Presque toujours sous la dépendance d'un point d'ostéite de la brèche cranienne, il aboutit souvent à la mort.

Les projectiles inclus depuis longtemps sont parfois bien tolérés. Il ne faut pas les extraire systématiquement.

M. Termier (de Grenoble) a toujours été frappé par la bénignité relative des fractures de la voûte à condition qu'elles ne s'accompagnent pas de lésions méningées. La mortalité dans ces cas serait inférieure à 7 p. 100.

L'épilepsie jacksonienne se modifie peu en général. Pas d'améliorations ni d'aggravations. Sur 52 épileptiques de ce type qui ont été longtemps suivis, 3 morts ont été observées : une par encéphalite chronique, une par état de mal, la troisième par suicide.

L'auteur défend la cranioplastie dont il a jugé les effets sur 63 blessés. Pas de mort immédiate ni d'élimination du greffon. 2 morts tardives l'une par encéphalite, l'autre au cours d'une crise épileptique. Le syndrome subjectif et parfois les troubles mentaux sont améliorés.

Par contre, l'épilepsie et les troubles moteurs se montrent rebelles. En outre, la cranioplastie constitue un moyen de protection réellement efficace contre les chocs.

Après avoir employé comme matériel le cartilage costal, l'auteur donne actuellement la préférence aux greffes ostéo-périostiques de Delagenière.

SÉANCE DU JEUDI 11 OCTOBRE

PROJECTIONS

M. Villard (de Lyon). **Film sur la persistance des contractions sphinctériennes après les amputations transanales du rectum.**

M. Pauchet (de Paris). **Film sur le traitement des ulcus duodénaux hémorragiques.**

M. Calot (de Berck). **Projections sur les arthrites de la hanche au-dessous de vingt ans.** — A l'aide de nombreuses projections, de radiographies, de pièces et de figures anatomiques, l'auteur donne une nouvelle démonstration de sa théorie qui veut que toutes les hanches étiquetées : arthrite sèche déformante, rhumatisme localisé, morbus coxae senilis soient en réalité des subluxations congénitales méconnues.

M. Roederer (de Paris). **Le vrai et le faux morbus coxae senilis.** — En s'appuyant sur une statistique assez imposante, l'auteur est arrivé à cette conclusion que les arthrites chroniques qui évoluent sur des hanches subluxées ne sont pas extrêmement graves. Il n'y a pas beaucoup de déformation. Les surfaces conservent leurs contours bien définis.

Déjà plus importantes sont les déformations que l'on constate dans les hanches ayant autrefois fait de l'ostéo-arthrite juvénile, de l'ostéochondrite ou des malformations du col.

Mais les véritables déformations, avec construction d'ostéophytes et aboutissant à l'ankylose plus ou moins complète, semblent être le résultat de rhumatismes toxiques ou infectieux et évoluent sur des hanches vierges.

Les conclusions de l'auteur concordent avec celles de l'Ecole lyonnaise.

M. Luys (de Paris). **Technique opératoire et résultats de 181 lavages de vésicules séminales.** — L'auteur, après avoir exposé la technique opératoire du lavage des vésicules séminales, montre dans sa statistique les résultats obtenus sur 181 opérations. C'est une opération délicate mais bénigne et ne comportant aucune mortalité. Elle donne de merveilleux résultats quand ses indications ont été bien posées. Avant de l'entreprendre, il est indispensable de guérir toutes les lésions concomitantes urétrales ou para-urétrales qui, par la persistance des symptômes morbides observés, dont elles sont l'origine, pourrait faire supposer bien à tort que l'opération n'a pas donné le résultat désiré.

Dans tous les cas où le gonocoque a été décelé dans le sperme, l'auteur a obtenu constamment des guérisons complètes. Par contre, cette opération n'a pu faire disparaître les microbes banaux que dans la proportion de 36 p. 100 des cas.

Au point de vue de la stérilité, l'auteur a obtenu que, dans deux cas, des spermatozoïdes qui n'avaient pas été constatés avant l'opération ont heureusement réapparu après l'opération.

M. Guisez (de Paris). **Où en est actuellement la question du diagnostic et du traitement du cancer de l'œsophage.**

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. P. Martin (de Bruxelles). **Ecarteur autostatique pour la chirurgie cérébrale.**

M. Gourdet (de Nantes). **Instruments divers.**

M. Judet (de Paris). **Table à fractures.**

M. Sénéchal (de Paris). **Une nouvelle valve à poids.**

COMMUNICATIONS DIVERSES

Les formes de tuberculose pulmonaire justiciables d'une intervention chirurgicale et les résultats qu'on peut attendre de celle-ci. — M. Archibald (de Montréal). Trois opérations sont à envisager : la thoracoplastie qui est l'opération fondamentale, la phrénicectomie manifestement moins efficace et l'apicolyse complément souvent précieux des interventions précédentes. Parfois un même sujet subit deux ou trois de ces opérations. L'essentiel est de bien distinguer les cas justiciables de la thérapeutique chirurgicale. Ce sont surtout les tuberculoses parenchymateuses non compliquées d'emphysème et résistant plus ou moins au pneumothorax.

Il y a les bons cas qui répondent aux formes chroniques à localisation unilatérale, les cas discutables dans lesquels l'affection qui atteint les deux poumons, procède par poussées mais avec des signes de rétraction fibreuse et les mauvais cas caractérisés par une évolution rapide.

Sur 20 bons cas, 16 ont été guéris, 3 améliorés, 1 aggravé.

Sur 24 cas discutables, il y a eu 2 morts opératoires, 1 reprise de la maladie après amélioration transitoire, 9 guérisons, 3 améliorations, 3 aggravations et 6 morts non imputables au traitement.

Cancer et traumatisme. — M. Jeanneney (de Bordeaux). Les faits qui se rapportent à cette question sont de deux ordres :

1° Traumatisme et cancer préexistant. Le traumatisme peut aggraver la tumeur directement ou en diminuant la résistance du sujet. Il peut favoriser le développement des métastases;

2° Cancers provoqués par un traumatisme. Ces faits sont rares mais ont été observés. Pour qu'ils soient probants, il faut que les conditions suivantes soient remplies : intégrité de la région blessée et du blessé lui-même, intensité suffisante du traumatisme, identité entre le point traumatisé et le siège de la tumeur, continuité dans l'apparition des lésions.

La mort par embolie au cours de l'opération. — M. Jayle (de Paris) rapporte plusieurs cas d'embolies mortelles survenues au cours d'une opération. Dans trois cas il s'agissait d'amputations de cuisse par fractures multiples. Les autres cas ont été observés au cours d'interventions portant sur la sphère génitale. Les phlébites qui sont le point de départ de ces embolies sont difficiles à reconnaître soit parce que l'œdème fait défaut, soit parce qu'il est mis sur le compte de lésions inflammatoires concommittantes. L'auteur conseille de rechercher le temps de saignement et le temps de coagulation la veille de l'opération.

L'hypertension localisée au membre thrombosé. Signe important des oblitérations veineuses. — M. Chaton (de Besançon), par de nouvelles observations a pu confirmer ses recherches antérieures sur cette question publiées à la Société de chirurgie en 1926. Chez 23 malades atteints de phlébites plus ou moins apparentes, 22 fois on a constaté une hypertension localisée du côté du membre atteint de thrombose.

Le traitement des varices par les injections sclérosantes. — M. Aimes (de Montpellier) emploie de préférence une solution contenant pour 3 centimètres cubes d'eau distillée, 40 centigrammes de chlorhydrate neutre de quinine et 20 centigrammes d'uréthane. Il reconnaît à la méthode diverses contre-indications tenant soit à l'état général du sujet, cardiopathies graves, albuminurie, diabète, soit aux conditions étiologiques de l'affection, varices gravidiques, symptomatiques de tumeurs pelviennes, postphébitiques, soit même au volume des varices, les très grosses varices relevant plutôt du traitement chirurgical. La sympathectomie peut être utilement combinée aux injections sclérosantes dans le cas où les varices causent des douleurs particulièrement vives et tenaces. Sur 803 cas, 12 résultats nuls, 32 résultats moyens, 48 bons résultats, 711 résultats excellents.

La gangrène gazeuse du moignon après amputation par gangrène sénile. — M. Loubat (de Bordeaux) a observé deux fois cet accident, un des malades a guéri, l'autre est mort. L'auteur conseille d'amputer très haut, en tissus bien vascularisés ou si l'on tient à faire une amputation économique, d'injecter préventivement du sérum antigangréneux polyvalent.

TÊTE, RACHIS ET COU, PÉRITOINE

Chirurgie des tumeurs de la moelle. — M. de Martel (de Paris) étudiant par périodes les résultats de sa pratique montre la diminution progressive de la mortalité en rapport avec le perfectionnement de la technique et l'amélioration des conditions opératoires. Les 5 premiers cas qu'il a opérés ont donné 5 morts. Puis ayant été voir opérer Horsley qui lui apprit à opérer lentement en soignant l'hémostase, il eut une série de 15 cas avec 4 morts. Après la guerre il se rendit compte de l'importance qu'a pour le succès la précocité de l'intervention. 16 cas : 4 morts. Enfin sur les 59 derniers cas opérés, il n'y a eu que 4 morts. Les lésions observées chez les quatre derniers malades décédés étaient les suivantes : tumeur antérieure de la moelle cervicale, tumeur intramédullaire infiltrée de la région dorsale supérieure, tumeur antémédullaire cervicale, tumeur intramédullaire cervicale démesurément longue.

L'emploi du lipiodol comme moyen de diagnostic a été extrêmement heureux en ce sens qu'il a créé par l'objectivité de ses résultats un courant d'opinion favorable à la chirurgie des tumeurs médullaires. Mais il faut savoir que le lipiodol donne — bien qu'exceptionnellement — des erreurs de localisation et n'est nullement indispensable. L'auteur, comme les Américains, préfère la méthode clinique d'Elsberg avec recherche du blocage par le procédé manométrique de Stookey.

Exostose ostéogénique du rachis cervical. — M. Frœlich (de Nancy).

Indications de la thyrotomie dans les maladies du larynx. — M. Hicguet (de Bruxelles).

Traitement des ascites par les injections massives de sérum adrénalisé. — M. Milianitch (de Belgrade).

TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

Progrès dans le diagnostic et le traitement des affections de la vésicule biliaire. — M. Mayer (de Bruxelles) montre tout l'intérêt de la cholécystographie par injection intraveineuse de tetra-iodo-phénol-phtaléine qu'il a employé dans 162 cas et expose ses idées personnelles à ce sujet. D'autre part il rappelle la technique qu'il a déjà décrite de cholecystectomie rétrograde avec pince à demeure sur le pédicule cystique, procédé rapide particulièrement utile chez les sujets fatigués.

Traitement des sténoses pyloriques d'origine biliaire. — M. Perrin (de Lyon) tire de ses observations personnelles les conclusions thérapeutiques suivantes : 1° s'il s'agit d'un calcul enchatonné dans le pylore, l'enlever par pylorotomie; 2° dans le cas de compression par un calcul volumineux, sans adhérences solides, pratiquer la cholécystectomie, la sténose ne survivra pas à l'ablation de la vésicule; 3° en cas d'adhérences anciennes, ayant déterminé une sténose serrée du pylore, la gastro-entérostomie est indispensable et chez les malades cachectiques elle sera pratiquée seule dans un premier temps, l'ablation de la vésicule étant remise à plus tard.

Appendicite et grossesse. — M. Brindeau (de Paris) s'appuyant sur une statistique de 26 appendicites pour 18.000 grossesses, estime que la fréquence de l'affection chez la femme enceinte a été exagérée. L'appendicite s'observe surtout dans les premiers mois de la grossesse. Elle s'accompagne d'une douleur généralisée à tout l'utérus et d'une tension de cet organe. Le diagnostic est à faire surtout avec la pyélite et la salpingite. Le pronostic n'est peut-être pas plus grave qu'en dehors de la grossesse. Pourtant il faut opérer à quelque époque que ce soit en utilisant l'incision de Jalaguier.

Les kystes hydatiques des capsules surrénales. — M. Nicaise (de Paris). C'est une localisation extrêmement rare. Elle a été signalée six fois seulement sur 10.000 cas de kystes hydatiques. Ces 6 cas concernaient des hommes dont l'âge variait de trente-six à quatre-vingts ans. Ce fut chaque fois une trouvaille d'autopsie et une seule fois le sujet avait présenté de son vivant des signes d'insuffisance surrénale. La rareté de cette localisation chez l'homme reste inexpliquée. On ne peut admettre, comme il a été dit, que l'adrénaline soit un poison pour le parasite car le kyste des capsules surrénales est fréquent chez le porc.

APPAREIL GÉNITAL ET URINAIRE

A propos de l'évidement systématique du col dans l'hystérectomie subtotale. — M. de Rouville (de Montpellier) défend cet évidement qu'il a été le premier à conseiller il y a seize ans, contre les critiques qu'en a faites Lecène et indique à nouveau les particularités de sa technique personnelle, différente par quelques côtés de celle qu'a adoptée Desmarets.

Valeur de la résection du plexus hypogastrique supérieur dans le traitement des névralgies pelviennes. — M. Paul WALTHER (de Paris). Après quelques considérations anatomiques et physiologiques sur le plexus hypogastique, l'auteur expose les résultats de 14 résections dont 2 ont été pratiquées par Tuffier et les 12 autres par lui-même. Les résultats ont été bons sauf dans 2 cas dont l'un se rapporte à un coccygodynie.

Les résultats éloignés de l'opération de Wertheim dans le cancer du col utérin. — M. VIOLET (de Lyon) est un partisan convaincu de l'opération de Wertheim dans le cancer du col. Il en rapporte 32 cas opérés de juin 1919 à juin 1928. Sur ces 32 cas 4 morts opératoires et 6 guérisons datant de neuf, huit, sept et six ans. Dans une statistique précédente publiée en 1919 et concernant une série d'avant-guerre, il y avait 40 p. 100 de guérisons datant de cinq ans. Les malades de cette série ont été suivies, 6 sur 9 sont vivantes depuis dix-huit, seize et quinze ans.

Détails de technique pour la prostatectomie. — M. DESCARPENTRIES (de Roubaix) n'utilise plus les incisions en T renversé qu'il préconisait au Congrès de l'an passé, mais une incision transversale. Il ponctionne la vessie au trocart, ouvre son dôme par dédolement sans incision après l'avoir dénudé du feuillet péritonéal.

Les avantages de cette technique sont : la suppression de la sonde à demeure urétrale, une cicatrisation rapide de la plaie sus-pubienne, un séjour au lit minimum.

Grâce à ces détails opératoires et aussi à l'autohémolysothérapie, neuf fois sur dix, les malades ne gardent le lit que trois jours, un jour pour la cystostomie, deux jours pour la prostatectomie.

La sonde sus-pubienne est supprimée du douzième au quinzième jour après le deuxième temps, et le malade urine normalement du quinzième au dix-huitième jours sans que soit nécessaire la mise en place de la sonde urétrale, souvent douloureuse et infectante.

Détails de chirurgie prostatique. — M. GOURDET (de Nantes).

MEMBRES

Raideur congénitale des membres. — M. ROCHER (de Bordeaux) a obtenu dans ces cas de bons résultats par une intervention précoce, redressement orthopédique avec ténotomie ou résection articulaire. Il rapporte plusieurs observations et indique les particularités thérapeutiques que comportent les raideurs des diverses jointures.

Sur le diagnostic des coxapathies chroniques de l'enfant. — M. CALOT (de Berck).

CHASTENET DE GÉRY ET DARIAU.

L'Association française de chirurgie a désigné le bureau du XXXVIIIe Congrès qui se tiendra à Paris en 1929 : président, M. Tixier (de Lyon); vice-président, M. Auvray (de Paris); secrétaire général, M. Grégoire (de Paris).

Questions à l'ordre du jour : 1° « Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. » Rapporteurs : MM. Rocher (de Bordeaux) et Sorrel (de Paris).

2° « Evolution et traitement des plaies des tendons de la main. » Rapporteurs : MM. J.-Ch. Bloch (de Paris) et Paul Bonnet (de Lyon).

3° « Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. » Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris) et Bérard (de Lyon).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1928)

L'indice toxique des races du B. coli. Nouvelles remarques sur les bases expérimentales de la sérothérapie anticolibacillaire. — M. H. VINCENT, poursuivant ses belles recherches, rapporte de nouvelles expériences qui paraissent montrer que le pouvoir toxique des colibacilles est indépendant de la race de ces microbes et de leurs autres propriétés biologiques. Il s'est inspiré de ces expériences pour la préparation du sérum anticolibacillaire dont il a déjà fait connaître les résultats très favorables. De nouveaux exemples aussi démonstratifs de son action thérapeutique ont été depuis lors signalés dans le traitement de septicémie à B. coli et de la pyélonéphrite suppurée due au même agent infectieux.

Etude expérimentale du spirochète sanguicole du gondi. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et Jacques COLAS-BELCOUR.

Premiers essais d'adaptation du spirochète des poules à divers ornithodores. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et Jacques COLAS-BELCOUR.

Une nouvelle méthode d'enregistrement des mouvements oculaires. Le cinégraphe oculaire. — M. Serge YOURIÉVITCH.

Variations de la chronaxie dans la fatigue par contraction volontaire soutenue chez l'homme. — MM. Georges BOURGUIGNON et Henri LAUGIER.

De la mise en évidence, par l'expérimentation d'un système de régulation vaso-motrice périphérique indépendant, de la régulation circulatoire générale. — MM. René LERICHE et R. FONTAINE. « Si l'on étudie avec un dispositif expérimental convenable, établi suivant les principes de Nolf, les rapports de la pression artérielle générale avec la pression artérielle périphérique, on met en évidence l'existence d'un système de régulation périphérique indépendant du système de la régulation centrale.

Sur le sympathique lombaire, toute excitation, qu'elle soit mécanique ou électrique, produit dans la circulation générale une augmentation de la pression artérielle suivie d'une chute, puis du retour au taux normal. En même temps, dans la circulation périphérique du membre inférieur isolée expérimentalement, on note une hypertension rapide et transitoire précédant une hypotension plus durable qui met plusieurs minutes avant de disparaître.

Lorsqu'on excite la chaîne intacte, les modifications tensionnelles se font toujours dans le même sens, dans les deux circulations. Lorsqu'on excite le bout supérieur après section, les variations sont identiques. Quand on excite le bout inférieur, l'action est nulle ou presque nulle sur la circulation générale, alors que la circulation périphérique est modifiée comme il a été dit.

Après section de tous les troncs nerveux du membre inférieur (sciatique, obturateur et crural), l'excitation de la chaîne lombaire intacte, celle du bout supérieur après section, celle du bout inférieur donnent les mêmes effets que précédemment.

Il y a donc dans le système artériel périphérique isolé du système vaso-moteur général des mouvements réactionnels, des vaisseaux indépendants de ceux de la circulation générale.

A moins d'admettre qu'ils soient le fait d'une contraction myogénique, ce qui est peu vraisemblable, on est conduit à supposer qu'ils relèvent d'une innervation intrapariétale des artères, ayant une certaine autonomie. Le rôle joué par le

réseau nerveux intrapariétal serait en somme identique à celui que jouent les plexus d'Auerbach et de Meissner.

Les vaisseaux semblent donc physiologiquement posséder, en dehors de toute connexion avec le système cérébro-spinal et avec le système sympathique, la propriété de répondre à une contraction par une dilatation et inversement :

La mise en évidence de ce mouvement de bascule autonome permet de comprendre comment l'équilibre circulatoire de nos tissus se maintient en présence des fluctuations incessantes de la circulation générale.

Pathologiquement, l'existence de ce système de régulation circulatoire périphérique permet de comprendre d'une façon nouvelle les perturbations vaso-motrices fonctionnelles consécutives aux traumatismes et leurs conséquences anatomiques (ostéoporose, arthrite traumatique, troubles trophiques), que l'on avait généralement tendance à considérer comme des réflexes d'axone. »

Conditions de formation et de destruction de la vitamine D au cours de l'irradiation de l'ergostérol. — Mlle D. van Stolk, MM. E. Dubreuil et Heudebert.

Protection contre les chocs anaphylactiques au moyen de l'hyposulfite de magnésium. — M. A. Lumière et Mme Malespine. Dans une communication présentée par M. le professeur Roux, les auteurs font part d'expériences de laboratoire, d'où il résulte que l'hyposulfite de magnésium, injecté dans le cœur gauche du cobaye, peut préserver complètement l'animal des chocs anaphylactiques lorsqu'il est mélangé à la dose déchaînante.

La protection est moins efficace quand la solution magnésienne est injecté immédiatement avant le précipité.

Les accidents anaphylactiques étant déclanchés, il est encore possible de les faire cesser à la condition de faire agir l'hyposulfite de magnésium d'une manière suffisamment précoce.

Les auteurs expliquent cette action d'après la théorie colloïdale des chocs anaphylactiques d'Auguste Lumière, par l'action sédative qu'exercent les sels magnésiens sur le système nerveux. (Séance du 23 octobre).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 20 octobre 1928)

M. Raymond Petit rend compte d'un **voyage d'études** chirurgicales aux Etats-Unis. Le travail discipliné et bien organisé, les moyens immenses mis en œuvre donnent des résultats remarquables. Par contre, l'imagination créatrice ne trouve pas son élément dans ce milieu plus favorable à faire fructifier les créations importées qu'à stimuler la production des cerveaux créateurs. Il importe, au premier chef, de sortir de notre isolement, de suivre de près les travaux nord-américains et de faire connaître les nôtres. L'échange d'étudiants qu'on désire là-bas serait un excellent moyen dont la réalisation ne dépend que de notre Faculté.

M. E.-A. Bossan fait part de ses travaux sur le rôle de la **lipodiérèse** de l'enveloppe ciro-graisseuse des bacilles de Koch dans la guérison de la tuberculose; ses recherches conduisent à une thérapeutique réellement physiologique de cette maladie.

M. Foveau de Courmelles pense que ce qu'on a appelé

vitamine n'est que de la lumière solaire incorporée, et donne plusieurs arguments impressionnants en faveur de cette intéressante affirmation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PROPOSITIONS POUR LA LÉGION D'HONNEUR

M. Gaudin de Villaine, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre quelles dispositions il a prises pour récompenser les médecins militaires de réserve d'avant guerre qui ont été affectés à des hôpitaux de l'arrière et de l'intérieur sans avoir pu bénéficier des citations qui n'étaient attribuées que dans les hôpitaux de l'avant; quel est le nombre de propositions annuelles pour la Légion d'honneur; pour l'ensemble des officiers de réserve; et quel est le contingent de croix affecté à chacun de ces deux groupes. (*Question du 19 juin 1928.*)

Réponse. — La croix de la Légion d'honneur, comme toutes les récompenses, n'est attribuée qu'au choix. Par suite, tous les officiers de réserve, sans distinction de catégorie, concourent entre eux et ne figurent sur le tableau de concours que ceux reconnus les plus méritants, après examen comparatif de leurs titres. Cet examen porte sur les services effectifs, services dans les réserves, campagnes, blessures, citations, temps de séjour au front, emplois occupés, note des chefs hiérarchiques, etc. Le tableau ci-après fait ressortir le nombre de propositions reçues et celui des inscriptions faites au tableau de concours pour 1928 :

DÉSIGNATION	MÉDECINS		AUTRES OFFICIERS de réserve.	
	Nombre de propositions.	Nombre d'inscriptions.	Nombre de propositions.	Nombre d'inscriptions.
Pour officier de la Légion d'honneur....	224	26	1.201	184
Pour chevalier de la Légion d'honneur....	3.172	138	20.452	2.021

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

SIGNES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

C'est le plus fréquent des étranglements herniaires et c'est aussi le plus grave à cause de l'*extrême rapidité de l'évolution* et de la précocité du sphacèle intestinal et de l'intoxication stercorémique si une intervention d'urgence n'est pas pratiquée.

C'est surtout une hernie de la femme et ce sont les petites hernies marronnées et profondes qui s'étranglent le plus souvent.

CLINIQUE

Malgré la grande rapidité de l'évolution on peut décrire schématiquement deux phases :

Une phase d'étranglement, pas encore de sphacèle intestinal, état général bon. Il faut faire le diagnostic et opérer.

Une phase de stercorémie, lésions intestinales graves, état général très atteint. Les chances de succès de l'intervention diminuent rapidement.

I. **Phase d'étranglement. — Début.** — Le plus souvent brutal.

a. A l'*occasion d'un effort* le malade porteur d'une hernie jusque-là réductible est pris :

1. D'une *douleur* très vive (parfois syncopale) dans la région de l'aine.

2. D'un *vomissement* alimentaire (ou de nausées) et la hernie devient irréductible.

b. Plus rarement la hernie était ignorée jusque-là (petite hernie marronnée chez une femme grasse). L'étranglement la révèle.

c. Exceptionnellement la hernie se produit et s'étrangle d'emblée.

d. Début parfois moins dramatique. Le malade était porteur d'une hernie moins bien réductible depuis quelque temps. L'étranglement apparaît moins brutal.

Dans tous les cas dans les heures suivantes :

Signes fonctionnels. — 1. *Douleur violente* irradiant à la cuisse et à l'abdomen avec paroxysmes très pénibles.

2. Les *vomissements* deviennent bilieux (mais parfois cessent à ce moment).

3. Il *est trop tôt* pour constater l'arrêt des matières et des gaz.

Signes physiques. — 1. *La hernie* est située à la partie supérieure du triangle de Scarpa, au-dessous de l'arcade, au-dessous de la ligne de Malgaigne, en dedans des vaisseaux.

Elle est tendue et dure, irréductible, douloureuse au niveau de son pédicule.

Pas d'impulsion à la toux. Pas de gargouillement.

A la percussion, matité (signe inconstant).

2. *L'abdomen* est un peu douloureux. Pas de ballonnement.

Signes généraux. — Pouls normal. Température normale.

Il faut intervenir immédiatement et l'intervention a de grandes chances de succès. Sinon survient la

II. **Phase de stercorémie.** — Elle apparaît très vite, parfois dès la vingt-quatrième heure, en tout cas à la trente-sixième.

Signes fonctionnels. — *Douleur* diffusée et atténuée.

Vomissements continuels, bilieux, puis porracés (les vomissements fécaloïdes sont extrêmement tardifs, *si même ils ont le temps de se produire*).

Arrêt des matières et des gaz, signe capital, constant à cette période.

Signes physiques. — *La hernie* reste ce qu'elle était à la période précédente.

Le ventre est ballonné, tympanique, douloureux.

Signes généraux. — *Ce sont des signes d'intoxication profonde.* Ils occupent le premier plan du tableau clinique.

Pouls rapide, inégal, irrégulier. C'est l'élément capital du pronostic.

Température basse.

Faciès terreux, nez pincé.

Respiration rapide, superficielle.

Urines rares.

A. *Si on opère* à cette période, le pronostic est fonction de l'état de l'intestin et du degré de stercorémie. Mais après l'intervention il faut encore redouter :

Le *collapsus cardiaque* et la *broncho-pneumonie*, surtout chez les sujets âgés.

Plus rarement : l'iléus paralytique, l'embolie pulmonaire.

B. *Si on n'opère pas la mort survient* fatalement en trois ou quatre jours :

Pouls incomptable.

Respiration superficielle.

Mort par intoxication.

C'est exceptionnellement qu'on a le temps de voir survenir une *péritonite généralisée* par sphacèle de l'anse étranglée et qui, d'ailleurs, passe facilement inaperçue.

La guérison, par ouverture d'un phlegmon pyostercoral, ne se voit pour ainsi dire jamais.

FORMES CLINIQUES

Elles sont multiples :

1. **Formes évolutives.** — Suraiguës (petite hernie à étranglement très serré).

Lentes, beaucoup plus rares. L'occlusion ne se complète qu'en trois ou quatre jours.

2. Choléra herniaire avec algidité et diarrhée (rare).

3. **Pincement latéral.** — Forme très importante. Symptomatologie moins nette. Pas de vomissements, parfois diarrhée. Il *faut intervenir*, sinon sphacèle de l'anse.

4. **L'épiplocèle étranglée.** — C'est l'épiploon qui est étranglé et se sphacèle si on n'intervient pas. Pas de signes d'occlusion, pas de stercorémie.

5. **Formes anatomiques.** — En dehors de la hernie classique de l'anneau crural des chirurgiens étranglée par la vive arête du ligament de Gimbernat, on peut voir :

La hernie de Cloquet sous l'aponévrose du pectiné.

La hernie de Laugier dans une éraillure du ligament de Gimbernat.

La hernie de Hesselbach à travers le fascia cribriformis.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic en est général facile. La douleur et l'irréductibilité imposent l'intervention. *Les cas douteux sont justiciables de l'intervention.*

Il est facile d'éliminer :

Une adénite du ganglion de Cloquet.

Une varice enflammée de la crosse de la saphène.

Les seuls cas délicats sont ceux où la hernie était antérieurement méconnue. Le tableau d'occlusion est à diagnostiquer :

Des péritonites aiguës par perforation (contracture abdominale, température).

Des étranglements internes (douleur abdominale vive, signe de von Wahl au début).

En présence de signes d'occlusion il faut systématiquement examiner les orifices herniaires.

Le diagnostic entre hernie *crurale et inguinale* est facile : la situation du pédicule par rapport aux vaisseaux fémoraux, à la ligne de Malgaigne, l'axe de la hernie permettent le diagnostic.

TRAITEMENT

Le taxis est formellement proscrit.

Intervention d'urgence.

Anesthésie locale ou rachi-anesthésie. — Eviter l'anesthésie générale.

Incision verticale sur la hernie.

Ouvrir le sac avec précaution (issue d'un liquide séro-hématique).

Débrider *en haut*, sur l'arcade. Ne pas laisser l'intestin filer dans le ventre, car il faut l'examiner (surtout au niveau du collet). Si sous le sérum chaud il reprend sa coloration normale, le rentrer et faire une cure radicale. S'il présente de petites plaques de sphacèle, les enfouir. S'il y a des lésions graves, l'*anastomose au bouton* entre les deux pieds de l'anse est la méthode de choix.

L'anus contre nature et surtout la résection sont de pronostic grave.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS
D'HYDRATE DE MAGNÉSIE
ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr25 de Carbonate de Chaux
GROS. 9 & 11, RUE DE LA PERLE PARIS. 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES


SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS
DE CARBONATE DE CHAUX
ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr25 de Carbonate de Chaux
GROS. 9 & 11, RUE DE LA PERLE PARIS. 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 19 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la maladie d'Addison. — Signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie. »

MM. Vaudour, 18; Golé, 17; Bridot, 14; Seguinot, 15; de Paris et de Ginestet, 19; Mlle Ducosté, 18.

— Concours d'assistants d'électro-radiologie. — *Epreuve de titre.* — Séance du 17 novembre. — MM. Gaubert, 17; Boulland, 15; Nebout, 11; Marchal, 17; Hickel, 14; Paquet, 12.

Sont déclarés admissibles : MM. Seligman, Dubost, Buhler, Marchal, Goulon, Mme Baude, MM. Boulland, Hickel, Camuset.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lamoril et Torck, titulaires, et de M. Rousselle, provisoire.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Delezenne, Vandenbosch, Bérode, Senellart, Ledieu, Le Dourneuf, Liber et Samain.

— Une Commission spéciale se réunira à l'administration générale de l'Assistance publique, dans le courant du mois de décembre, en vue de procéder au classement des candidats déclarés aptes aux fonctions de médecins des consultations de nourrissons.

Les docteurs en médecine désireux de faire acte de candidature devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, jusqu'au 8 décembre 1928, dernier délai. Ils devront justifier de la qualité de Français et produire à l'appui de leur inscription leur diplôme de doctorat, un exposé de titres rédigé par leurs soins, ainsi que tous certificats émanant des chefs de services d'enfants ou de consultations de nourrissons auxquels ils ont été attachés. Ces certificats devront mentionner la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de service.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Au cours de la séance de rentrée de l'Université de Paris a été célébré le centenaire de la naissance du recteur Octave Gérard, et le titre de docteur honoris causa de l'Université de Paris a été conféré à divers savants étrangers parmi lesquels M. W. S. Thayer, professeur de la Clinique médicale à Baltimore.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — La Fédération des chefs de clinique de France, dans sa réunion tenue à Bordeaux à l'occasion des Journées médicales le 5 novembre 1928, a émis les vœux suivants :

1° Que le traitement des chefs de clinique, notoirement insuffisant (3.000 fr. par an), soit augmenté dans les mêmes proportions que celui des autres fonctionnaires de l'Instruction publique, en particulier des préparateurs de Faculté, auxquels ils ont été de tout temps assimilés;

2° Que l'Association des chefs de clinique soit représentée au Comité consultatif de l'Instruction publique;

3° Que le règlement et les conditions du concours d'agrégation des facultés de médecine soient enfin définitivement établis.

Les chefs de clinique protestent contre l'indifférence avec laquelle les Pouvoirs publics ont accueilli jusqu'à ce jour leurs légitimes revendications.

— Montpellier. — La chaire d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier et la chaire de gynécologie de la Faculté de médecine de l'Univer-

sité de Montpellier sont déclarées vacantes. (*J. O.*, 20 nov. 1928.)

(*Voir la suite, p. 1661.*)

CHRONIQUE

LES TRADITIONS FRANÇAISES A CUBA

Par le professeur Dominguez.

[Notre éminent confrère, le docteur Dominguez, ancien doyen de la Faculté de médecine de la Havane et ancien ministre de l'Instruction publique, a bien voulu, sur nos instances, confier à la *Gazette des hôpitaux* le discours qu'il a prononcé il y a quelques jours, à l'Association de la Presse médicale française.

M. Dominguez, après avoir fait ses études en France était retourné à Cuba où l'on sait qu'il organisa un enseignement anatomique directement inspiré de Farabeuf et de Poirier. Il donne dans son discours d'intéressants détails sur l'indépendance de Cuba et les vieilles traditions françaises conservées dans l'île.] (*N. D. L. R.*)

« Trois ans après mon retour à Cuba, a dit M. Dominguez, la révolution éclata. Le cri d'indépendance fut général et gagna tout le pays. Chose curieuse, la quantité de médecins qui sont venus s'incorporer à l'armée révolutionnaire a été extraordinaire, on disait même : « C'est la guerre des médecins ».

J'ai vu comment se battaient mes compatriotes et surtout ceux qui appartenaient à la partie orientale du pays, berceau de notre première guerre et berceau également de la dernière et définitive.

Je me suis souvent demandé pourquoi cette partie du pays, éloignée de la capitale cubaine, avait des idées si libérales et comment, après un demi-siècle de préparation, elle avait pu encore lutter pendant un autre demi-siècle jusqu'à la conquête de notre liberté.

En voici la raison : cette partie orientale du pays, dont la capitale est Santiago de Cuba a, à côté, la grande ville de Guantánamo, toutes deux peu éloignées de Saint-Domingue et d'Haïti. Les révoltes dans ces deux pays ont fait venir à Santiago de Cuba une véritable invasion de Français à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, à tel point que Santiago de Cuba, qui comptait à ce moment-là environ 1.800 habitants, est arrivée en très peu de temps à avoir une énorme population, de 20.000 âmes, presque toute française, sans compter qu'en 1803 le général Lavalette est arrivé au port de Santiago de Cuba avec 1.360 hommes de l'armée, plus 821 civils comprenant femmes, enfants et domestiques. Enfin plus tard et lors de la déportation des Français, la population française atteignit le chiffre de 32.000.

Cette émigration française est arrivée à Santiago de Cuba apportant avec elle son intelligence, sa culture, sa sociabilité, etc. et une fois dans le pays, les émigrés ont organisé par tous les moyens la façon de vivre à laquelle ils étaient habitués c'est alors que Santiago de Cuba est née à une vie jusqu'alors inconnue.

Une rue est appelée « La Grande Rue », une autre reçoit le nom de « Tivoli » et dans la dernière année du XVIIIe siècle, ils élèvent un théâtre dans lequel toutes les œuvres de Racine sont jouées, ils créent également un café-concert qui s'appelle « Tivoli » sous forme d'un grand kiosque au milieu des jardins, dans lequel on donne des concerts et même des représentations. C'est dans ce café-concert qu'à la fin de chaque représentation, on chantait en chœur l'hymne de Louis XVI, et chose plus rare encore, *La Marseillaise*, mais les émigrants français ne se bornèrent pas à l'embellissement de la ville, ils se mirent tout de suite au travail dans la campagne, ils achetèrent tous les terrains alentour de Santiago et se portèrent surtout du côté de Dos Bocas, ils organisèrent de grandes plantations de café où ils habitaient dans de véritables palais avec tout le confort de leur pays. Ils se mirent aussi à cultiver la canne à sucre, et en très peu de temps, ils firent monter la récolte qui était de 2.000 quintaux, à 75.000 quintaux de sucre.

Enfin, et puisque nous sommes entre médecins, je dois vous dire que ce fut le chirurgien français Vignaud qui introduisit le premier le vaccin à Santiago de Cuba, un mois avant qu'il ne fût introduit à La Havane.

Tout cela devait frapper grandement les représentants du Gouvernement espagnol à Cuba qui finirent par lancer un décret d'expulsion contre les Français dans le territoire espagnol de l'île de Cuba, et c'est de cette façon que 16.000 Français émigrèrent à la Nouvelle-Orléans, non sans protestation du Conseil municipal, de la population native et du gouverneur Kindelan qui leur facilita grandement leur départ de la même façon qu'il les avait aidés, avant à s'établir et à employer leurs connaissances et leurs arts.

Ce n'est que bien plus tard, en 1832, que le premier Consul Français fut nommé à Santiago de Cuba.

Le résultat de tout cela a été, Messieurs, que la population de Santiago de Cuba est presque entièrement d'origine française comme on peut le constater par la liste des noms des principales familles (1) et aujourd'hui encore, à la campagne et dans les villes on parle le patois français.

Les générations d'enfants des familles françaises et des familles cubaines, les unes après les autres, sont nées et ont vécu unies par l'affection des uns pour la colonie et la douleur provoquées chez les autres par l'émigration, mais c'est là qu'ensemble ils ont écouté pour la première fois, *La Marseillaise* qui a ensuite parcouru toute l'Ile, réveillant sur son passage l'idéal d'un avenir prochain de liberté qui, à la fin, récompensa toutes les souffrances endurées par mes chers compatriotes.

Et voilà, mes chers amis, comment nous devons à la France en plus de l'éducation médicale et de sa bonne amitié, le bonheur d'avoir éveillé en nous l'idée de liberté ».

(1) Citons quelques noms : Arnaud, Antomarchi, Bréa, Dupont, Durand, Duvigneau, Flamand, Moreau, Moulin, Rousseau, Robert, Soleilhac, Vidal, etc.

— La famille Antomarchi était celle du médecin de Napoléon Ier. Le masque de l'empereur qu'Antomarchi avait moulé lui-même à Sainte-Hélène a été légué par lui au Musée de Santiago.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

L'ASSOCIATION POLYGLOTTE DE FRANCE [34, rue de l'Echiquier, Paris (Xe)] demande traducteurs qualifiés pour traduire des textes allemands ayant trait aux ulcères gastro-duodénaux, aux abcès et cancer du foie, etc. — Urgent.

INFORMATIONS

(SUITE)

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (section de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen) a tenu sa séance annuelle à la salle des actes de la Faculté de médecine, le samedi 10 novembre 1928, à 17 h., sous la présidence de M. le professeur Estor, président de la Société, assisté du professeur G. Giraud, du professeur agrégé Puech et des docteurs R. Castagné et M. Janbon.

Cette Réunion a été consacrée à l'étude de la douleur et de son traitement hydro-minéral.

A la demande du bureau de la Réunion, M. le professeur Gilis avait bien voulu accepter de faire, au début de la séance, l'exposé des voies conductrices de la sensibilité douloureuse, tant superficielle que profonde, et du mécanisme des douleurs rapportées : cette causerie, qu'ont illustrée les remarquables planches de Déjerine, prit l'ampleur d'une conférence magistrale, par laquelle les auditeurs furent initiés aux récentes et originales conceptions de Foerster (voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, nos 71, 72 et 73) et au jeu physiologique des centres élaborateurs et inhibiteurs des sensations douloureuses. L'exposé du professeur Gilis, développé avec une chaleur toute juvénile, a connu le plus légitime succès.

Un certain nombre de communications d'ordre clinique et thérapeutique, relatives à la douleur et à son traitement hydro-minéral, et qui eurent pour auteurs très écoutés MM. Cauvy, maire de La Malou ; Clottens (d'Aix-les-Bains), Corone (de Cauterets), etc., ont occupé la deuxième partie de la séance.

A l'issue de la Réunion, un dîner intime, présidé par M. le doyen Euzière, a réuni à l'Hôtel de la Métropole un certain nombre de membres de la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.

CINQUANTENAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL ». — Notre excellent confrère, le *Concours médical*, Société d'études médico-professionnelles, journal médical, initiateur de syndicalisme médical, créateur de la « Mutualité familiale du Corps médical français » et du « Sou médical », qu'il patronne toujours, a célébré son cinquantenaire les 16 et 17 novembre 1929.

Les manifestations organisées à cette occasion comportaient une séance solennelle et une soirée de gala, le premier jour, les assemblées générales annuelles du *Concours médical* et de ses œuvres, une excursion dans un château historique des environs de Paris, un grand banquet et un bal le deuxième.

Elles ont été placées sous le haut patronage d'un Comité d'honneur présidé par M. le docteur Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. Les vice-présidents étaient M. le docteur Paul Legendre, membre de l'Académie de médecine ; M. Léon Mirman, conseiller à la Cour des Comptes.

Nous adressons au *Concours médical*, et en particulier à nos confrères les docteurs Noir et Duchesne, rédacteurs en chef, l'expression de nos très vives félicitations.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE TROPICALE ET D'HYGIÈNE (LE CAIRE). — A l'occasion du Centenaire de la Faculté de médecine du Caire et du Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène qui aura lieu au Caire le 15 décembre 1928, un voyage circulaire en Méditerranée orientale est organisé par « mon Voyage », Société des voyages internationaux, 9, rue de la Michodière, Paris (IIe). Nous donnons ci-dessous un résumé du programme.

Départ le 6 décembre par le *Théophile-Gautier*. Le 11, arrivée à Alexandrie ; le 12, visite de Louqsor ; le 13, Vallée des Rois ; les 15, 16 et 17, Congrès ; le 18, Jérusalem ; le 19, Helron, Bethléem ; le 20, Mont des Oliviers ; le 21, Vel Aviv-Jaffa ; le 22, Jéricho ; le 23, Ammane, Jardin de Gethsemani ; le 24, Jérusalem (messe de minuit) ; le 25, Nazareth, Chanaan Tibériade ; le 25, Damas ; le 27, Balbek ; le 28, Beyrouth ; le 31, Smyrne ; le 1er janvier 1929, Constantinople ; le 4, Le Pirée-Athènes ; le 7, Naples ; le 10, Marseille.

Prix en 1re classe, 13.500 fr. ; 2e classe, 11.500 fr.

Ces prix comprennent le passage à bord des paquebots, et les parcours en chemin de fer en 1re classe, wagons-lits, très bons hôtels, trois repas par jour pendant tout le voyage, visites, excursions, entrées, guides.

S'inscrire sans retard.

UNE MISSION D'ÉTUDES DE MÉDECINS BRÉSILIENS. — Après leur visite aux facultés de Bordeaux et de Toulouse, les médecins brésiliens viennent d'arriver à Paris. Au quai d'Orsay, ils ont été reçus à la descente de leur wagon réservé par S. E. M. Souzas-Dantas, ambassadeur du Brésil, M. le Consul général et par le Comité directeur de l'Union médicale franco-ibéro-américaine, présidée par le docteur Dartigues. Celui-ci, accompagné de MM. les docteurs Molinéry, secrétaire général ; Armengaud, Cambiès, Livet, Bruder, Zarzicki, Foveau de Courmelles, Berry, membres du Comité directeur, a souhaité la bienvenue à ses collègues brésiliens et a remis à Mme Rosa Brito une magnifique gerbe de roses. Le docteur Coelho, de retour d'une mission officielle au Brésil, a fait les présentations et, aussitôt, le docteur Rosé-Martins a remercié, au nom de ses collègues, de l'accueil enthousiaste qui venait de leur être réservé.

La mission sera successivement reçue par la Faculté de médecine de Paris, l'A. D. R. M., l'Umfia, le Muséum d'histoire naturelle, l'Institut Pasteur, les services hospitaliers, les laboratoires de pharmacologie, et tout ce qui pourra intéresser nos amis touchant l'art de guérir.

Une grandiose réception, organisée par l'Umfia et présidée par S. E. M. de Souza-Dantas, terminera la série de ces réceptions à Paris, le 18 décembre, à 20 h., au Palais d'Orsay. Tous nos amis de l'Union médicale latine y sont conviés.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE.** (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. Jean Cathala, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de Clinique annexe, commencera le lundi 3 décembre 1928, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Joannon, Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, et de Mlles Boegner et Rappoport, internes des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie). Le cours sera complet en dix jours.

Tous les matins : visite, examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de douze à vingt inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les élèves seront classés par série de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant leur diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

— **CHAIRE DE PHYSIOLOGIE.** (Professeur : M. H. ROGER.) — M. H. Roger, professeur, commencera le cours de physiologie le jeudi 10 janvier 1929, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

M. L. Binet, agrégé, commencera une conférence complémentaire le mardi 8 janvier 1929, à 17 h., au petit amphi-

théâtre de la Faculté, et la continuera les mardis suivants, à la même heure.

— Clinique médicale propédeutique. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile Sergent). — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire, dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement, commencera le lundi 3 décembre, à 9 h. du matin, et se terminera le samedi 8, à 5 h. 1/2 du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928 (1)

Doctorat d'État. — 13. Alphant (Mlle). — Les affections pulmonaires aiguës de l'enfant traitées par la vaccinothérapie.

30. Bataille. — Contribution à l'étude des exostoses sous-calcanéennes.

16. Baudry. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire double par le pneumothorax bilatéral simultané.

6. Bierrent. — De la rotation dans les fractures du col du fémur. Rôle des adducteurs et du psoas-iliaque.

39. Bonvin. — Etude expérimentale des conditions d'administration du goutte à goutte intrarectal à une température donnée et constante.

47. Boudeville. — Contribution à l'étude du diagnostic des vertiges labyrinthiques.

25. Brachelet. — Contribution à l'étude des formes nerveuses de l'acétonémie chez l'enfant.

49. Breton. — Etude de la réaction de Vernes à la résorcine.

56. Brunel. — Contribution à l'étude de la névraxite épidémique à forme paraplégique.

29. Catteau. — Des formules cytologiques anormales du liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse.

18. Colson. — Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la gangrène pulmonaire.

2. Costemend. — Le projet de loi sur les assurances sociales voté par le Sénat. (Etude médicale).

28. Cyssau. — Les abcès chroniques des os.

48. Debuchy (Mlle). — Contribution à l'étude des tumeurs des lobes aberrants du sein.

37. Delcour. — Les formes malignes du rhumatisme cardiaque.

19. Denis. — Contribution à l'étude des méningococcémies.

24. Descamps. — Contribution à l'étude de l'hématurie au cours de l'hydronéphrose.

17. Dommesent. — Contribution à l'étude des fausses hémoptysies par lésions des voies respiratoires supérieures.

41. Druart. — Amibiase autochtone généralisée; une observation.

44. Dufour. — Opération césarienne basse par incision transversale du segment inférieur.

8. Duterne. — Les corps étrangers révélateurs de tumeurs pharyngo-œsophagiennes.

34. Falala. — Etude sur les fibromes du mésentère, avec une revue statistique et bibliographique des autres tumeurs solides primitives.

27. Fenez. — Ankyloses et raideurs des articulations de la colonne vertébrale dans la loi sur les accidents du travail.

22. Gallé (Mlle). — La torsion des annexes saines normalement situées dans l'abdomen.

45. Gaudin. — Contribution à l'étude des manifestations péritonéales précoces ou tardives au cours des affections pleuro-pulmonaires aiguës.

55. Ghesquier. — L'insuline par la voie percutanée (méthode des frictions).

7. Gravelle. — Le rôle de l'hôpital-sanatorium.

43. Hanate. — Difficultés du diagnostic des hernies diaphragmatiques chez l'adulte.

38. Houcke. — Contribution à l'étude anatomopathologique de la tuberculose de la rate.

32. Laigle. — Contribution à l'étude des corps étrangers du tube digestif.

53. Lamsot. — A propos des hématuries dans les infections colibacillaires de l'appareil urinaire.

31. Lauwereyns de Roosendaele (de). — Le syndrome de Wolkmann.

46. Loheac. — Les tumeurs des capsules surrénales.

3. Mellin. — Le traitement curatif actuel du tétanos.

54. Morpain. — Contribution à l'étude pathogénique des hémorragies méningées dites spontanées.

40. Moulin. — Etude comparative des résultats fournis par la recherche des œufs de parasites dans les selles par récolte unique (méthode de Carles et Barthélemy) et par récoltes multiples (procédé de Deschiens).

36. Nick. — Etude clinique sur les propriétés diurétiques du composé mercuriel « 440 B ».

20. Oudart. — Contribution à l'étude des accidents du travail dans le blanchissage industriel du linge.

1. Palliez. — De la grossesse extra-utérine variété dite « abdominale ».

21. Pellan. — Les échecs de l'insuline dans le coma diabétique et les raisons de ces échecs.

51. Pichon. — Contribution à l'étude de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G.; quelques résultats pour le nord de la France.

50. Poivet (Mme). — Prophylaxie des affections pulmonaires de l'enfant.

52. Richir. — Contribution à l'étude de l'appendicite à oxyures chez l'enfant.

9. Risselin. — L'anthropologie pénitentiaire en Belgique.

11. Rogeau. — Les ruptures de l'aorte abdominale.

5. Rousseau. — Recherches sur la survie des éléments sanguins (hématies et leucocytes) réinjectés par la voie musculaire et sous-cutanée.

12. Roussel. — La névrectomie dans les gangrènes par artérite chronique de l'extrémité des membres inférieurs.

10. Royal. — Ankylose et raideurs des articulations du membre inférieur devant la loi sur les accidents du travail.

14. Ryckewaert (Jean-Marie). — Action de la génatropine dans les spasmes de l'estomac et de ses orifices; son action sur l'hypersécrétion gastrique.

26. Ryckewaert (Pierre-Paul-Eugène-Michel). — Contribution à l'étude pathogénique du mégaœsophage. A propos de quatorze observations personnelles.

33. Sailly. — Plaies et fistules artério-veineuses. Revue générale.

42. Sarthou (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement de l'absence congénitale du péroné.

23. Soulez. — Contribution à l'étude des corps étrangers latents des voies aériennes inférieures.

4. Swyngedauw. — Electrode à hydrogène à saturation permanente. Mesure du pH et du pouvoir tampon. (Travail du Laboratoire de chimie biologique de la Faculté de médecine).

15. Vandendorpe. — La musculature du canal alvéolaire dans le poumon de l'homme adulte.

35. Wigniolle. — La tuberculose hilaire, ses aspects, sa place dans la genèse et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Doctorat d'Université. — 6. Pinsonneault. — Contribution à l'étude des cardiopathies d'origine traumatique.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1928 : Thèses soutenues à Montpellier (n° 71, p. 1248), à Strasbourg (n° 75, p. 1314), à Bordeaux (n° 81. p. 1411), à Nancy (n° 83, p. 1444); à Toulouse (n° 86, p. 1495).

CONGRÈS D'UROLOGIE

Paris, octobre 1928.

LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URETÈRE

Rapport par M. le professeur DUVERGEY (de Bordeaux).

La définition admise par tous les chirurgiens pour les rétrécissements de l'urètre, de l'œsophage, du rectum, doit être adoptée également pour ceux de l'uretère : *toutes les diminutions permanentes de calibre de ce conduit avec altérations non néoplasiques de ses parois.*

Nous éliminerons en conséquence un grand nombre de causes entravant le cours de l'urine :

Les obstructions intra-urétérales si nombreuses : calculs urétéraux non accompagnés de lésions traumatiques pariétales, caillots sanguins, grumeaux purulents, hydatides;

Les incrustations de la paroi;

Les tumeurs de l'uretère;

Les constrictions spasmodiques;

Les étranglements par brides et adhérences de voisinage;

Les vices de position ou déviations, coudures et torsions par des tumeurs de voisinage, par ptose rénale;

Les compressions par des néoplasmes abdominaux;

Les infiltrations et propagations par des néoplasmes primitifs ou secondaires (utérus, rectum, la prostate et la vessie);

Les urétérites passagères se traduisent par un œdème fugace de la paroi;

Les urétérites et périurétérites chroniques, dont le point de départ siège en dehors de l'uretère, au niveau d'organes voisins (intestin, appendice, trompes, ovaires, péritoine pelvien et abdominal).

Nous croyons aussi devoir ne pas retenir dans ce travail : la dilatation kystique intravésicale de l'uretère, bien qu'elle se rattache cependant à un rétrécissement congénital de l'orifice urétéral. Nous considérons que cette entité pathologique très spéciale au sujet de laquelle une bibliographie très importante et des travaux nombreux ont apparu dans ces dernières années appartient plutôt à la vessie.

Étiologie, pathogénie et anatomie pathologique. — I. RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES. — Les rétrécissements traumatiques de l'uretère succèdent aux :

A. *Contusions, ruptures sous-cutanées.*

B. *Plaies non chirurgicales.*

C. *Plaies chirurgicales de ce conduit.*

A. *Contusions et ruptures sous-cutanées de l'uretère.* — Les violents traumatismes portant sur l'abdomen ou sur la région lombaire, s'accompagnent souvent de déchirures viscérales multiples, peuvent entraîner des contusions de l'uretère analogues à celles du rein. L'uretère vient s'écraser probablement sur l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire saillante, au point où il se continue avec le bassinet. Il peut être arraché et le point de rupture siège alors dans le voisinage du collet de l'uretère.

La réparation de la plaie urétérale, la périurétérite due au passage de l'urine en dehors du conduit urétéral et à l'infection secondaire de cette urine expliquent parfaitement ces sténoses.

Nous devons signaler quelques cas de contusions violentes urétérales qui, secondairement, se perforèrent par nécrose tardive.

Le rétrécissement ainsi formé siège en général à la partie supérieure de l'uretère, à son union avec le bassinet, ou bien encore dans sa portion lombaire, à quelques centimètres au-dessous de son extrémité pyélique. Rarement le rétrécissement existe seul sans périurétérite.

Dans certains cas, il semble que l'uretère ait été arraché, car le rétrécissement oblitère totalement l'uretère. Quand la déchirure est partielle, le rétrécissement est lui aussi partiel, et le calibre de l'uretère persiste toujours sur une certaine étendue.

B. *Plaies non chirurgicales.* — Les plaies non chirurgicales de l'uretère sont déjà des raretés, qu'elles soient dues aux armes blanches (coup de couteau, stylet), ou aux armes à feu. Les rétrécissements urétéraux consécutifs à ces plaies sont exceptionnels, les blessés succombant très rapidement aux lésions très graves et concomitantes de l'intestin, du péritoine des viscères et des vaisseaux.

Pendant la dernière guerre 1914-1918, quelques plaies de l'uretère par balles et éclats d'obus ont été signalées. Il existe tout au plus une dizaine d'observations de ce genre. Dans la plupart des cas, elles se sont accompagnées de fistule urinaire au niveau de la plaie de guerre et d'accidents de pyélonéphrite avec ou sans rétention; elles ont abouti à la sténose du canal et à la pyonéphrose.

C. *Plaies chirurgicales.* — 1° *Plaies de l'uretère spontanées et involontaires non traitées immédiatement par la suture.* — Il faut d'abord signaler les lésions du conduit urinaire d'*origine obstétricale*, dues tantôt à des déchirures intéressant l'uretère, tantôt à des lésions secondaires consécutive à la chute d'escarres par ischémie. Dans ce dernier cas, c'est tout à fait dans le voisinage de la vessie que l'uretère est atteint.

La fistule urétérale risque d'être confondues avec une fistule vésicale et ne pourra être diagnostiquée fermement que par la méthode des injections colorantes.

La plupart des rétrécissements urétéraux traumatiques sont dues à des blessures d'origine opératoire au cours d'interventions par la voie vaginale et par la laparotomie.

L'hystérectomie vaginale compte à son passif un certain nombre de blessures de l'uretère.

Les laparotomies pour salpingites adhérentes, fibromes enclavés de l'utérus, surtout pour néoplasmes malins de l'utérus, les hystérectomies pour cancer utérin, l'opération de Wertheim s'accompagnent parfois de blessures involontaires de l'uretère.

Un pincement temporaire de l'uretère par une pince à forcipressure, *une ligature partielle de l'uretère* entraînent une nécrose de toute la circonférence ou d'une partie de celle-ci, suivant le cas, suivie d'une sténose plus ou moins marquée.

La dénudation trop étendue de l'uretère ou la rupture de ses vaisseaux nourriciers peuvent entraîner une nécrose de celui-ci, une fistule et un rétrécissement.

Les rétrécissements d'origine opératoire ont leur siège au niveau de l'uretère pelvien, particulièrement dans le voisinage de la vessie. Ce sont donc assez souvent des sténoses juxtavésicales.

Les lésions urétérales divisées en sections partielles, sections complètes, s'accompagnent de lésions cicatricielles différentes.

Les sections partielles peuvent donner naissance à une cicatrice qui peut passer complètement inaperçue ou ne se traduire que par une diminution légère du calibre urétéral. Dans d'autres cas, la sténose est marquée. *Les sections longitudinales* rentrent dans ce groupe et peuvent se cicatriser sans sténose consécutive. *Les sections transversales* abandonnées à elles-mêmes déterminent fatalement une fistule, avec un rétrécissement. *Les sections totales* s'accompagnent, lorsqu'elles ne sont pas réparées, de rétraction des deux bouts; le segment inférieur tend à s'oblitérer progressivement; le segment supérieur dont l'orifice inférieur tend à se sténoser, laisse couler l'urine dans les tissus, déterminant ainsi l'apparition d'une fistule urétérale. Cette fistule urétérale est cutanée, ou bien vaginale, cervico-utérine. Il se produit assez souvent, dans le cas où la plaie transversale de l'uretère passe inaperçue, un véritable décalage des deux tronçons de l'uretère, séparés l'un de l'autre par des tissus bourgeonnants évoluant vers la sclérose.

Les lésions rénales qui accompagnent les rétrécissements urétéraux de la variété que nous étudions sont banales. Ce sont des lésions d'urétéro-pyélo-néphrite, avec rétention uro-purulente, de pyénophrose aboutissant progressivement vers la sclérose et la destruction du rein correspondant.

2° *Plaies de l'uretère traitées par une opérations restauratrice immédiate.* A. *Résultats des urétérorraphies.* — Les observations de malades étudiés pendant plusieurs mois et plusieurs années montrent que les sutures urétérales sont suivies, en principe, de rétrécissements serrés, qui peuvent même être complètement infranchissables à la sonde.

Quant au rein correspondant, sa déficience s'aggrave avec les années.

B. *Résultats des urétéro-cystonéostomies.* — L'implantation de l'uretère dans la vessie, lorsqu'elle n'est pas correctement exécutée et qu'elle ne répond pas aux conditions d'un bon abouchement, est fatalement suivie de rétrécissement urétéral surtout si la plaie opératoire se désunit même partiellement.

Dans ce dernier cas, l'urine filtre dans les tissus voisins, les irrite; d'un autre côté, la cicatrisation se fait par seconde intention, toutes conditions qui entraînent fatalement la sténose.

C. *Résultats des implantations de l'uretère dans le rectum et le gros intestin.* — Les résultats de l'implantation de l'uretère dans le gros intestin paraîtraient assez satisfaisants et la sténose de l'orifice urétéral ainsi pratiquée serait moins fréquente sous les réserves énoncées précédemment de la correction des sutures et de l'absence de toute désunion post-opératoire.

En règle générale, un rétrécissement se constitue, entraînant une urétéro-hydronéphrose, une pyélonéphrite ou même une pyonéphrose, et finalement une atrophie du rein.

3° *Les plaies de l'uretère résultant d'interventions chirurgicales dirigées intentionnellement sur ce conduit.* — Le cathétérisme urétéral peut provoquer très exceptionnellement un traumatisme sur la paroi, lorsque l'uretère est sain, normal. Lorsque, au contraire, l'uretère est pathologique, un accident peut survenir.

L'urétérotomie est également une cause rare de rétrécissement cicatriciel de l'uretère.

Car les plaies longitudinales, soit après suture, soit encore mieux, sans suture, se cicatrisent sans laisser de traces appréciables dans la majorité des cas aseptiques.

L'implantation de l'uretère à la peau, ou urétérostomie, est souvent suivie de tendance à la sténose de l'orifice urétéral.

L'uretéro-pyélo-néostomie, pratiquée dans les hydro-néphroses congénitales ou dans les rétrécissements du collet de l'uretère, est suivie très fréquemment de rétrécissement de la nouvelle bouche pratiquée.

Les greffes urétérales ont été l'objet de recherches expérimentales nombreuses. S'il n'y a pas d'infection, la greffe est nettement remplacée par du tissu conjonctif qui se recouvre peut-être intérieurement d'épithélium et aboutit naturellement à une sténose prononcée de la lumière urétérale.

II. Rétrécissements congénitaux. — Leur présence détermine des accidents d'hydronéphrose et c'est à leur occasion qu'ils ont été bien étudiés.

A. *Rétrécissements pathologiques.* — Cette variété de sténoses n'est que l'accentuation des rétrécissements physiologiques bien connus, au nombre de trois, l'un supérieur au niveau du collet, l'autre au niveau du détroit supérieur, le troisième au niveau de la vessie.

B. *Rétrécissements valvulaires.* — Ces valvules urétérales sont annulaires, diaphragmatiques, falciformes, répondant souvent aux trois rétrécissements normaux. Bilatérales dans quelques cas, elles peuvent être multiples avec des dilatations intermédiaires.

III. Rétrécissements lithiasiques. — Ces sténoses peuvent se rencontrer dans tous les points de l'uretère, surtout dans la région pelvienne où les calculs s'enclavent et séjournent fréquemment.

Elles peuvent être la conséquence :

a. *D'une colique néphrétique* quelquefois sévère due à un calcul irrégulier, hérissé de pointes et d'arêtes tranchantes.

Le calibre de l'uretère, la forme du calcul, la contracture spasmodique de l'uretère, l'infection, sont autant de facteurs entrant en jeu dans l'importance du rétrécissement ultérieur.

b. *D'un enclavement calculeux* s'accompagnant d'altérations pariétales quelquefois graves devenant le point de départ d'une sténose serrée.

IV. Rétrécissements inflammatoires. — Cette variété des plus importantes est sous la dépendance des lésions d'urétérite ascendante ou descendante et de péri-urétérite. Les sténoses bien étudiées par Noël Hallé revêtent, tantôt l'aspect de *rétrécissements valvulaires*, tantôt d'*anneaux scléreux* plus ou moins longs.

Les rétrécissements inflammatoires compliquent toutes les infections de l'arbre urinaire chez les blennorragiques, les prostatiques, les rétrécis, les malades atteints de cystites invétérées.

Le rétrécissement tuberculeux accompagne souvent l'urétérite tuberculeuse. Il est dû, tantôt à un tubercule intrapariétal, tantôt à une infiltration massive de la paroi urétérale, ou encore à une sclérose de guérison.

Le rétrécissement syphilitique paraît exceptionnel.

V. Rétrécissements mixtes. — Il n'est pas rare que les sténoses urétérales soient d'origine mixte et relèvent de la combinaison de plusieurs facteurs. Le facteur infectieux se surajoute souvent aux lésions aseptiques à leur début.

Le rétrécissement urétéral peut être étroit et même difficilement franchissable par une sonde même filiforme; il peut être large, avec sclérose des parois, sans diminution de la lumière du conduit. Le rétrécissement large peut, comme pour l'urètre, devenir étroit à un moment de son évolution.

Les notions de *physiologie pathologique* sont indispensables pour comprendre les troubles profonds apportés à l'uretère par une sténose. Toute cicatrice, siégeant sur le trajet de l'uretère, tend à arrêter le rythme normal des ondes contractiles. Toute infection prolongée tend d'abord à paralyser le muscle urétéral, ensuite à déterminer sa dégénérescence. Ces deux facteurs, auxquels s'ajoute le plus important, la sténose, entraînent de la stase urinaire jusque dans les cavités des reins, pour aboutir, après leur dilatation, à l'infection du rein et à sa mort.

Symptomatologie. — Silencieux par eux-mêmes, les rétrécissements urétéraux ne se manifestent guère que par les complications qu'ils provoquent : une rétention rénale, petite ou grosse, des douleurs des voies urinairss supérieures continues ou par exacerbation, l'existence ou l'exagération de l'infection.

I. Rétrécissements urétéraux non infectés. — *La colique néphrétique sans résultat* se caractérise par l'apparition de *douleurs brusques* aiguës au niveau de la région lombaire ou avec des irradiations variées.

Le siège du début de la douleur dépend de celui du rétrécissement.

Si celui-ci siège à la partie supérieure de l'uretère, les phénomènes douloureux apparaissent comme dans l'hydronéphrose intermittente. Si la sténose siège au détroit supérieur du bassin ou au-dessus de la vessie, la constitution d'une urétérhydrose plus ou moins importante imprimera à la douleur des variations dans son point de départ. Les phénomènes douloureux doivent donc prendre naissance plus bas que dans la crise d'hydronéphrose.

En même temps que ces phénomènes douloureux, sont observés parfois des vomissements, de l'oligurie, une contracture de la paroi abdominale, parfois un certain ténesme vésical.

Cette crise douloureuse a une durée variable, en général courte. Une fois terminée, elle ne laisse après elle aucun endolorissement dans la région ilio-lombaire, comme dans la colique néphrétique classique d'origine calculeuse. Elle est rarement suivie d'une abondante polyurie.

L'*apparition de la crise douloureuse* constitue un symptôme très caractéristique, on pourrait dire pathognomonique. Elle a lieu immédiatement après l'ingestion de boissons abondantes ou diurétiques.

C'est la polyurie brusque qui, en déterminant la distension de l'uretère au-dessus du point sténosé, déclancherait la crise douloureuse.

Ce symptôme de la *colique néphrétique sans résultat*, commandé par l'ingestion de liquides abondants, peut être mis à profit en clinique. Il constitue l'*épreuve de la polyurie provoquée douloureuse*.

L'*hématurie* est un signe rare.

Signes physiques. — La douleur à la pression au niveau du rein et sur le trajet de l'uretère peut être constatée.

Pendant la crise douloureuse, la palpation perçoit de la contracture réflexe de la paroi du côté atteint.

Rarement, le chirurgien peut percevoir l'uretère distendu.

II. Rétrécissements urétéraux infectés. — Ce sont les plus nombreux.

Les *phénomènes douloureux* sont plus accusés. Des phénomènes généraux peuvent apparaître avec fièvre, élévation du pouls, troubles digestifs.

L'urine est plus ou moins purulente.

Les *crises de rétention* sont accompagnées de douleurs plus violentes, de fièvre, de phénomènes généraux plus ou moins graves.

Les *accidents de cystite* sont souvent accusés. Ils ne cèdent pas aux lavages, aux instillations vésicales, tandis qu'ils sont très améliorés par les lavages urétéro-pyéliques.

III. Les types cliniques. — 1° *La latence est la caractéristique des sténoses qui tendent assez rapidement à l'oblitération de l'uretère*. — Elles évoluent presque toujours vers l'atrophie du rein, sans déterminer aucun symptôme.

2° *Les accidents de suppuration rénale et de pyonéphrose accompagnent les sténoses consécutives à l'urétéro-pyélonephrite*, se traduisant par de la fièvre, des troubles généraux et par des phénomènes douloureux du côté du rein. Le rein tuméfié est particulièrement douloureux à certaines périodes de rétention avec poussées fébriles, jusqu'au jour où la pyonéphrose fait son apparition définitive.

3° *Le type de l'hydronéphrose douloureuse intermittente accompagne les rétrécissements congénitaux*, les sténoses à évolution très lente.

4° *Le type de la sténose urétérale calculeuse*, caractérisée par la combinaison des signes de lithiase et de ceux du rétrécissement et offrant cette particularité qu'il est justiciable d'une thérapeutique appropriée.

5° *Le type de la sténose urétérale fistulisée*, observée surtout à la suite des blessures opératoires de l'uretère, rarement dans la lithiase urétérale opérée. La fistule est presque toujours vaginale ou cervico-utérine. Des accès successifs de pyélonéphrite avec rétention déterminent progressivement et assez rapidement la mort du rein atteint.

Evolution; complications et pronostic. — Tout rétrécissement urétéral aboutit plus ou moins rapidement à des complications rénales, quelquefois urétérales.

I. Complications rénales. — *L'urétéro-hydronéphrose*, qui s'observe surtout dans les sténoses congénitales, quelquefois dans les rétrécissements aseptiques, d'origine calculeuse, aboutit fatalement un jour à la destruction du rein par distension et sclérose, sans qu'intervienne pour cela le facteur infectieux.

L'urétéro-pyélo-néphrite, sans rétention très appréciable, accompagne les rétrécissements auxquels elle donne naissance; elle peut évoluer assez silencieusement vers l'infection et la disparition du parenchyme rénal. Elle est accompagnée, comme tout symptôme, de pyurie, de polyurie trouble, quelquefois d'accidents passagers de rétention rénale, puis, avec les progrès de la destruction rénale, d'accidents de petite urémie, pour arriver à l'urémie terminale.

La pyonéphrose succède plus ou moins rapidement à l'hydronéphrose, l'inoculation microbienne se faisant par les voies lymphatique et circulatoire.

Les hématuries, signalées par Hunner, peuvent être graves. Elles sont le plus souvent discrètes.

La destruction, la sclérose du rein sont donc le terme de l'évolution des rétrécissements de l'uretère. La déficience progressive du parenchyme rénal peut être mesurée par les procédés habituels d'exploration.

Il arrive quelquefois que la mort des deux reins, dans les cas de sténoses bilatérales, se produit très lentement, très insidieusement. C'est, le plus souvent, à l'occasion d'une maladie générale qu'éclatent les accidents rénaux, passés inaperçus, entraînant la mort.

II. Complications urétérales. — Elles sont constituées *par l'arrêt d'un calcul descendant du rein au niveau de la sténose; la lithiase secondaire au niveau de la sténose, les incrustations du rétrécissement, la périurétérite suppurée.*

Le pronostic des sténoses variera encore avec l'état aseptique des voies urinaires ou, au contraire, leur état d'infection.

Dans tous les cas, il pourra être formulé d'une manière très précise par l'étude du fonctionnement rénal.

Diagnostic. — *La cystoscopie* permettra d'étudier le méat urétéral et ses contractions. *La chromocystoscopie* donnera des renseignements très précis sur le mode des éjaculations urétérales.

Le cathétérisme urétéral est d'une importance de premier ordre pour le diagnostic. Pour le pratiquer, il faudra avoir à sa disposition un jeu de sondes urétérales en sifflet et à bout olivaire, de mandrins en baleine, d'explorateurs à boule de Pasteau, des bougies tortillées de Noguès.

Le seul signe de certitude donné par le cathétérisme est fourni par le petit explorateur à boule de Pasteau, n° 8, par exemple. L'obstacle est franchi par tâtonnement; une sensibilisation assez vague est perçue au moment de la propulsion de la sonde. Il n'en est pas de même au retour, et, quand la boule franchit l'obstacle, un arrêt est nettement constaté; si la force de traction est augmentée, un ressaut brusque est constaté, et une certaine longueur de sonde est aussitôt projetée hors du méat.

L'urétéro-pyélographie est une méthode indispensable à utiliser quand on soupçonne un rétrécissement.

Mais l'étude radiographique de l'uretère est délicate et difficile et elle doit être dominée par la connaissance de la physiologie de ce conduit.

C'est avec le souci scrupuleux de répondre à ces considérations physiologiques que Legueu, Fey et Truchot conseillent de faire de la radioscopie la base de l'examen en la complétant et en la contrôlant par la radiographie. L'évacuation, tout le long de l'uretère, est suivie avec attention à l'écran. Des clichés radiographiques sont pris au niveau des segments qui doivent être étudiés. La vitesse de progression du liquide opaque est notée avec les retards et les arrêts qui se produisent. Ce n'est que dans ces conditions que le diagnostic de rétrécissement peut être porté avec certitude.

En tout cas, si on n'a pas à sa disposition l'outillage per-

fectionné que demande la radioscopie de l'uretère, il faut obéir aux prescriptions suivantes :

a. Essayer de dépasser le rétrécissement jusqu'au bassinet par la sonde urétérale. Injecter le liquide opaque dans le bassinet afin d'observer l'évacuation du liquide opaque dans des conditions physiologiques.

Si la sténose ne peut être franchie après plusieurs essais, employer la technique de Chevassu et tenir compte dans l'interprétation des faits de l'examen qui viole les lois physiologiques;

b. Enlever la sonde urétérale pour éviter des réactions spasmodiques et n'étudier l'uretère que quelques minutes après par la radiographie ou même par plusieurs radiographies successives;

c. Etudier, au besoin, l'autre uretère de la même façon pour avoir des points de comparaison.

Traitement. — I. Méthodes préventives destinées a éviter le rétrécissement urétéral en cas de blessure opératoire de l'uretère. — A. *Les plaies longitudinales*, exceptionnelles en tant que complication opératoire, minimes lorsqu'elles sont exécutées intentionnellement dans l'urétérotomie, n'ont pas besoin d'être suturées; elles se réparent spontanément sans s'accompagner de sténose. Lorsque la plaie longitudinale est importante, la suture transversale pourra être exécutée de façon à éviter le rétrécissement, à l'aide de quelques points de catgut très fin, non perforants, avec des aiguilles fines.

B. *Les plaies transversales* de l'uretère sont de beaucoup les plus communes.

Si la section urétérale siège tout près de la vessie, l'urétéro-cysto-néostomie sera formellement indiquée pour les raisons physiologique énoncées plus haut.

Si la section urétérale se trouve loin de la vessie, il faudra recourir à la suture bout à bout des deux tronçons de l'uretère, à l'urétérorraphie circulaire.

II. Méthodes thérapeutiques et chirurgicales employées pour la cure des rétrécissements urétéraux. — 1° *Méthode de la dilatation progressive simple.* — Elle consiste dans le passage d'une bougie filiforme à bout conique à travers le rétrécissement.

Dans l'intervalle des dilatations il peut être indiqué, à chaque introduction, comme pour l'uretère, de laisser une sonde urétérale à demeure pendant vingt-quatre heures.

Le cathétérisme en faisceau est susceptible de rendre des services.

La bougie à extrémité tortillée de Noguès peut trouver aussi ses indications.

Le cathétérisme à demeure dans les sténoses urétérales compliquées de fistules latérales rendra des services signalés dans ces circonstances particulières.

2° *Méthode sanglante de la dilatation, après pyélotomie.*

3° *L'urétérotomie interne.* — L'instrumentation si ingénieuse imaginée par Maisonneuve pour la section des rétrécissements urétraux a été le point de départ de la fabrication d'instruments analogues destinés à traiter les rétrécissements urétéraux; elle a été pratiquée par Albarran comme complément d'une urétérotomie externe.

4° *L'urétérotomie externe.* — Cette intervention a été utilisée plusieurs fois. Elle consiste essentiellement dans la section longitudinale et la suture transversale de la plaie.

5° *La libération externe de l'uretère.* — Si le rétrécissement urétéral est à prédominance péricanaliculaire.

6° *Les néostomies.* — a. *L'urétéro-cysto-néostomie* a été surtout exécutée dans les cas de fistules urétéro-vaginales ou urétéro-cervico-utérines accompagnées de sténoses du bout inférieur. Les résultats de ces opérations ont été variables.

b. *L'urétéro-pyélostomie* dans les cas de sténoses de l'extrémité supérieure de l'uretère. De telles interventions plastiques nécessitent une asepsie parfaite des organes. C'est la condition essentielle de leur réussite, avec le bon fonctionnement de l'anastomose.

7° *L'urétérectomie suivie d'urétérorraphie.* — Cette intervention ne serait indiquée qu'en cas de rétrécissement unique et très limité. La grande difficulté dans ces urétérectomies est le rapprochement des deux bouts urétéraux.

8° *Les opérations de dérivation* urinaire au-dessus du rétrécissement. Ces opérations sont constituées par la néphrostomie, l'urétérostomie iliaque ou lombaire définitive, ou encore exceptionnellement l'implantation du bout supérieur de l'uretère dans l'intestin.

9° *La néphrectomie.* — La néphrectomie est de beaucoup l'intervention chirurgicale qui a été le plus souvent pratiquée. Elle est presque toujours d'emblée primitive, le malade observé se présentant avec une hydronéphrose ou une pyonéphrose compliquée d'une disparition du parenchyme rénal et le rétrécissement urétéral qui leur a donné naissance passant tout à fait au second plan; elle peut être secondaire, lorsqu'elle a été précédée d'une tentative infructueuse d'opération conservatrice pour sténose urétérale : urétérorraphie, urétéro-cystonéostomie, ou pyélostomie ayant abouti à un échec. La néphrectomie ne sera utilisée qu'après étude complète et certitude de bon état du rein opposé.

10° *Les soins complémentaires médicaux et de petite urologie.* — Les lavages du bassinet au nitrate d'argent devront être pratiqués après chaque séance de dilatation, et continués pendant longtemps en cas d'infection, d'urétéro-pyélites.

La vaccinothérapie trouvera aussi ses indications dans le traitement des urétéro-pyélites.

Enfin, suivant les conseils des Américains, il y aura lieu de traiter les suppurations chroniques qui, par la voie hématogène, peuvent entretenir l'infection urétérale. Il faudra donc s'occuper du traitement des amygdalites, des végétations adénoïdes, sinusites, altérations et suppurations dentaires, vésiculite, prostatite, en résumé de tous les foyers suppuratifs.

III. Indications opératoires. — En présence d'un rétrécissement urétéral, l'indication est formelle, il faut agir aussitôt, car le rein est menacé gravement.

1° *Le rétrécissement urétéral est franchissable.* — Le traitement de choix est *la dilatation progressive.*

Si le rétrécissement est très serré, progressivement la dilatation sera poussée, puis maintenue au point par le passage hebdomadaire, puis mensuel d'une sonde.

Si le rétrécissement est large, la dilatation devra être poussée à son maximum et des lavages antiseptiques fréquents exécutés.

La dilatation de l'uretère, comme celle de l'urètre, sera combinée aux interventions sur l'uretère et sera le complément nécessaire de celles-ci, de façon à assurer le calibrage du conduit et prévenir une nouvelle sténose.

La dilatation sanglante, après pyélotomie, trouvera des indications tout à fait exceptionnelles en présence de sténoses rebelles à toute dilatation.

2° *Le rétrécissement est absolument infranchissable après plusieurs tentatives.* — Lorsque la sténose a résisté à toutes les tentatives de cathétérisme même avec le cathétérisme en faisceau, avec la bougie tortillée, *l'urétérotomie externe* peut être indiquée, suivie de dilatation et de lavages dans les cas rares où le rein en question possède encore une certaine valeur. *La libération externe de l'uretère* trouvera ses indications, au moment de la découverte chirurgicale de l'uretère, en présence des lésions de périurétérite.

3° *Le rein malade n'a aucune valeur* : il est hydronéphrotique ou pyonéphrotique.

Dans ces conditions, la *néphrectomie* s'impose lorsque le rein opposé est jugé sain après les épreuves classiques.

4° *Les deux reins sont malades ou le rétrécissement urétéral est bilatéral.* — Il faut alors recourir à une opération conservatrice variable suivant les cas :

S'il s'agit d'une double hydronéphrose, on utilisera les *néostomies*.

S'il s'agit d'une double pyonéphrose, la *néphrostomie* pourra être indiquée. *L'urétérostomie, l'implantation du bout rénal de l'uretère dans la vessie, l'implantation dans l'intestin* trouveront leurs indications respectives suivant la hauteur du rétrécissement.

5° *La sténose siège à l'une des deux extrémités du conduit.* — a. *Si la sténose siège au niveau de l'extrémité inférieure de l'uretère*, la méthode de la *méatotomie urétérale* par la voie endoscopique pourra être employée. L'étincelage pourra aussi pratiquer la brèche voulue sur l'orifice urétéral.

b. *Si le rétrécissement siège un peu plus haut*, dans le voisinage de la vessie, l'*anastomose de l'uretère* au-dessus du point sténosé avec la vessie ou l'implantation directe de l'*uretère sur la vessie* seront indiquées.

c. *Si le rétrécissement siège dans le voisinage du collet, la pyélo-urétérostomie ou la néo-implantation de l'uretère sur le bassinet* pourront être exécutées avec profit.

6° *Le rétrécissement urétéral s'accompagne d'un ou de plusieurs calculs urétéraux.* — Albarran a bien montré qu'il ne suffit pas, pour guérir un « malade, d'enlever le calcul enclavé, mais qu'il faut encore rétablir la perméabilité de l'uretère ».

Presque toujours, l'*urétéro-lithotomie* devra être pratiquée ; dans ce cas, il faudra, suivant le conseil d'Albarran, vérifier si, au-dessous du calcul extrait, il ne coexiste pas un rétrécissement.

Si le rétrécissement est à une certaine distance de l'incision, il faudra faire une urétérotomie en incisant le canal de dehors en dedans.

7° *Le rétrécissement urétéral s'accompagne d'une fistule urétérale.* — Toute fistule urétérale abandonnée à elle-même aboutit fatalement à l'infection ascendante du rein et à la mort de celui-ci. Aussi les indications thérapeutiques dans ce cas sont-elles formelles.

a. *Si la fistule urétéro-vaginale est latérale*, il faut tenter le *cathétérisme urétéral* plusieurs fois au besoin.

La sonde urétérale peut finir par passer et doit être laissée *à demeure* jusqu'à la guérison de la fistule, avec lavages pyéliques au nitrate d'argent.

b. *Si la fistule urétéro-vaginale ou cervico-utérine est en rapport avec une section complète de l'uretère, un décalage ou un écartement* des deux bouts comme dans les sections opératoires non restaurées, mieux vaut aborder l'uretère par la voie abdominale. *C'est l'implantation du bout rénal sur la vessie* qui sera presque toujours pratiquée.

c. *Si la fistule urétérale est, par hasard, d'origine obstétricale, les procédés d'avivement* simple peuvent quelquefois suffire, la fistule siégeant près de la vessie qui est elle-même, dans ce cas, souvent intéressée. *Le cathétérisme à demeure* aura dû être essayé auparavant.

d. *Si la fistule urétérale correspond à un rein complètement détruit, l'autre rein étant sain, la néphrectomie* doit être pratiquée.

8° *La sténose urétérale est tuberculeuse.* — Le cas en question rentre dans le cadre de la thérapeutique de la tuberculose rénale. Ce sera, en conséquence, le problème de la *néphrectomie* dans la tuberculose rénale qui devra être dans ce cas agité.

(*Compte rendu de l'Association médicale de la Presse française.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE « DE LA JOLIETTE »

A PROPOS DU TRAITEMENT DES BRULURES GRAVES PAR JET DE VAPEUR OU EXPLOSION DE CHAUDIÈRE

Par le docteur LOP (de Marseille),
Correspondant national des Sociétés de médecine légale de France et de Thérapeutique de Paris,
Médaille d'or de l'Académie de médecine.

I

Depuis le 30 avril 1926 jusqu'au 30 juin 1928, 28 très graves brûlés ont passé dans mon service. Depuis de longues années, jamais, en un si court laps de temps, je n'avais eu à déplorer pareille affluence.

Trois de ceux-ci sont morts : un, *la même nuit* de son débarquement, le deuxième trente-six heures (par anurie), le troisième après trois ou quatre jours.

A mon avis, ce dernier aurait pu, peut-être, ne pas succomber, si sa famille n'avait jugé bon, pour des raisons que j'ignore, de le transporter à son domicile, trente-six heures après son arrivée à la clinique, puis dans une autre clinique.

Je reviendrai plus loin sur les réflexions que m'a inspiré ce cas malheureux, comparé au sort des neuf autres survivants de la même explosion (catastrophe du vapeur *La Manouba*, 30 avril 1927).

Les 25 autres brûlés, dont 16, provenaient d'autres accidents, tous porteurs, également, de brûlures étendues de la face, du tronc et des membres.

Ces 25 brûlés ont tous guéri dans un maximum de temps qui n'a pas excédé cinq mois pour 3, cent trente jours pour 2 et soixante à soixante-cinq jours pour les autres, ce qui est bien peu, je l'affirme, dans des brûlures aussi étendues que profondes, compliquées, dans 18 cas, de lésions viscérales, en particulier des voies respiratoires, d'abcès multiples, et de lésions oculaires.

Sur ces 25 survivants, 2 seulement ont conservé une *incapacité partielle et permanente*, l'un, par cicatrisation vicieuse au niveau de l'aisselle et perte à peu près complète des fonctions de la main et du poignet.

J'ose me permettre de croire que si cet homme avait été plus docile et ne s'était pas trop souvent soustrait à notre surveillance, son incapacité partielle eût été bien moindre.

L'autre déjà *minus habens*, par des troubles psychiques paroxystiques à forme gastro-intestinales qui l'ont fait déclarer incurable.

II

Les blessés survivants de *La Manouba* ont été parmi tous ces brûlés, les plus graves, les plus « shokés » ; aucun d'eux n'a échappé aux complications pulmonaires à des degrés variables, tous ayant été surpris par la rupture d'une conduite de vapeur, dont la majeure partie de l'explosion a fusé sur eux, dans le poste des chauffeurs, où ils étaient, je crois, au repos. L'un des décédés (officier mécanicien) a

été victime de son dévouement, alors qu'il se trouvait près du collecteur au moment de l'accident.

Ce court exposé commémoratif et clinique me paraît suffisamment explicite pour la clarté de ce qui va suivre :

L'exposé des incidents et accidents présentés par tous ces malheureux durant les longues semaines de leur traitement, n'offre aucun intérêt. Ceux-ci n'ont pas différé de ceux que l'on est habitué à rencontrer au cours des brûlures semblables. Ils sont bien connus des médecins des grands centres industriels terrestres et maritimes, placés dans des conditions identiques aux miennes. Pour ceux qui, hélas, moins favorisés que nous qui voudraient s'instruire, je me permettrai de leur conseiller de relire les différents et récents traités de pathologie externe (chapitre « Brûlures »). Ils n'y trouveront pourtant pas, sans vouloir en critiquer aucun, d'aussi bonnes descriptions cliniques que dans une des premières éditions du fameux traité des « quatre agrégés » et dans un autre ouvrage plus ancien (Pathologie externe de Moynac), ouvrages qui ont bercé notre enfance et adolescence médicales.

III

La thérapeutique à opposer à ces graves brûlures est de deux sortes :

Le traitement général à l'arrivée du blessé. C'est à mon avis, le plus important et le plus pressant ; si l'on a à s'en occuper, peu de temps après l'accident. Je dirai même que l'absence du traitement général immédiat assombrit le pronostic et si malgré ce, la guérison arrive, elle se fait considérablement attendre.

Tous les brûlés, surtout par explosion de vapeur sous pression, sont terriblement shokés physiquement et moralement.

Les indications tirées de cet état comprennent :

Calmer les douleurs : être très sobre de stupéfiants à moins que l'état du blessé soit tel, qu'un proche dénouement fatal puisse être envisagé, auquel cas, il me paraît humain de ne pas laisser souffrir ces malheureux qui ont, en général, toute leur connaissance.

Les douleurs seront calmées localement par l'application immédiate, soit du vieux et toujours fidèle liniment oléo-calcaire, par l'huile gomenolée, faite extemporanément, ou l'eau bi-bicarbonatée de 15-25 p. 100, que l'on peut trouver plus facilement.

La soif est une indication non moins impérieuse à remplir. Elle n'est pas difficile à satisfaire — à moins de brûlures profondes de la cavité buccale. Tous les liquides non alcoolisés sont bons : le lait très coupé d'eau alcaline est un excellent sédatif des douleurs provoquées par les brûlures de l'œsophage et de l'estomac. Faire boire abondamment les brûlés, c'est favoriser la diurèse et surtout l'élimination des toxines qui ne se fait plus par la peau.

Soutenir l'état général. — Tous les stimulants connus par les voies intra-musculaires, veineuses, peuvent et doivent être employées, mais avec modération. On donnera la préférence à l'huile camphrée associée ou non avec de petites doses de caféine. Je dis petite dose de caféine, ces blessés étant en général plutôt excités et délirant très vite. Toutefois, la caféine a l'avantage d'être à la fois tonique et légèrement diurétique. Chez ces blessés il faut, à tout prix, conserver, respecter et favoriser les fonctions rénales.

Cela m'amène à parler de l'emploi des sérums physiologiques ou sucrés. Mes préférences vont au dernier. On en connaît les propriétés thérapeutiques. Je n'insisterai pas. Les résultats en sont supérieurs au sérum physiologique. La difficulté de son emploi tient à celle de s'en procurer facilement et en quantité suffisante, quand il arrive des catastrophes analogues à celles de *La Manouba*. Il faut un milieu outillé : hôpital ou clinique.

Toutefois, chez les graves brûlés dont il est question ici, il faut être sobre de sérum, en particulier par la voie endoveineuse qui est, pourtant, la plus rapidement efficace, le rein fonctionnant toujours mal, chez ces brûlés, ayant un travail d'élimination plus grand à fournir, toutes celles de la peau étant à peu près supprimées, surtout quand le thorax et l'abdomen et la région lombaire sont pris.

Je recommande de faire des injections intraveineuses glycosées 125 à 150 centimères cubes, espacées d'au moins cinq à six heures chaque, avec le minimum de pression utile. Dans l'intervalle, injection sous la peau, si la chose est possible (région des cuisses), du sérum toujours glycosé de préférene par fraction de 200 à 250 centimètres cubes, toujours avec une faible pression. On se trouvera bien, aussi, quand les malades s'y prêtent, n'étant pas trop excités, de la voie rectale, non du compte-gouttes, de réalisation difficile et pénible à supporter, mais simplement avec une sonde intestinale de petit calibre, 500 grammes à la fois. Par cette voie, le sérum physiologique tiède, préparé extemporanément, suffit largement. Le sérum ne doit être continué qu'à condition de surveiller la quantité des urines éliminées. S'il y a oligurie, si la quantité des urines n'atteint pas 300 grammes par vingt-quatre heures, il faut espacer le sérum, quelle que soit la voie employée, le rectum excepté. Diminuer les doses, se contenter de faire boire le plus possible aux blessés des boissons fraîches, légèrement diurétiques, de l'eau d'Evian, d'administrer de la théobromine ou de ses succédanées, à doses fractionnées et continues.

Il faut aussi ne pas oublier les toniques cardiaques, non toxiques et employer, de préférence, par la voie sous-cutanée ou intraveineuse; l'adrénaline *per os*, toujours par petites doses fractionnées. Il est bon de ne pas perdre de vue, je le répète, le surcroît considérable de besogne du cœur et du rein par la suppression, presque absolue, des fonctions de la peau, dans ces brûlures étendues qui, quelquefois, ne laissent que quelques centimètres carrés de peau saine. Il faut donc aussi ménager le cœur, le soutenir, mais ne pas le surmener.

D'autre part, le mode d'administration par voie veineuse est le plus rapide, le plus sûr; dans les vingt-quatre à trente-six premières heures de ces brûlures la fonction d'absorption du tube digestif est à peu près nulle. C'est donc peine et temps perdu que d'administrer par la voie buccale les médica-

ments toni-cardiaques et diurétiques, sur lesquels on a le plus à compter.

La voie digestive sera empruntée de préférence, si le blessé survit aux trente-six ou quarante-huit premières heures de son accident, et si l'état de ses voies digestives le permet.

Il ne faut pas oublier que ces brûlés se refroidissent très vite. Il faut donc, non les réchauffer par les moyens ordinaires, mais empêcher à ce qu'ils perdent de leur chaleur. Les panser et les soigner, si faire se peut, dans une pièce chauffée et sitôt ces soins donnés (ils sont en général très longs), les coucher aussitôt.

IV

J'ai fait allusion, plus haut, à la cause qui, à mon avis a précipité la mort du malheureux mécanicien : son déplacement.

J'avais déjà eu l'occasion d'observer le danger du déplacement intempestif de ces graves brûlés. Il faut, coûte que coûte, leur imposer le minimum de mouvements et à moins de nécessité ou d'impossibilité absolue, les laisser où ils sont : hôpital, clinique, installation de fortune, etc...

Ces brûlés, à l'exemple des blessés de l'abdomen ou après les abondantes spoliations sanguines, on doit les laisser et ne pas les « trimballer » (c'est le mot) et encore moins les sortir de leur chambre, de leur dortoir pour les transporter par ailleurs, quelles que soient les raisons respectables qui font agir les parents, amis ou administrations.

C'est à cette absence de mouvements et le refroidissement qui m'ont fait rejetter l'emploi des grands bains chauds recommandés par certains, chez les brûlés. Ou ce bain est trop chaud et il est insupportable, arrachant des cris aux plus courageux, ou il ne l'est pas assez ; le blessé souffre peut-être moins, mais souffre toujours ; il est alors inopérant, l'exposant, d'autre part, à se refroidir.

Il subit, du fait de ce bain, de nombreuses manipulations qui ne font qu'aggraver son état. Je me demande, si ceux qui ont recommandé jadis la balnéothérapie des brûlés l'ont réellement mis en pratique?

Je l'avais vu employer à l'Hôtel-Dieu, il y a quelque quarante ans, lors de l'explosion d'une drague. J'en ai gardé une très pénible impression. Je l'ai employé jadis dans quelques cas isolés. Je me suis bien promis de ne plus recommencer.

V

J'arrive, maintenant, *au traitement local*. Peu de maladies ou d'accidents confirment si lamentablement notre détresse en pareille occurence. Plus que jamais nombre = inefficacité. Tout réussit, tout échoue. Enumérer les médicaments et pansements divers à employer, à recommander, serait fastidieux.

Je ne ferai connaître que ceux que j'emploie dans ma pratique. Je n'en ai inventé aucun. Je les ai puisés partout. Un principe domine toute la thérapeutique locale des brûlures. Quel que soit le médicament appliqué dans les cas graves, ne pas les continuer longtemps, son action s'épuise vite, très vite même, il faut en changer souvent.

Recommandation très importante. — Chez ces graves brûlés pas de *substances toxiques*, éliminer d'emblée : la pommade de Reclus, l'acide picrique. Je ne me sers que de trois à quatre substances toujours à peu près les mêmes : le vieux liniment oléo-calcaire, l'huile gomenolée à 20 p. 100, préparée extemporanément, l'eau fortement bicarbonatée, et, depuis la guerre, de temps à autre, l'ambrine, surtout sur la face.

Je ne suis pas emballé, par l'ambrine. Je reconnais pourtant que dans les brûlures peu étendues et peu profondes de la face elle donne de bons résultats. De même pour une préparation (sérum), faite par un pharmacien de Tours, comme moyen adjuvant : le tulle gras Lumière, ce produit a une efficacité certaine, son application est non douloureuse. Je lui reprocherai ici un défaut : son prix. Lorsque les brûlures bourgeonnent bien, la suppuration moindre, l'héliothérapie quelle que soit la saison, de réalisation toujours possible dans le Midi, donne des résultats réellement merveilleux.

Quel que soit le produit employé, le traitement des brûlures étendues exige des *pansements rares*, quarante-huit heures à trois jours si possible, sauf en été où quarante-huit heures doit constituer un maximum. Moins on touche aux brûlures, mieux cela vaut. C'est une vérité proclamée depuis longtemps, je l'avais vu mettre en pratique, pendant mon internat, et je la continue.

Il ne faut pourtant rien exagérer à ce point de vue, surtout quand il s'agit de brûlures étendues, la suppuration profuse odorante facilite les accidents de résorption, la formation d'abcès multiples, très douloureux, de la fièvre et l'altération de l'état général.

A cette période du traitement, quand la suppuration est très odorante et persistante, j'emploie les bains locaux tièdes pour les membres : pieds, jambes, avant-bras, au permanganate de potasse à 2 à 3 p. 1000. Pour les parties du corps qui ne peuvent être baignées, je lave au coton, monté sur une pince, baigné de la même solution. J'applique un pansement avec des gazes imbibées de la même solution, mais très *exprimées*.

La désorisodation est parfaite, il ne subsiste aucune autre odeur désagréable pour les malades. Le permanganate de potasse n'est ni toxique, ni caustique, au titre de 2 p. 1000 que je porte quelquefois, même, à 4 p. 1000.

Pendant tout le traitement et la convalescence, il ne faut pas perdre de vue les séquelles fâcheuses qui peuvent survenir alors même qu'on y fait très attention, aux mains (syndactilie) guérison en extension forcée des doigts, raideur des articulations allant jusqu'à l'ankylose totale qui, toujours, est presque incurable.

La cicatrisation vicieuse par adhérence dans les plis de flexion à l'aiselle, au cou, aux organes génitaux (synechies). Le traitement et la surveillance de ces complications doivent marcher de pair avec celui de l'accident initial.

En résumé, ces blessés demandent des soins de tous les instants. Il ne faut les confier qu'à un personnel sûr, dévoué et familiarisé. Le traitement est fastidieux, rebutant même, pénible pour le malade,

par les odeurs qu'il provoque, non moins pour le médecin ou l'infirmière qui en est chargé.

Quelle que soit la douceur, la patience et le temps employés pour faire de pareils pansements, rares sont les malades qui nous en savent gré.

Leur guérison nous console, pourtant, de leur ingratitude.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1928)

Action de l'alcool sur l'adaptation de l'œil au cours de la vision périphérique. — M. P. Lasareff.

La microstructure du système nerveux (de ses neurones) comme base des théories de conductibilité et d'excitation dans le système nerveux. — M. A. V. Léontowitch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1928)

Rapport sur le service des épidémies. — M. Louis Martin apporte les renseignements qui ont été fournis à l'Académie par les préfets et par la direction de l'hygiène et l'assistance. Ces renseignements indiquent les épidémies en cours. Le rapporteur retient surtout ceux qui ont trait à la fièvre typhoïde, la variole, la diphtérie et la fièvre ondulante. Il n'a été signalé, en effet, que peu de cas de rougeole, scarlatine, méningite cérébro-spinale, poliomyélite antérieure aiguë et encéphalite léthargique. Il semble que ces maladies soient nettement en décroissance.

Fièvre typhoïde. — Le rapporteur remarque que la vaccination a été très peu pratiquée; il est urgent de rappeler sa nécessité aux populations.

Variole. — Il n'y a rien à ajouter à l'exposé de M. Camus dans la dernière séance. On peut toutefois remarquer avec lui que les premiers cas de variole hospitalisés deviennent souvent le point de départ d'une petite épidémie locale par contamination du personnel hospitalier ou par insuffisance d'isolement des varioleux.

Diphtérie. — Tous les rapports signalent une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Quelles sont les causes de cette augmentation?

On a, pour Paris, des statistiques bien établies depuis les débuts de la sérothérapie, et en utilisant ces documents on peut voir comment la diphtérie a évolué depuis 1894.

Rappelons que pendant les cinq années qui ont précédé l'utilisation du sérum antidiphtérique, la mortalité a été en moyenne de 1.432 décès par an. Ce chiffre n'a jamais été atteint depuis 1894. La mortalité la plus élevée a été en 1901 de 713 et en 1902 de 724, en 1927 le chiffre des décès a atteint 275. Il y a eu des chiffres inférieurs, 131 en 1914, 136 en 1916; 275 est donc un chiffre un peu au-dessus de la moyenne. En 1927, on a revu des diphtériques avec cou proconsulaire, les diphtéries malignes se sont montrées plus fréquentes et cette aggravation de la diphtérie paraît due à l'association microbienne du bacille diphtérique et du streptocoque.

Disons tout de suite que, pour 1928, la situation sera sensiblement la même, il n'y a pas eu d'aggravation. La situation devrait être meilleure et avec tous les moyens dont nous disposons pour combattre la diphtérie on aurait dû constater une diminution progressive et de la morbidité et de la mortalité.

Cette augmentation paraît due au manque d'éducation hygiénique. Les déclarations ne sont pas faites, ou trop tardivement, alors que la déclaration précoce a une grande importance. M. Martin insiste sur le danger des convalescents contagieux qui créent de nouveaux foyers et entretiennent ainsi l'épidémie. La fermeture des écoles est une mauvaise méthode car elle empêche la surveillance des enfants. M. Martin conseille de dépister les porteurs de germes, par l'examen bactériologique, d'injecter du sérum préventivement aux suspects, mais surtout de propager la vaccination à l'anatoxine.

Fièvre ondulante. — Le rapporteur insiste pour que la lutte contre la fièvre ondulante soit entreprise par les services vétérinaires d'accord avec les hygiénistes et les médecins.

Rapport sur le service des eaux minérales. — M. Siredey lit un rapport très documenté dans lequel il signale tout particulièrement le travail de M. Piatot (de Bourbon-Lancy) sur l'action des eaux de Bourbon contre la stérilité, les travaux de M. Paul Blum (de Strasbourg) sur les eaux minérales Yougo-Slaves, ceux de M. Roger Glénard (de Vichy), de M. Pouy (de Capvern), de M. Vincent (d'Aix), de M. Roche (d'Aigueperse), de M. Vauthey (de Vichy) et de notre excellent confrère Victor Gardette dans la *Presse thermale et climatique.*

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. en Uruguay. — M. le docteur Martirenc, directeur de l'assistance publique, communique les résultats de la vaccination préventive par le B. C. G., portant sur 2.690 nouveau-nés. Ces résultats démontrent la complète innocuité du B. C. G. et son efficacité.

La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. dans les provinces de Buenos-Aires. — M. le docteur Arena, directeur général de l'Hygiène, apporte les résultats de la vaccination de 715 enfants nouveau-nés et des expériences faites sur des cobayes et des porcelets. Ces résultats permettent d'affirmer que le B. C. G. est non seulement inoffensif pour l'enfant, pour le cobaye jeune ou adulte et pour les porcelets, mais qu'il est manifestement efficace pour préserver les enfants et les porcelets des infections graves, virulentes, naturelles ou artificielles.

Ces deux présentations ont été faites par M. Sergent.

Essai d'interprétation du mécanisme de la vaccinothérapie. — M. Louis Bazy.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 10 novembre 1928)

Purification de la toxine botulinique. — MM. S. Hosoya, G. Stefanopoulo et S. Miyata. La toxine botulinique peut être purifiée par précipitation par le $ZnCl^2$ et séparée de sa combinaison avec le Zn par le sulfure d'NH_4. La toxine purifiée ainsi obtenue ne donne pas les réactions des protéines des termes supérieurs et ne précipite ni par l'acide picrique ni par l'acide picrolonique. Les auteurs poursuivent leurs recherches sur le pouvoir antigénique, le phénomène de floculation et la neutralisation de leur toxine.

De l'immunité naturelle et acquise vis-à-vis de l'intoxi-

cation tétanique chez la poule. — M. G. Ramon. La poule qui possède, pour l'intoxication tétanique, un état réfractaire assez marqué mais non illimité, est capable de produire, lorsqu'elle est injectée avec l'antigène tétanique (toxine ou anatoxine) de l'antitoxine spécifique en quantités très abondantes; elle acquiert de ce fait, une immunité artificielle qui accroît son immunité naturelle, ces deux immunités, chacune par des moyens différents concourent au même but : la protection de l'organisme animal à l'égard de l'intoxication tétanique. Les phénomènes aboutissant à l'apparition de l'immunité antitoxique artificielle se succèdent chez la poule dans le milieu sanguin. Cette particularité, ainsi que la possibilité de suivre pas à pas, par des dosages faciles et précis la disparition de la toxine et le développement de l'antitoxine nous semblent précieuses au point de vue de l'étude de la formation des anticorps.

Sur le passage de la toxine et de l'antitoxine tétaniques, de la poule à l'œuf et au poussin. — M. G. Ramon. La toxine tétanique que l'on injecte à la poule et l'antitoxine spécifique qui se développe à la suite de cette injection, passent facilement du milieu sanguin de l'animal dans le vitellus de l'œuf et non dans l'albumen. De plus, les essais rapportés dans cette note montrent que l'antitoxine que recèle ainsi le jaune de l'œuf fécondé, se retrouve intégralement dans le sang du poussin sorti de cet œuf.

Nous avons donc le moyen de faire pénétrer à volonté l'antigène (toxine tétanique ici, et probablement d'autres filtrats ou germes microbiens) et l'anticorps (antitoxine tétanique par exemple) dans le vitellus de l'œuf, d'en suivre le devenir respectif chez l'embryon et plus tard dans l'organisme animal. Nous pouvons nous livrer ainsi à une étude expérimentale commode, de l'hérédité pathologique et de l'immunité héréditaire.

Variations cytologiques du sarcome de Jensen d'après la méthode de greffe. — MM. G. Roussy et E. C. Craciun. La structure histologique du sarcome du rat blanc, du type Jensen, dépend de la méthode de greffe employée. Il y a des différences entre : A. la greffe de petits fragments multiples; B. la greffe d'un gros fragment unique; C. la greffe intrapéritonéale.

L'architecture de la nouvelle tumeur est beaucoup plus nette dans la série B. En allant du centre à la périphérie on trouve différentes zones formant autant de cercles plus ou moins continus.

Dans la série A, la réaction leucocytaire périnécrotique est beaucoup plus forte.

Mais la différence la plus intéressante concerne la couche de cellules en palissade situées entre le parenchyme sain et la nécrose qui n'est présente que dans les tumeurs de la série B. Sur certaines coupes favorables, il y a une couronne complète de longues cellules rayonnantes tout autour de la nécrose, comme dans les cultures de tissus. Quelquefois les cellules en palissade sont très allongées, effilées, étalées au maximum, remplies de vacuoles et de graisse, comme les éléments vieillis dans les cultures de tissus.

Ces différences font ressortir tout l'intérêt des greffes par gros fragment unique qui paraissent mieux respecter la vitalité et les possibilités nombreuses des éléments tumoraux.

Le glycogène du sarcome de Jensen. — MM. G. Roussy et E.-C. Craciun. Le sarcome du rat blanc est considéré comme pratiquement dépourvu de glycogène. Nous avons

cependant trouvé assez régulièrement une glycogénie limitée, la masse totale de la tumeur étant normalement aglycogénique.

Ce sont surtout les animaux greffés avec un gros fragment unique qui en montrent. Dans certains cas, il y a un cercle continu de cellules sarcomateuses glycogéniques qui entourent le centre nécrotique. Quelques-unes sont détruites par un processus progressif de vacuolisation, tandis que leur cytoplasme se remplit de graisse et de glycogène.

On peut trouver des foyers de glycogénie bien tolérée. Mais on trouve assez souvent du glycogène dans les cellules conjonctives fixes, des macrophages, des cellules migratrices et surtout des leucocytes. La glycogénie du sarcome de Jensen est donc habituellement en rapport avec la présence des foyers de nécrose.

Le rapport azotémique dans les néphrites et dans les affections hépatiques. — MM. Marcel LABBÉ, F. NEPVEUX et A. HIERNAUX. En employant des techniques chimiques précises, pour la désalbumination et les dosages de l'azote total et de l'urée du sérum, les auteurs ont établi le rapport azotémique chez le sujet normal et au cours de certains états pathologiques.

Le rapport azotémique normal est en moyenne de 46 p. 100 dans le sérum.

Dans les néphrites, lorsque l'azotémie dépasse 1 gramme le rapport azotémique s'élève et atteint une moyenne de 84 p. 100; l se comporte comme un index de rétention.

Dans les cirrhoses avec ou sans ictère, le rapport azotémique est abaissée au-dessous de 40 p. 100 et peut tomber à 13 p. 100 dans les cas graves. Il indique un trouble du métabolisme azoté.

L'anesthésie générale par compression du cerveau dans l'expérimentation physiologique. — M. et Mme CHAUCHARD, dans les cas où l'emploi des anesthésiques généraux est contre-indiqué, par exemple dans les recherches quantitatives sur l'excitabilité des nerfs et des centres nerveux, proposent de recourir à la narcose par compression du cerveau. Chez le chien, sous anesthésie locale par réfringération (neige carbonique, air liquide), ils trépanent la voûte cranienne au vertex et introduisent sous une pression convenable un tampon entre la dure-mère et la paroi osseuse. L'animal tombe dans un sommeil profond.

Par cette méthode, les auteurs ont pu réaliser en toute tranquillité et sans incident les expériences de longue durée.

Il est économique, **pour préparer du sérum antipestique,** dit M. BLAIZOT, d'utiliser non seulement le sang mais les organes des *porcs* sacrifiés pour la production du virus. Ces organes, broyés, rendus amicrobiens par addition de glycérine, conservent longtemps leur virulence à la température de — 15 degrés. Injectée par voie sous-cutanée, leur émulsion se montre parfaitement efficace pour hyporimmuniser les producteurs de sérum.

A propos des chronaxies. — Pour expliquer les faits rapportés par l'auteur et par M. Bourguignon, M. LAPICQUE distingue deux chronaxies : une de constitution et une de subordination.

M. D'ARSONVAL, président, souhaite la bienvenue à M. SHERRINGTON, qui assiste à la séance, et qui, répondant à la communication de M. Lapicque, observe : 1° combien il est curieux de constater des différences de chronaxies du simple au double entre muscles ayant même structure; 2° quel pro-

grès apporte, dans l'étude des délicates fonctions du système nerveux, une méthode aussi raffinée que la chronaxie.

Election. — Mme Lapicque est nommée membre titulaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1928)

Transmission héréditaire pendant plusieurs générations d'une double main bote cubitale pure. — M. Ch. Buizard. Observation exceptionnelle, peut-être unique. Transmission pendant quatre générations successives, et dans les deux sexes, d'une double main bote congénitale cubitale pure. Squelette complet mais mal conformé. Pas d'autres malformations. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Les porteurs ont pu se servir utilemeut de leurs mains.

Dangers des blessures par les épines. — M. Thévenard fait un rapport sur un travail de MM. Bouget et Uteau (de Biarritz). Certains arbrisseaux ont des épines dont la piqûre est particulièrement nocive. Cette gravité est due à ce que certains oiseaux viennent embrocher sur ces épines des cadavres d'insectes ou de petits animaux qui peuvent s'y putréfier.

De l'immunité en ophtalmologie. Traitement biologique des maladies des yeux, en rapport avec les infections du nez et de la gorge. — M. Raymond Petit fait un rapport sur un travail de M. Conrad Berens (de New-York). Celui-ci étudie la thérapeutique par le shock, les protéines, les stock-vaccins, les auto-vaccins, en applications locales et générales. Il expose le traitement à employer dans un certain nombre d'infections différentes. Il montre que le vaccin ne peut être qu'un auxiliaire, dans un grand nombre de cas, mais un auxiliaire important.

Un cas d'endocrinothérapie chirurgicale et d'homéogreffe thyroïdienne pour myœdème et crétinisme. Amélioration considérable. — M. Dartigues fait un rapport sur un travail de M. Madureira (de Lisbonne). Fillette de huit ans dont l'état avait résisté aux hautes doses de thyroïdine. Greffe au niveau du cou avec de la thyroïde de cynocéphale. Au bout de onze mois, amélioration très considérable.

Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin : la perforation utérine. — M. V. Pauchet communique l'observation suivante : cancer du corps utérin; perforation utérine par une curette au cours d'un prélèvement en vue d'examen histologique; guérison spontanée de la perforation; mais greffe du cancer sur l'iléon. L'auteur voit la malade un an après et fait une hystérectomie et une entérectomie. Métastase secondaire sur l'épiploon. Il conclut : toute femme ayant passé la ménopause et suspect d'un cancer du corps utérin sera hystérectomisée d'emblée; ne jamais faire une biopsie, inutile et dangereuse.

La radiographie de profil de la hanche dans le traitement des fractures du col du fémur. — M. Judet montre qu'il est possible d'obtenir une radiographie de profil du col de fémur dans la position de réduction des fractures trans-cervicales, c'est-à-dire en abduction et rotation interne.

Mammectomie totale et auto-greffe libre aréolo-mamelonnaire : mammectomie bilatérale esthétique. — M. Dartigues décrit cet intéressant procédé opératoire qui donne d'excellents résultats au point de vue esthétique.

Cancer du sein chez l'homme. — M. Petit de la Villéon communique un cas de cancer du sein opéré chez un homme de soixante-quatorze ans qui présentait une gynécomastie bilatérale développée progressivement après une prostatectomie.

Huit mois de vaccination au cours de l'opération. — MM. V. Pauchet, Mornard et Becart communiquent les résultats de leurs essais de vaccination locale au cours même des opérations gastro-intestinales et hépatiques. Ils emploient un vaccin polyvalent filtré contenant moitié de colibacille, un quart d'entérocoque, un quart de staphylocoque. Applications locales sur la paroi, le péritoine, les sutures, etc... Ils ont obtenu d'excellents résultats et se proposent d'y associer la vaccination pré- et post-opératoire par voie buccale.

Essai de traitement du rétrognatisme inférieur. — MM. Dufourmentel et Darcissac présentent un malade atteint de cette malformation auquel ils ont fait une double opération consistant en : 1° résection de la partie incisive du maxillaire supérieure; 2° avancement de la mâchoire inférieure par interposition d'un fragment cartilagineux costal entre le condyle temporal et l'os tymporal.

Fracture de Dupuytren avec diastasis considérable. Ostéo-synthèse par vis : échec. Ostéo-synthèse par greffon péronier : guérison. — M. Léo. Femme. Première opération faite avec une vis de Lambotte transfixant la malléole externe et l'épiphyse tibiale; récidive au bout d'un mois. Deuxième opération avec un greffon péronier placé dans le même trajet, guérison. Le greffon péronier a provoqué la formation d'un pont osseux remplaçant les ligaments tibio-péroniers inférieurs arrachés.

Kyste dermoïde du parovarium tordu quatre fois et demie. M. Muller (de Belfort) communique ce cas observé chez une femme de vingt-cinq ans. Deux crises abdominales douloureuses, la dernière crise avec vomissements. Ablation du kyste dont le pédicule était tordu quatre fois et demie dans le sens des aiguilles d'une montre. Guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1928)

Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses externes par l'antigène tuberculeuse méthylique de l'Institut Pasteur. — M. Dupont passe en revue des observations de tuberculoses épidiolymaires, ganglionnaires, ostéo-articulaires, vésicale, où l'antigène a manifestement déterminé la guérison dans 9 cas et une amélioration dans la tuberculose vésicale. Echec complet pour une fistule à l'anus.

Gastro-entérostomie. — M. Lamare rapporte le cas d'un malade atteint d'ulcère volumineux et adhérent gastro-pylorique. Une gastro-entérostomie amène une guérison apparente pendant quatre ans. Puis reprise des accidents. Nouvelle intervention. Devant l'impossibilité de dégager l'ancienne bronche, on fait une gastro-entérostomie antérieure. Amélioration. Puis apparition, deux ans plus tard, d'une fistule jéjunale. Suture. Guérison, qui se maintient après un an avec bon état général.

Le docteur Lamare fait remarquer les suites remarquablement simples d'une opération après préparation par le bouillon-vaccin également employé au cours de l'intervention.

DELATER (G.), Directeur du Laboratoire de recherches biologiques de l'Ecole dentaire de Paris, et **GRANDCLAUDE (Ch.)**, Directeur du Laboratoire de recherches biologiques de l'Ecole Odontotechnique. — **Nouveau Précis de Bactériologie.** Un volume in-8 raisin (25-16) de VI-124 pages, avec planches hors texte et nombreuses figures; 1928. Planches et dessins par L. Jame. Cartonné....... 50 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier et le 1er mars 1929 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) sera ouvert le vendredi 14 décembre 1928, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du jeudi 22 novembre jusqu'au samedi 1er décembre 1928 inclusivement, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — A la session de novembre 1928, le diplôme d'hygiène a été obtenu par MM. Ferry, Lumbroso, Abdel-Aziz, Mlle Bourguet et Mme Giraud.

Le certificat d'hygiène a été obtenu par Mlle Pégurier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. le docteur André Mercier est institué pour une période de neuf ans chef des travaux de chimie.

— GRENOBLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1928-1929, des enseignements et emplois ci-après désignés : MM. Salva, professeur (cours de clinique ophtalmologique); Sigaud, professeur (cours d'anatomie); Béthoux, suppléant (cours d'histologie); Romeyer, pharmacien de 1re classe (travaux pratiques de chimie); Perrin, licencié ès sciences, docteur en médecine (travaux pratiques d'histologie et physiologie et d'anatomie pathologique).

— LIMOGES. — M. de Léobardy, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie médicale et médecine expérimentale.

— REIMS. — M. le docteur Quinquaud, préparateur au Collège de France, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de physiologie).

— ROUEN. — M. Caillet, préparateur de physiologie au Collège de France, est chargé, pour l'année scolaire, du cours de physiologie et de l'emploi de chef de travaux de physiologie.

— TOURS. — M. le docteur Roy est délégué, à dater du 1er novembre 1928 jusqu'à l'issue du concours qui doit avoir lieu le 25 janvier 1929, dans les fonctions de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales.

M. Thierry, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

— Un concours s'ouvrira, le lundi 27 mai 1929, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours. (*J. O.*, 20 nov. 1928.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — COMMISSION SUPÉRIEURE DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — Par arrêté du 19 novembre 1928, sont spécialement adjoints à la Commission supérieure des maladies professionnelles, au titre de l'industrie minière : MM. Parent et le docteur Ducamp, patrons ; MM. Panissal et Mailly, ouvriers.

GUERRE. — Les officiers du corps de santé militaire désignés ci-après sortant de l'Ecole d'application du Service de santé reçoivent les affectations suivantes :

MM. les médecins lieutenants Rauch, hôpital militaire de Briançon; Candille, hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

COMMISSION PERMANENTE DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Sont nommés membres de la Commission permanente pour une durée de quatre ans : MM. les docteurs Dequidt, Bouloumié, Boursier, Macé de Lépinay, Baudouin, Moncorgé, Piatot, Rathery, Bordas, Durand-Fardel, Meillon, Gardette et Seillier.

(*Voir la suite, p. 1685.*)

CHRONIQUE

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR P. LEREBOULLET (1)

Une salle comble. Un public qui s'entasse sur les gradins, se presse contre les murs, obstrue jusqu'aux couloirs. Dans l'hémicycle, les noms les plus respectés de la médecine française. Partout, un air de fête. Dans tous les regards, joie et enthousiasme. Ne s'agit-il point d'assister à la première leçon d'un jeune maître aimé entre tous? Ne va-t-il pas, dorénavant, enseigner aux étudiants la science de soigner et l'art de guérir les tout petits?

Il n'a pas fait son entrée que les applaudissements crépitent. Ils redoublent lorsque M. Balthazard le présente à l'auditoire. Ils sont à peine arrêtés qu'ils repartent. C'est que M. Lereboullet a trouvé, pour saluer M. le Recteur, les mots heureux et qui portent. C'est qu'après avoir remercié ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant à l'unanimité, il aura la délicate pensée d'associer à sa joie ceux qui ne sont plus : ses maîtres disparus, ses amis trop tôt ravis, ses deux grands-pères, Emile Egger, l'illustre helléniste, et D. A. Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, son père, continuateur de Dechambre, qui, par l'exemple de toute une vie, lui a appris les qualités du vrai médecin, celle enfin qui fut, pendant vingt-quatre ans, la compagne de son foyer. Mais, au fait, tous ces absents ne sont-ils pas là, invisibles et présents? Et n'est-il pas vrai, selon l'expression du poète, que

> De l'autre côté du tombeau
> Les yeux qu'on ferme voient encore ?

Si le nouveau professeur doit beaucoup à ses parents, quelle dette de reconnaissance n'a-t-il point contractée envers ses maîtres à la Faculté et dans les hôpitaux! Trois d'entre eux ont marqué profondément sur lui leur empreinte : Brissaud, intelligence universelle, conversation étincelante, toute fantaisie et tout humour; Gilbert, direction précise et ordonnée, discipline impeccable, méthode personnifiée; Hutinel, patron merveilleux, clinicien incomparable, pathologiste aux larges vues d'ensemble, Hutinel qui, dans sa verte vieillesse, continue à étudier et à apprendre sans jamais rien oublier, Hutinel dont ses élèves ne peuvent prononcer le nom sans éprouver, au plus profond d'eux-mêmes, un sentiment très doux fait de fierté, de tendresse et de reconnaissance. Pour M. le professeur Marfan, une mention spéciale : ses beaux travaux sur la médecine infantile, l'éclat de son enseignement, son expérience lui ont valu une réputation mondiale; au cours d'une longue et brillante carrière, il a gagné contre la maladie bien des batailles; il a conduit son service à un tel degré de perfection que ce que ses succcesseurs ont de mieux à faire, c'est de lui emprunter ses techniques et de s'inspirer des règles qu'il a édictées.

Après avoir rendu à ses prédécesseurs un hommage d'admiration auquel le public s'associe par des acclamations sans fin, M. Lereboullet retrace l'histoire des Enfants Asssistés. Elle ne commence qu'au XIIe siècle. C'est alors que, pour la première fois, les enfants trouvés ou abandonnés sont l'objet d'une charte, l'ordre du Saint-Esprit, créé par Guy de Montpellier, et approuvé par les bulles du pape Innocent III. En 1552, on crée pour eux à Paris, la *Maison de la Couche*, à laquelle étaient attachées une veuve et deux servantes. Hélas! la *Maison de la Veuve* devint bien vite la *Maison de la Mort*. Les rares enfants qui survivaient « étaient « vendus huit sols la « pièce, à des gueux qui leur coupaient « bras et jambes pour exciter le monde à la pitié et leur « donner l'aumône ». C'est alors que *Monsieur* Vincent, épouvanté de ce qu'il avait vu à la Maison de la Mort, demande à quelques dames de se charger de ces malheureux. Bientôt, l'ordre des Filles de la Charité était organisé. Mais par combien de tribulations devait encore passer l'œuvre de Saint Vincent de Paul jusqu'au moment où, le 15 septembre 1838, fut fondé l'hospice des Enfants-Assistés, où devaient s'illustrer Billard, Valleix, Parrot, le premier professeur de médecine infantile, qui a découvert la pseudo-paralysie liée à l'hérédo-syphilis, décrit l'athrepsie, et, enfin, M. Variot!

A l'esprit de qui a charge d'enseigner la médecine de la première enfance, doit toujours être présente cette donnée qu'un triple effort est nécessaire : biologique, clinique et social. Effort biologique. Tant de différences séparent la pathologie du nourrisson de celle du grand enfant! Les erreurs diagnostiques ou thérapeutiques risquent tellement d'être plus funestes chez celui-là que chez celui-ci! Commençons donc par étudier les caractères biologiques du nouveau-né et du nourrisson, leur tendance à la déperdition de chaleur, l'importance, chez eux, des fonctions digestives; n'ignorons rien des recherches relatives au lait, aux vitamines, à l'alimentation, trop longtemps réduite à un simple calcul de calories. Ce n'est pas seulement l'hygiène alimentaire du nourrisson, c'est sa pathologie tout entière qu'éclairent chaque jour les recherches d'ordre bactériologique, chimique ou histo-pathologique. Des exemples? Ils abondent : rôle du pneumocoque et du streptocoque dans les surinfections hospitalières, du bacille diphtérique dans certains états d'hypothrepsie, du coli-bacille dans la production des états fébriles, examen chimique des selles, étude du métabolisme du calcium ou du phosphore, etc. Effort clinique, pour arriver à connaître les maladies du nourrisson, pour savoir dépister l'hérédo-syphilis, la tuberculose, diagnostiquer rachitisme, muguet, tétanie, rhinites, broncho-pneumonie, gastro-entérite. Effort social, cherchant à diminuer la mortalité des tout petits, grâce à la création de ces œuvres qui s'appelent crèches, pouponnières, centres d'élevage, consultations de nourrissons, mutualité et maisons maternelles, chambres d'allaitement, grâce, aussi, aux infirmières sociales. Vaste programme, auquel le nouveau professeur est décidé à consacrer toutes ses forces et qu'il saura mener à bien! La brillante phalange de ses élèves n'est-elle pas prête elle-même à lui donner son concours? Son amour de la science, la dignité de sa vie, son dévouement à la cause de la souffrance ne lui ont-ils pas valu les sympathies de tous? Les applaudissements de l'auditoire ne lui ont-ils pas montré qu'il avait conquis ses suffrages et que tous le considèrent déjà comme un maître?

L. BABONNEIX.

(1) Le 19 novembre 1928.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — La Société de neurologie tiendra le jeudi 29 novembre, à 9 h. 1/2, rue de Seine, 2, une séance spéciale qui sera consacrée à l'exposé des travaux du fonds Dejerine.

M. Clovis Vincent exposera ses recherches anatomiques et physiologiques sur les fonctions du corps strié.

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Un concours sur titres et sur épreuves (épidémiologie, bactériologie, administration sanitaire), pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Pyrénées, aura lieu à Paris, dans le courant du mois de janvier.

Les candidats devront être Français, n'être pas âgés de plus de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées, avant le 10 décembre 1928, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès). (*J. O.*, 18 nov. 1928.)

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS (A. P. I. M.). — Nous avons le plaisir d'annoncer une nouvelle publication qui intéressera particulièrement les médecins praticiens de tous pays, en ce qui concerne l'exercice journalier de la médecine et tous les problèmes de médecine sociale qui se présentent constamment à eux. C'est l'organe officiel de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) dont un premier numéro a paru, à titre d'essai, en mai 1928, mais qui, à partir de son numéro de novembre, ainsi qu'il en a été décidé lors de la troisième session du Conseil général de l'A. P. I. M., devient une Revue trimestrielle.

Cette publication a pour titre : *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale* et porte en sous-titre : « Documents provenant des notes et rapports des « correspondants nationaux » de l'A. P. I. M. et des informations dues au bureau international du travail. »

Nous devons ajouter que, là aussi, paraîtront désormais toutes les « Enquêtes médicales internationales » faites par l'A. P. I. M. qui, jusqu'ici, avaient paru dans des fascicules séparés envoyés aux seuls « correspondants nationaux » de l'A. P. I. M. De cette façon, tout médecin praticien, désireux de connaître les grosses questions professionnelles et sociales concernant l'exercice de la médecine dans tous les pays, pourra ainsi être aisément mis au courant.

Cette Revue, en effet, sera adressée désormais, non seulement aux correspondants des vingt-cinq pays actuellement adhérents à l'A. P. I. M. et qui en recevront le nombre d'exemplaires qu'ils auront demandés, mais, en outre, tout médecin isolé peut également la recevoir.

Le prix de l'abonnement annuel est de 4 fr. suisses pour les quatre numéros qui paraîtront en février, mai, août et novembre. Il suffira donc, pour recevoir régulièrement cette Revue, d'envoyer son nom, son adresse et le montant de son abonnement à M. le docteur Fernand Decourt, secrétaire général de l'A. P. I. M., 25, rue Louis-le-Grand, Paris (IIe), France, où se trouve le siège social de l'Association.

HÔPITAL FOCH (60, rue Vergniaud). — Le docteur Léon Giroux reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 2 décembre, à 10 h., et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

CLOT BEY

(1793-1868)

Dans quelques jours de nombreux médecins français accompagnant une délégation officielle dirigée par le professeur Fernand Bezançon, vont se rendre en Egypte pour assister au Centenaire de la fondation de l'hôpital Casr el Aïni.

Un nom sera souvent prononcé au cours des cérémonies officielles, c'est celui de Clot Bey qui fut le fondateur de l'Ecole de médecine inaugurée en 1825 et le créateur de la plupart des institutions médicales égyptiennes.

Parmi les grands Français qui ont fait admirer et aimer notre pays en Egypte, le nom de Clot Bey mérite une mention particulière.



CLOT BEY

Biographie des Hommes du jour. Lith. Molinier et Raibaud, Marseille.

(Coll. de la *Gaz. des hôpit.*)

Antoine Barthélemy Clot naquit à Grenoble le 7 novembre 1793.

Sa ville natale a donné son nom à une rue de la ville, comme elle l'a fait pour un autre de ses compatriotes le docteur Mazet, victime de son dévouement pendant l'épidémie de Barcelone en 1821.

Clot fit ses études à Marseille où, de 1811 à 1817, il fut externe et interne de l'Hôtel-Dieu, puis chef des travaux anatomiques. En 1820 il passe sa thèse de doctorat à Montpellier et revient exercer la chirurgie à Marseille. Quatre ans plus tard, il entre au service de Méhémet Ali, vice-roi d'Egypte comme chirurgien en chef des armées égyptiennes; en 1826 il devient membre du Conseil de santé et bientôt directeur de l'Ecole de médecine d'Abou-Zabel. Malgré toutes les difficultés il arrive à organiser l'enseignement de la médecine, les services hospitaliers, et avec une vue très large et une véritable prescience de l'avenir il crée une organisation d'hygiène presque parfaite.

Ce n'est pas à dire qu'il le fit sans difficultés. Il eut à lutter contre l'incurie, contre les coutumes, contre les fanatiques. Mais, soutenu par Méhémet Ali, il put poursuivre l'accomplissement de son œuvre magnifique jusqu'en 1849, année de la mort de son protecteur. Il rentre alors en France et se fixe à Marseille. Sous le règne d'Abbas Pacha toutes les institutions périclitent, mais avec Ismaïl Pacha, en 1856, il peut rendre de nouveaux services avant de prendre sa retraite définitive en France où il meurt le 28 août 1868.

Clot avait été fait bey en 1831, puis général, il était comblé des honneurs les plus mérités. En 1851 il avait été fait comte romain, et comte français en 1860. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Clot Bey. — Ce fut d'abord l'enseignement médical qui absorba tous les soins de Clot Bey. A l'Ecole d'Abou-Zabel il instaura un cycle d'études complet, comprenant notamment l'enseignement de l'anatomie. Avant lui on n'avait jamais fait de dissection en Orient. Les premières leçons ne furent pas sans froisser certaines convictions, et un jour, pendant son cours, Clot Bey fut frappé d'un coup de poignard par un élève fanatique (1).

Il n'en continua pas moins son enseignement et obtint du vice-roi que des élèves fussent envoyés chaque année en France pour y compléter leurs études.

« Je n'ai pas la prétention de croire, écrivait-il à Ismaïl « Pacha, que la France possède les meilleurs maîtres, cependant je suis persuadé qu'à Paris les institutions médicales « destinées à donner l'instruction aux élèves, ne le cèdent en « rien à celles des autres pays d'Europe.

« Il serait dangereux de disséminer les élèves égyptiens en France, en Allemagne, en Angleterre, en Italie, parce qu'ils rapporteraient de ces différents pays des méthodes, des idées, et un langage tous différents les uns des autres... »

Le but de Clot Bey était de former ainsi non seulement un corps professoral, mais des médecins (nous dirions aujourd'hui *médecins de colonisation*) chargés d'organiser dans toute l'Egypte l'assistance médicale.

Mais les médecins ne sont pas assez nombreux, Clot Bey a recours aux *auxiliaires médicaux*.

Pour cela il utilise les « barbiers », il s'efforce de lutter contre l'empirisme en leur donnant une éducation rudimentaire, et pour cela il écrit un livre pratique « le trésor de santé » qui est édité en arabe.

Les œuvres d'assistance sont organisées avec le même soin. Aux « cloaques » immondes qui existaient au Caire il substitue le bel hôpital général dont on va célébrer le centenaire, il crée une Ecole d'accouchement, un hôpital pour femmes, un asile de vieillards et il s'occupe des aliénés.

Hygiéniste convaincu, Clot Bey organise la défense sanitaire du pays, c'est à lui qu'on doit l'introduction de la vaccination en Egypte (1827). Clot Bey a assisté aux grandes épidémies de choléra et de peste. S'il a les idées de son époque au sujet de ces maladies, s'il considère le choléra comme une véritable gastro-entérite (1), qu'on traite par la saignée, s'il est non contagionniste en ce qui concerne la peste et s'il n'hésite pas à appuyer son opinion en se faisant inoculer du pus de bubon pesteux, il a en revanche des idées très modernes en prophylaxie.

Pour préserver la population des « maladies infectieuses et des épidémies qui la déciment si souvent » Clot Bey prescrit un certain nombre de mesures d'hygiène, notamment en ce qui concerne l'entretien des cimetières, et dans la même lettre (2) à Ismaïl Pacha que nous citions plus haut il trace ce programme : « Si malheureusement une nouvelle épidémie de peste venait à reparaître, que les populations des villes et villages se dispersent dans le désert et qu'on emploie la même mesure pour les régiments égyptiens, mesure qui fut si efficace pendant le choléra de 1831 et les diverses pestes qui sévirent dans la suite.

« Que l'on perde cette funeste habitude de se séquestrer dans des quarantaines pendant des mois entiers. Le désert et le grand air qu'on y respire sont bien plus efficaces contre le fléau que toutes les murailles élevées par la main des hommes. »

L'étendue de l'œuvre de Clot Bey ne justifie-t-elle pas l'hommage que l'Egypte se prépare à rendre à ce grand Français?

F. L. S.

---

(1) *Dictionnaire Dechambre*, art. CLOT BEY.

(1) FABRE. *Choléra morbus*, 1854.
(2) *Presse médicale d'Egypte*, 1ᵉʳ avril 1928.

CLINIQUE MÉDICALE B, STRASBOURG

LE SYNDROME AZOTÉMIQUE GRAVE PAR MANQUE DE SEL

Par MM. Léon BLUM, Van CAULAERT et P. GRABAR.

Nous avons montré récemment dans plusieurs communications que l'appauvrissement de l'organisme en sel provoque des symptômes morbides graves et s'accompagne d'une azotémie qui peut atteindre le chiffre de 5 grammes.

Nous avons prouvé que cette azotémie ne relève pas d'une néphrite mais qu'elle est d'origine extra-rénale. Elle se distingue donc d'une manière absolue des azotémies décrites au cours des différentes formes de néphrites.

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail quelles sont les affections où le manque de sel peut se produire, quels en sont les symptômes, quels sont les moyens de diagnostic dont nous disposons pour le reconnaître et enfin quelle est la physiopathologie des accidents.

I. Les états qui s'accompagnent d'un appauvrissement de l'organisme en sel. — L'organisme sain soumis à une alimentation normale renferme une surcharge de sel de 12 à 15 grammes; quand on institue un régime sans sel, cette surcharge se perd et il s'établit un équilibre qui se maintient si aucun facteur ne le rompt.

En effet quand on détermine la chlorémie chez un sujet soumis à un régime non salé celle-ci reste stable : même après huit, dix et quinze jours son taux ne varie guère, il se maintient à 3g5 chiffre à peine au-dessous de la normale. Pour faire baisser la chlorémie chez un sujet normal il faut une intervention susceptible de soustraire du sel à l'organisme. C'est ce qui a lieu à la suite de l'ingestion de bicarbonate de soude; ce sel entraîne du chlore par la voie rénale. L'injection d'un diurétique mercuriel, l'administration de théobromine provoquent également une forte décharge de chlore. Mais ces pertes se réparent vite quand l'organisme reçoit du sel par la nourriture.

Dans les états pathologiques l'appauvrissement en sel se produit chaque fois qu'une perte continue de sel coïncide avec l'absence de réparation de cette perte. Un appauvrissement en sel ne peut devenir important que si ces deux conditions se trouvent réunies.

A. Perte continue de sel. — L'organisme peut perdre du sel par deux voies : la *voie digestive* et la *voie rénale*. On peut y joindre un troisième mode : le sel s'accumule dans certaines cavités ou certains tissus et est ainsi soustrait à l'économie générale : par exemple, dans la lumière de l'intestin où dans le tissu sous-cutané.

1° *La perte par les voies digestives.* — C'est le mode de déperdition le plus commun. Chaque fois qu'il existe des vomissements, quelle qu'en soit la cause, — sténose pylorique ou duodénale, occlusion intestinale haute, vomissements de la grossesse — les matières rejetées renferment toujours du sel; dans ces cas la perte de Cl est supérieure à celle en Na. Les pertes de sel par les diarrhées profuses sont également considérables. Quand un malade a vingt ou trente selles liquides par jour, une quantité importante de sel est éliminée; c'est ce qui se produit dans les dysenteries graves, dans les entérites cholériformes et dans le choléra. Les chiffres publiés par Javal (4g6 de chlorures éliminées en vingt-quatre heures dans les selles diarrhéiques d'un brightique) donnent une indication sur l'importance de ces déperditions.

2° *La perte par la voie rénale.* — Elle est exceptionnelle. Elle se produit après l'ingestion répétée de bicarbonate de soude dans la cure d'ulcère gastrique telle que la recommande Sippy. Ce mode intervient également dans le diabète très grave avec acidose intense et prolongée. Pour se défendre contre l'acidose l'organisme recourt au sodium qui est la principale base des humeurs. Le sodium sert à neutraliser les acides qui ne peuvent être excrétés par le rein qu'à l'état de sels. L'acidose détermine d'autre part une diminution du chlore. Les céto-acides déplacent du chlore qui est rejeté en partie dans les tissus. Toutefois la plus grande partie quitte l'organisme par la voie rénale, aussi longtemps que le rein fonctionne. Ce n'est que dans la dernière phase de l'acidose que la fonction urinaire s'arrête et que le chlore émigre uniquement vers les tissus. Un diabétique arrivé à la phase du coma après une acidose prolongée est donc appauvri en sel.

3° *Appauvrissement en sel par dérivation dans les cavités ou dans le tissu sous-cutané.* — Chez certains sujets atteints d'occlusion intestinale basse on a observé un appauvrissement en sel sans que le malade ait vomi. On a constaté que dans ces cas le liquide intestinal renfermait de grandes quantités de sel. Ce sel est soustrait à l'économie. Un mécanisme analogue paraît jouer dans les brûlures étendues. Ici également on observe une forte diminution du chlore du sang, sans que le sujet ait vomi ou ait eu de la diarrhée. Le chlore semble avoir passé dans la sérosité qui imbibe les surfaces brûlées.

B. Absence de réparation des pertes. — Les pertes en sel que l'organisme subit par l'une ou l'autre des voies décrites peuvent être rapidement comblées par l'apport de sel. Il faut donc que l'organisme soit incapable de les réparer pour que ces pertes entraînent un appauvrissement en sel.

La plupart du temps le mécanisme même qui provoque la perte de sel empêche le rétablissement de l'équilibre. Quand il y a des vomissements et de la diarrhée le sel ingéré par la bouche est rejeté au dehors sans être absorbé. Chez les diabétiques en instance de coma il y a presque toujours une intolérance gastrique absolue.

Un autre obstacle qui s'oppose à la récupération du sel par les voies digestives provient du fait que le manque de sel, s'il atteint un certain degré provoque des vomissements et de la diarrhée. Il s'éta-

blit un véritable cercle vicieux qui crée un nouvel obstacle à l'absorption de sel.

Enfin dans certains cas c'est l'intervention thérapeutique qui empêche la réparation. Toute azotémie élevée à caractère progressif a été attribuée jusqu'ici à une affection rénale grave, c'est-à-dire à une maladie où selon la doctrine classique l'ingestion de sel est contre-indiquée d'une façon absolue. On a ainsi privé ces malades de sel; leur état s'est aggravé et cette aggravation a été mise sur le compte de leur affection rénale.

II. **La symptomatologie.** — Comme l'appauvrissement en sel accompagne presque toujours des affections très graves, il est difficile de reconnaître chez les malades ce qui est la conséquence de l'appauvrissement en sel ou la suite de l'affection primitive. Dans ces cas il s'établit uue véritable intrication de symptômes dont il est impossible de démêler l'origine.

Pour connaître les symptômes qui sont la conséquence du manque de sel, il faut s'adresser à des malades chez lesquels la maladie primitive ne provoque plus de symptômes et chez lesquels on a provoqué artificiellement l'appauvrissement en sel. C'est le cas des diabétiques graves tirés du coma qu'on soumet au régime sans sel. Ces sujets traités à l'insuline reviennent rapidement à un état presque normal et ne souffrent plus des suites du diabète. Dans ces conditions les symptômes qu'ils présentent peuvent être attribués au manque de sel et la preuve qu'il en est ainsi c'est qu'il suffit de donner à ces malades du sel pour que les symptômes disparaissent. Notre description repose surtout sur les faits observés chez ces malades.

1. État général. — Les sujets très appauvris en sel se présentent comme des malades gravement atteints. Ils sont affaiblis au point de ne pouvoir faire un mouvement et quelquefois même ils ne peuvent porter une cuiller jusqu'à leur bouche. Cet état est accompagné d'un état de prostration profonde. Ils sont plongés dans un état de torpeur, somnolents et incapables de tout effort intellectuel. Quelquefois ils ont du délire. Quand l'appauvrissement est moins prononcé les malades se plaignent d'une sensation de vide dans la tête et de maux de tête.

2. Organes digestifs. — Ils présentent des altérations multiples. La langue, la gorge sont sèches; la soif est très marquée et les malades demandent constamment à boire. L'haleine est fétide et dans nombre de cas on observe une odeur ammoniacale très nette.

a. *Vomissements.* — Ils sont très fréquents; tantôt provoqués par l'ingestion de boissons; tantôt spontanés; ils rendent parfois toute alimentation impossible. D'abord alimentaires ils sont ensuite constitués par du liquide et de la bile qui leur donne une couleur jaunâtre.

b. *Diarrhées.* — Elles surviennent dans la plupart des cas dès que l'appauvrissement en sel a atteint un certain degré. Les selles sont abondantes et liquides ne contiennent ni glaires, ni sang et rappellent les selles qui suivent une purge au sulfate de soude. La fréquence des évacuations peut être très grande; certains malades ont parfois jusqu'à dix selles par jour. Ces diarrhées résistent à tout traitement; elles sont dans certains cas tellement importantes qu'elles dominent entièrement le tableau clinique et qu'elles font porter le diagnostic d'entérite.

3. Ces troubles digestifs retentissent profondément sur l'état général et très rapidement le facies de ces malades s'altère : les traits sont tirés, les joues se creusent, les malades sont pâles, les globes oculaires sont mous. La peau est sèche, squameuse et ridée surtout aux extrémités; quand on la pince les plis sont longs à s'effacer. Le pannicule adipeux a presque entièrement disparu.

4. La température. — Elle est ou normale ou abaissée. Dans la plupart de nos cas nous avons noté de l'hypothermie; une fois la température est descendue jusqu'à 35°4.

5. Appareil circulatoire. — Le pouls est petit, mou et rapide; les bruits du cœur sont assourdis et lointains. La tension artérielle est basse, le plus souvent inférieure à 100; tout le système circulatoire paraît profondément touché.

6. Système nerveux. — Les réflexes sont faibles et on n'observe aucun signe d'hyper-excitabilité nerveuse ou musculaire, même s'il y a alcalose.

Chez les malades où l'appauvrissement en sel se produit par vomissements on a souvent noté de la tétanie. Dans ces cas, la réserve alcaline est très élevée, car l'abaissement du chlore est relativement beaucoup plus considérable que l'abaissement du sodium. La grande majorité des auteurs considère actuellement que cette tétanie relève de l'alcalose. Nos observations prouvent que le phénomène est plus complexe.

7. L'état du sang. — La détermination de l'hémoglobine, la numération des hématies donnent des chiffres à peu près normaux ou supérieurs à la normale. C'est une conséquence de la concentration très forte du sang par deshydratation. La teneur du sérum en eau est toujours réduite : au lieu du chiffre normal de 920 grammas d'eau par litre, nous avons 900-880 grammes.

a. *Le chlore.* — Le taux du chlore est abaissé; dans les cas de diabète grave relativement peu, bien davantage quand des vomissements ou des diarrhées ont été la cause de l'appauvrissement en sel. Ici, le chlore du plasma peut s'abaisser jusqu'à 2g20 au lieu de 3g50. Les globules perdent également une grande partie de leur chlore. Chez un de nos malades, nous avons trouvé pour le sang total le chiffre de 1g8 au lieu de 2g8. Dans ces cas, les hématies renfermaient 0g2 de Cl par litre au lieu de 0g9.

b. *Le sodium.* — Selon le processus qui provoque la perte de sel, le sodium est plus ou moins diminué. Dans le diabète grave, l'abaissement du sodium est relativement plus important que celui du chlore. Au lieu de 3g5, on trouve un chiffre de 3 grammes. Dans

les affections avec vomissements le taux du sodium est voisin de la normale.

c. *La réserve alcaline.* — Sa valeur présente de l'intérêt car elle nous renseigne rapidement sur les proportions de Na et de Cl. Ce sont en effet ces deux éléments qui interviennent en majeure partie dans la constitution de la réserve alcaline. La réserve alcaline est ou normale ou augmentée ou abaissée. Si Na et Cl diminuent dans les mêmes proportions, la réserve alcaline peut rester normale. Si le chlore s'abaisse proportionnellement davantage que le Na, il y a alcalose (vomissements); si le taux du sodium est proportionnellement plus bas que celui du chlore il y a acidose (diabète grave).

d. *L'azotémie.* — L'augmentation porte aussi bien sur l'urée que sur l'azote résiduel. Dans nos expériences, l'urée a atteint le chiffre de 5 grammes et aurait vraisemblablement dépassé ce taux si nous n'avions interrompu l'expérience la jugeant suffisamment concluante. L'azote résiduel augmente dans les mêmes proportions.

8. La fonction rénale. — L'élimination d'eau peut être normale si les malades ne perdent pas trop de liquide par les vomissements ou les diarrhées et s'ils absorbent suffisamment de boissons. Nous avons vu le taux des urines atteindre et même dépasser deux litres; dans les périodes extrêmes la quantité des urines peut s'abaisser, mais l'anurie ne s'installe qu'en dernier lieu. Cette bonne diurèse aqueuse contraste avec l'intensité de l'azotémie.

Le pouvoir de concentration du rein pour l'urée est fortement abaissé; la concentration de l'urée se tient aux environs de 10 p. 100 et reste remarquablement fixe. La quantité des chlorures éliminés est variable : ainsi dans le diabète grave, l'organisme en perd, quoique déjà appauvri.

L'urine renferme de l'albumine : généralement de très faibles quantités. Les éléments figurés font presque toujours défaut.

III. **Le diagnostic du manque de sel.** — *a.* Symptômes. — Aucun des symptômes cliniques que nous avons décrits n'est pathognomonique. Ce sont des signes communs à tous les états graves; en particulier à tous les états toxiques. Mais c'est à l'urémie vraie que ce syndrome ressemble le plus. Dans certains cas cette ressemblance est tellement grande, que le diagnostic différentiel entre l'urémie vraie et l'azotémie par manque de sel est cliniquement impossible; ce sera par exemple le cas pour l'urémie sans hypertension. Aussi a-t-on jusqu'ici confondu ces deux formes et pris pour une urémie ce qui n'était en réalité qu'un syndrome azotémique par manque de sel.

Toutefois, les faits cliniques peuvent être encore plus complexes : au syndrome azotémique d'origine rénale peut se superposer un syndrome azotémique provoqué par le manque de sel.

Dans ces cas intriqués il s'agit de phénomènes compliqués sur lesquels nous reviendrons dans un article ultérieur.

Pratiquement, on pensera au manque de sel toutes les fois que les antécédents révéleront l'existence de vomissements, de diarrhées, d'obstruction intestinale ou de brûlures étendues.

Le diagnostic clinique du manque de sel est donc difficile. Il faudra avoir recours aux examens de laboratoire qui peuvent donner la certitude.

b L'urine. — Il y a d'abord l'examen des urines qui peut fournir rapidement une indication quand l'organisme est appauvri en sel. Les urines renferment très peu de chlore; on s'en rendra compte en ajoutant du nitrate d'argent à de l'urine acidifiée par de l'acide azotique. Il ne se forme pas un précipité mais un simple louche.

c. Le sang. — La certitude est obtenue par l'examen du sang. Le dosage du chlore, soit dans le sérum, soit dans le sang total, est naturellement de première importance. L'appauvrissement de l'organisme en sel est en effet toujours accompagné d'une hypochlorémie. La constatation d'un appauvrissement en chlore des hématies est particulièrement importante parce qu'elle est la preuve de la participation des éléments cellulaires à l'appauvrissement en sel. La constatation d'une hypochlorémie avec une azotémie donne donc la certitude, sauf dans le cas de néphrite. Dans ces cas une hypochlorémie et une azotémie ne permettent pas d'affirmer un manque de sel : les faits sont ici beaucoup plus complexes et nous les étudierons dans une communication ultérieure.

Mentionnons seulement les services que rend la détermination de la réserve alcaline : si celle-ci est supérieure à la normale et dépasse 60, il s'agit incontestablement d'un manque de sel par déficit de chlore. Azotémie, hypochlorémie, alcalose, constituent, quand elles coexistent, un signe de certitude. Si, par contre, la réserve alcaline est normale ou abaissée une hypochlorémie et une azotémie élevées ne permettent pas d'affirmer le manque de sel.

Lorsqu'on ne dispose pas d'un laboratoire l'épreuve thérapeutique pourra être utilisée. Si l'on administre du sel à ces malades, son action se manifestera très rapidement et les résultats permettront de reconnaître s'il s'agit d'un syndrome dû au manque de sel ou non. On recourra à cette épreuve d'autant plus facilement qu'en dehors des néphrites l'apport de sel n'a aucun inconvénient.

IV. **La physiopathologie des accidents.** — Le rôle important que joue le chlorure de sodium dans l'organisme donne l'explication des troubles graves que provoque un déficit important de cette substance. Nous rappellerons les faits essentiels.

Le chlore et le sodium comptent parmi les éléments fondamentaux de toute cellule. Leur importance n'est pas moindre dans les humeurs. Ils y représentent, l'un l'élément acide le plus important (66 p. 100 des acides du sang), l'autre la base essentielle puisque le sodium à lui seul en représente 90 p. 100. L'équilibre acide base est donc intimement lié à ces deux éléments.

La concentration moléculaire des humeurs qui règle la pression osmotique est également sous la dépendance la plus étroite du sel. Le sel est la substance qui intervient dans une proportion

de 65 p. 100 dans la pression osmotique du sang. Toute diminution importante de sel diminue donc la pression osmotique. Or, on sait l'influence que celle-ci exerce sur toutes les cellules.

Le chlorure de sodium joue, en outre, un rôle des plus importants dans les échanges physico-chimiques entre les tissus et le sang. Selon l'expression de Mestrezat il sert de monnaie d'échange dans l'économie. Dans ces phénomènes c'est déjà l'action spécifique des ions Cl et Na qui est en jeu. Celle-ci se manifeste également dans toutes les fonctions organiques. Il suffira de rappeler l'influence primordiale de la minéralisation des liquides dans les expériences de perfusion d'organes et les changements qu'entraîne une modification de la composition minérale même peu importante, pour se rendre compte des troubles profonds que peut amener un appauvrissement considérable en Na et en Cl.

V. Traitement. — Le traitement est des plus simples, il consiste à rendre à l'organisme le sel qui lui fait défaut.

Toutefois, si l'apport de sel est capital, l'apport d'eau ne l'est pas moins. La perte de sel entraîne une déshydratation profonde de l'organisme et le sel ne peut produire son action salutaire qu'à condition d'être accompagné de quantités suffisantes d'eau. Il faut donc combiner l'introduction de sel à l'introduction d'eau. Les infusions de sérum physiologique ont l'avantage de remplir ces deux indications.

Le mode d'administration de sel varie selon les malades :

a. Dans les cas très graves où il y a intérêt à agir vite on fera une injection intraveineuse avec une solution de sel à 10 p. 100 et on administre environ 100 centimètres cubes de ce liquide en une fois. Cette thérapeutique a été utilisée couramment dans le choléra asiatique et dans tous les syndromes dysentériques graves où des diarrhées profuses ont considérablement appauvri l'organisme en sel. Nous y avons eu recours dans nos cas les plus graves.

b. Dans les formes moins graves où l'urgence est moins grande on pourra se borner à utiliser uniquement la voie sous-cutanée ; on donnera dans le courant de la journée un litre de sérum physiologique à deux reprises, ce qui correspond à 14 ou 15 grammes de sel.

c. Chez les sujets qui ne vomissent pas et qui n'ont pas de diarrhées, ce qui est l'exception, il y a avantage à se servir de la voie stomacale. On peut donner le sel sous forme de bouillon très salé ou encore sous forme de cachets de 1 gramme. On pourra ainsi faire absorber aux malades 16 à 20 grammes de sel par jour.

Quand il n'y a pas de diarrhées on pourra avoir recours au goutte-à-goutte rectal, mais ce mode d'administration ne peut être qu'un adjuvant.

d. En général, il y a intérêt à associer ces différents modes d'administration de sel car ils ont tous leurs avantages et aussi leurs inconvénients. Ainsi, dans un cas grave, on pourra donner 100 centimètres cubes de solution salée hypertonique par la voie intraveineuse; on donnera immédiatement après un litre de sérum physiologique par la voie sous-cutanée ou intramusculaire. Quatre ou cinq heures après on répétera ces injections, et si l'état du tube digestif le permet on donnera par la bouche un peu de bouillon salé. On peut ainsi très rapidement relever le taux des chlorures de l'organisme.

Dans les néphrites il est très important de suivre la chlorémie pour observer la marche de la rechloruration de l'organisme. Comme nous l'avons indiqué, il y a intérêt à ne pas dépasser, chez ces malades, une chlorémie normale. En dehors des néphrites c'est plutôt le phénomène inverse qui est à éviter : dans ces cas il faut veiller à assurer le maintien de l'équilibre salin en continuant l'administration de sel pendant les jours qui suivent le retour de la chlorémie à la normale. Car chez certains malades la chlorémie peut avoir tendance à baisser, et après de fortes pertes en sel il faut cinq à six jours au moins jusqu'à ce que la chlorémie se stabilise à son taux normal.

HÉRÉDO-SYPHILIS ET ÉPILEPSIE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

L'épilepsie essentielle relève-t-elle de l'hérédo-syphilis? Question passionnément discutée depuis les mémorables recherches du professeur Fournier, et que nous voudrions essayer de résoudre, en passant en revue :

1° Les arguments favorables à la thèse du professeur Fournier (1);

2° Les arguments qui lui sont contraires.

*
* *

Arguments de ceux qui rattachent a l'hérédo-syphilis un certain nombre de cas d'épilepsie essentielle. — Tous ne sont pas également démonstratifs.

Nous ferons volontiers bon marché des cas où la seule raison d'invoquer l'hérédo-syphilis, c'est la constatation, chez un jeune enfant, d'une réaction de fixation faible ou subpositive, chez un adulte, d'une réaction forte. De ces deux résultats, le premier ne suffit pas à lui seul, jusqu'à plus ample informé, à se faire une opinion définitive; le second a encore moins de valeur : comment prouver, en effet, qu'il ne s'agit pas de syphilis acquise?

N'attribuons pas beaucoup plus d'importance aux cas où existent des antécédents douteux de syphilis chez les parents ou chez les grands-parents du petit malade. Pour établir une relation indiscutable entre épilepsie et hérédo-syphilis, il faudrait des raisons autrement péremptoires!

Ces raisons existent, d'ailleurs. Elles peuvent être de divers ordres.

Raisons d'ordre *étiologique*. Il existe, dans la littérature, de nombreuses observations de jeunes épileptiques dans lesquelles, en l'absence de toute

(1) Alfred Fournier, *Syphilis héréditaire tardive*, Paris 1886, in-8°, p. 460-483.

autre étiologie, figurent des antécédents manifestes, indéniables, de syphilis parentale. Comment les éliminer de la discussion? Comment leur dénier toute valeur? Sans doute aurait-on le droit d'être plus exigeant et de vouloir qu'on expliquât, par le détail, comment la syphilis des parents a pu causer, chez l'enfant, l'apparition d'une épilepsie essentielle. N'en demandons pas trop! Si nous savons maintenant, à n'en pas douter, que tabes et paralysie générale reconnaissent pour unique cause la syphilis, n'est-ce point parce que, toujours, dans les antécédents des malades, on retrouve cette infection? Et pourtant, est-on mieux fixé, malgré d'innombrables recherches, sur la manière d'agir du tréponème pour produire, ici la lésion de Nageotte, là, une méningo-encéphalite de forme spéciale?

Raisons d'ordre *clinique*. Parfois, un examen minutieux permet de découvrir, chez un sujet atteint d'épilepsie essentielle, quelques symptômes manifestement attribuables à la syphilis : exostoses, habituellement quelquefois, comme dans un cas que nous avons publié ici-même, avec M. E. Terrien, et dont l'examen ophtalmoscopique fut fait par M. F. Terrien, signe d'Argyll-Robertson. Ces manifestations d'hérédo-syphilis peuvent, d'ailleurs, être tardives (A. Fournier). Si le malade n'est pas suivi assez longtemps, elles risquent d'échapper. On déclare alors, non sans vraisemblance, que la syphilis n'est pas en cause, alors qu'en réalité, elle était responsable et de l'épilepsie et des troubles ultérieurs.

Arguments d'ordre *anatomique*. Ils sont très peu nombreux. On connaît pourtant quelques cas où, à l'autopsie de sujets ayant longtemps souffert d'épilepsie essentielle, puis ayant fait, souvent beaucoup plus tard, divers accidents nerveux : hémiplégie, strabisme, inégalité pupillaire, troubles délirants ou démentiels, etc., on a trouvé d'authentiques lésions de syphilis cérébrale. Dira-t-on que, dans ces cas, le tréponème était responsable des derniers phénomènes morbides, mais non de l'épilepsie?

Arguments d'ordre *biologique*. Voici un jeune sujet atteint d'épilepsie essentielle. La réaction de Wassermann est nettement positive chez lui; positive encore chez l'un ou l'autre, ou chez l'un et l'autre de ses parents; positive enfin chez ses frères ou sœurs (Fraser et Watson). N'est-on pas autorisé, surtout si la naissance du petit malade a été normale, s'il n'a pas eu de maladie infectieuse telle que scarlatine, coqueluche, etc., à incriminer l'hérédo-syphilis?

Arguments d'ordre *thérapeutique*. La littérature fait fréquemment mention d'épilepsies guéries par le traitement spécifique. Oh, sans doute, on peut dire que le traitement arsenical agit en déterminant des chocs, des modifications humorales (Tinel). Mais, à supposer cette interprétation juste, n'est-il pas évident qu'elle ne convient pas à ceux où l'épilepsie essentielle a guéri à la suite d'un simple traitement ioduré, mercuriel, ou encore iodo-mercuriel?

***

ARGUMENTS DE CEUX QUI DÉNIENT A L'HÉRÉDO-SYPHILIS TOUTE INFLUENCE SUR LA PRODUCTION DE L'ÉPILEPSIE ESSENTIELLE. — Ils ont été formulés par l'une des plus grandes autorités neurologiques de notre époque, par le professeur P. Marie (1). Pour lui, la syphilis héréditaire ne joue qu'un rôle négligeable dans le développement de l'épilepsie essentielle, et l'on a bien tort de la mettre en cause en invoquant l'existence soit d'andécédents spécifiques chez les parents, soit de stigmates dentaires chez les malades. Oserons-nous avancer, avec tout le respect dû à ce maître dont les découvertes ont tant de fois enrichi le domaine de la science, que son habile argumentation ne nous convainc pas entièrement? En effet :

1° Comme nous l'avons déjà dit, impossible de rejeter du débat les observations concernant des sujets atteints d'épilepsie essentielle dans les antécédents héréditaires desquels on trouve une syphilis manifeste. Si l'on ne découvre aucune autre cause, obstétricale ou infectieuse, pourquoi ne pas admettre que la syphilis est en jeu? Pourquoi lui refuser ici ce qu'on lui accorde ailleurs lorsqu'en vertu de la *loi de coïncidence*, on lui attribue tabes et paralysie générale? Pourquoi raisonner différemment selon qu'il s'agit de syphilis acquise ou héréditaire? Et comment, d'ailleurs, prouver que, dans ces cas, concernant des descendants de syphilitiques devenus épileptiques sans que l'on puisse incriminer une autre cause : asphyxie congénitale, infection grave, etc., comment prouver que le tréponème n'intervient pas?

2° On pourrait épiloguer sans fin sur la valeur des lésions dentaires attribuable à l'hérédo-syphilis. Si certains auteurs ont commis des exagérations manifestes en lui rattachant toutes les lésions dentaires de l'enfance, il n'en reste pas moins que les dents d'Hutchinson et de Mozer, les stries transversales de l'émail, peuvent être considérées comme typiques. et que nous les avons, dans nos cas, observées assez souvent chez des sujets manifestement hérédo-syphilitiques.

En réalité, d'autres objections pourraient être adressées à la théorie soutenue par le professeur Fournier et par ceux qui se sont rangés à ses côtés.

1° Si l'épilepsie est liée à une hérédo-syphilis nerveuse, pourquoi le liquide céphalo-rachidien est-il habituellement normal? pourquoi n'est-il presque jamais le siège d'une réaction de fixation franchement positive? On peut, assurément, dire que les lésions n'intéressent pas les espaces sous-arachnoïdiens, qu'elles sont discrètes, qu'elles sont fixées. Médiocre réponse, et qui montre que, malgré tout, le mystère qui recouvre les origines de l'épilepsie n'est pas près de se dissiper!

2° Pourquoi, somme toute, les « stigmates » sont-ils si rares chez les épileptiques? Il est vrai que les manifestations syphilitiques sont exceptionnelles chez les tabétiques et chez les paralytiques généraux.

3° Pourquoi, dans les antécédents des épileptiques trouve-t-on souvent, non seulement l'hérédo-syphilis mais encore d'autres causes : traumatismes craniens, infections, intoxications, dont surtout l'alcoolisme (Marchand et Bauer)? Objection juste, mais à laquelle il n'est pas impossible de répondre.

(1) P. MARIE, *Travaux et mémoires*, Paris 1926, in-8°, t. II, p. 218.

a. Elle ne s'applique pas aux cas, somme toute assez nombreux, où on ne retrouve, à l'origine de l'épilepsie, d'autres antécédents que l'hérédo-syphilis;

b. Pour ceux auxquels elle s'applique, pourquoi ne pas admettre que ces différentes causes : toxiques, mécaniques, infectieuses, n'ont agi que parce que le cerveau était sensibilisé, fragilisé par l'hérédo-syphilis? A celles-là, le rôle occasionnel, déterminant, à celle-ci, le rôle prédisposant! Et qu'on ne croie pas qu'il s'agit d'une vue de l'esprit! Dans notre statistique personnelle, nous relevons beaucoup de cas où, à un examen sommaire, on aurait mis en cause les seuls traumatismes obstétricaux. A une étude plus fouillée, nous découvrions, chez la mère, des signes manifestes de syphilis acquise; chez l'enfant, d'indiscutables stigmates d'hérédo-syphilis ; chez l'un comme chez l'autre, des réactions sérologiques franchement positives. Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls à avoir observé des faits de ce genre. Althaus attribue à la seule hérédo-syphilis le développement de certaines hémiplégies infantiles survenues à la suite d'une infection telle que coqueluche, rougeole. Le professeur Chauffard et d'autres auteurs ont rapporté des faits, rassemblés dans la thèse de notre élève Vernant, où la neuro-syphilis ne s'est déclanchée qu'à l'occasion d'un traumatisme.

4° Pourquoi, dans nombre de cas typiques, l'inefficacité du traitement spécifique? Mais agit-il beaucoup mieux dans le tabes ou dans la paralysie générale, affections indiscutablement liées au tréponème?

* * *

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — Tout bien posé, la théorie qui établit des relations de causalité entre épilepsie essentielle, d'une part, hérédo-syphilis, de l'autre, se fonde sur assez d'arguments, et sur des arguments d'assez grande valeur, pour être conservée. A une condition : c'est qu'on ne lui demande pas de s'appliquer à tous les cas! Beaucoup d'épilepsies essentielles relèvent de l'asphyxie à la naissance, d'infections ou d'intoxications du jeune âge, comme l'a définitivement prouvé le professeur P. Marie. Ces faits mis à part, il en reste encore un certain nombre qu'il convient de rattacher à l'hérédo-syphilis. Rien que pour nos cas personnels, et après avoir pris soin d'éliminer ceux où le rôle de la syphilis peut être discuté comme ceux où il s'agit d'épilepsie symptomatique, nous en trouvons 19 attribuables à l'hérédo-syphilis, sur les 120 cas que comporte notre statistique. Si cela ne fait pas du 100 p. 100, cela fait près de 16 p. 100. Chiffre non négligeable, et que, peut-être, viendront encore accroître de nouvelles statistiques tenant compte de toutes les données nécessaires, étiologiques, sérologiques, cliniques, et dans lesquelles les malades auront été suivis tout le temps suffisant!

BIBLIOGRAPHIE PERSONNELLE. — V. HUTINEL et L. BABONNEIX. Art. Epilepsie, in *Les Maladies des enfants*, in-8°, Paris 1909, t. V, p. 844. — BABONNEIX. Trois nouveaux cas d'encéphalopathies essentielles liées à l'hérédo-syphilis, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 25 avril 1917, nos 13-14, 3 mai 1917, p. 593-595. — BABONNEIX et DAVID. Trois cas d'épilepsie « essentielle » liée à l'hérédo-syphilis, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juillet 1917, 14e cahier, art. 25.444, p. 561-563; — Epilepsie essentielle et hérédo-syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 10 avril 1919, n° 19, p. 293-297. — HUTINEL et BABONNEIX. Conception actuelle des encéphalopathies infantiles, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1919, 19e cahier, art. 20.189, p. 721-730. — BABONNEIX. Hérédo-syphilis nerveuse, *Gaz. des hôpit.*, 1, et 13 nov. 1924, n° 91. — E. TERRIEN et L. BABONNEIX. Un nouveau cas d'épilepsie « essentielle » liée à l'hérédo-syphilis, *Gaz. des hôpit.*, mai 1926. — BABONNEIX. Hérédo-syphilis et épilepsie, *Monde méd.*, 1er juillet 1926, n° 689; — Manifestations tardives de l'hérédo-syphilis nerveuse, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 août 1927, 15e cahier, art. 28.833, p. 533-546. — Voir aussi la thèse suivante inspirée par nous : L. BREYNAERT. Contribution à l'étude du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle, *Th. de Paris*, 1918-1919.

PROLAPSUS RECTAL PAR INVAGINATION

CHEZ UN ENFANT

RÉCIDIVE APRES CERCLAGE DE L'ANUS

COLOPEXIE. GUÉRISON

Par M. CHASTENET DE GÉRY,

Chirurgien de l'Hospice Paul Brousse.

On sait que le prolapsus rectal de l'enfant est presque toujours du type muqueux. C'est alors une affection bénigne qui guérit souvent sans aucun traitement opératoire, par la simple observation de quelques règles d'hygiène. Le prolapsus complet et l'invagination recto-rectale sont exceptionnels dans le jeune âge. Ils diffèrent totalement de la forme précédente non seulement par leur aspect clinique mais aussi par leur gravité, par la thérapeutique qui doit leur être appliquée et probablement aussi par le mécanisme de leur développement. Le fait assez rare que je relate ici est instructif à cet égard.

Le jeune M. A..., âgé de quinze ans, vient, amené par son père, me consulter en avril 1927, pour un prolapsus rectal dont voici l'histoire :

La maladie a débuté entre deux et trois ans. L'enfant a subi, à trois ans, aux Enfants-Malades, un cerclage de l'anus par fil métallique. Il est resté guéri et a gardé son fil jusqu'à l'âge de onze ans. A ce moment le prolapsus s'est reproduit. Sans doute le fil s'était-il rompu. Le petit malade a été ramené à l'hôpital où l'on s'est borné à enlever le fil de cerclage sans faire aucun autre traitement. La procidence du rectum légère d'abord s'est peu à peu accentuée au point de devenir très gênante. La constipation est notable. Il n'y a de selles spontanées que tous les deux ou trois jours. Le bol fécal volumineux sort difficilement en déterminant quelquefois de petites hémorragies.

Au moment où j'examine le malade, l'anus fermé est tout à fait normal. Le sphincter et les autres muscles périnéaux paraissent avoir conservé leur tonicité. Le prolapsus n'apparaît qu'au moment des efforts de défécation. C'est un cylindre assez régulier, présentant quelques plis transversaux, long de

3 bons centimètres, circonscrit de tous côtés par un sillon profond de 5 à 6 centimètres et qui se réduit facilement quand l'enfant cesse de pousser. Il s'agit donc d'une invagination procidente, la partie basse du rectum gardant une situation et des connexions normales.

Le 2 mai 1927, je pratique une colopexie en usant de la technique suivante.

Sous anesthésie à l'éther, incision abdominale gauche longue de 8 centimètres, parallèle à l'arcade crurale et à un doigt au-dessus d'elle, commençant au bord externe du grand droit pour se terminer un peu au-dessus de l'épine iliaque. Tous les plans étant divisés dans le même sens, le péritoine ouvert, je découvre presque immédiatement le côlon. Il est d'une longueur anormale et j'en attire environ 40 centimètres avant de sentir une résistance à la traction sur le bout inférieur. D'autre part il est muni sur toute sa longueur d'un large meso qui lui laisse une grande mobilité.

Malheureusement malgré mes prescriptions, le malade a été mal préparé et le côlon est si plein de matières que je suis tenté un moment de renoncer à la colopexie. Mais patiemment, par expression de haut en bas, j'arrive à faire progresser les matières vers le rectum et à vider en grande partie l'anse colique.

Attirant alors la partie basse de cette anse qui se trouve ainsi tendue entre la fosse iliaque et le rectum, je passe à travers sa paroi sept ou huit catguts non perforants qui prennent transversalement la bande antérieure et un peu de paroi de chaque côté de celle-ci. Puis les catguts sont conduits à travers les deux lèvres séro-musculaires de l'ouverture pariétale. On constate alors, en tirant sur les fils avant de les nouer, que le côlon se trouve logé et fixé dans l'angle de la fosse iliaque et de la paroi abdominale antérieure. Les fils de la colopexie sont noués. Quelques points complémentaires parfont le rapprochement des muscles pariétaux. Crins et agrafes sur la peau.

Les suites opératoires furent très simples. Comme je savais le rectum bourré de matières, je fis donner un lavement de 100 centimètres cubes d'huile d'olive dès le soir du deuxième jour. Une selle spontanée très abondante et émise sans effort eut lieu le lendemain. Puis afin d'assurer l'évacuation régulière et facile de l'intestin, un petit lavement de 50 centimètres cubes d'huile fut administré chaque soir.

La plaie pariétale était complètement cicatrisée le huitième jour. L'enfant quitta l'hôpital guéri le 27 mai, c'est-à-dire le quinzième jour.

Je l'ai revu le 17 février 1928 en très bon état. Le prolapsus ne s'est jamais reproduit. La constipation a disparu. La cicatrice pariétale est solide, sans nulle trace d'éventration. La guérison semble bien définitive.

Sans vouloir donner trop de portée à un cas isolé, je crois qu'on peut dégager de celui-là divers enseignements.

Mais tout d'abord, un point de l'histoire du malade doit être discuté. Qu'était exactement le premier prolapsus survenu avant l'âge de trois ans? Quoique cela ne puisse être démontré, il est infiniment probable qu'il était déjà l'invagination procidente que j'ai observée et non pas un simple retournement de la muqueuse. On concevrait difficilement que le même sujet ait eu, à quelques années d'intervalle, deux formes aussi dissemblables de la même infirmité.

Il faut donc admettre que la lésion a été maintenue dans les limites du rectum aussi longtemps que le cerclage a tenu et que, n'ayant jamais cessé d'exister, elle est redevenue apparente quand le cerclage a manqué.

En somme, le cerclage, opération simple et facile et par cela même particulièrement tentante chez l'enfant, n'est qu'un moyen de contention. Comme tel il est capable d'aider le prolapsus muqueux à suivre son évolution naturelle vers la guérison mais il ne saurait agir efficacement sur un rectum dont toute la paroi s'est éversée.

Cette critique de l'opération de Thiersch n'est pas nouvelle. Il y a longtemps que Lenormant, dans sa thèse sur le prolapsus du rectum, a montré tous les aléas du cerclage, en s'appuyant sur les nombreuses observations déjà publiées à cette époque. Mais il n'est peut-être pas inutile, à propos d'un fait précis comme celui qui nous occupe, de revenir sur cette question. Chez l'enfant, le prolapsus muqueux est d'une telle fréquence par rapport aux autres formes qu'il les fait oublier. Et pratiquement, on n'envisage pas d'autre traitement pour un prolapsus qui ne guérit pas par les petits moyens habituels, que le cerclage de Thiersch. Cette simplification est au moins excessive et on ne saurait s'étonner des mécomptes qu'elle est susceptible de causer.

Dans le cas de l'invagination procidente à laquelle j'ai eu affaire, la musculature anale et périnéale étant restée saine, j'ai pensé que la méthode de traitement la mieux adaptée aux conditions anatomiques de la lésion était la colopexie. L'excellent résultat obtenu et vérifié au bout de dix mois donne sans doute raison à ce choix.

Mais la colopexie avait peut-être encore ici une autre indication dont je n'ai pu me rendre compte qu'au cours de l'opération et qui était la longueur anormale de l'anse ilio-pelvienne et la laxité de son méso. J'ai cherché dans de nombreuses observations de prolapsus traités par la colopexie si pareille remarque avait été faite. Beaucoup d'observations sont muettes sur ce point, soit qu'il n'y ait rien eu à noter, soit que cette disposition du côlon n'ait pas frappé le chirurgien. Cependant plusieurs d'entre elles signalent l'anomalie colique. Deux observations de Von Eiselsberg sont particulièrement intéressantes à ce point de vue. L'anse colique était dans les deux cas si longue et si mobile que, craignant un volvulus après la colopexie, l'opérateur se crut obligé de faire préalablement une résection intestinale étendue.

Je n'ai pas l'intention de remettre sur le tapis la pathogénie controversée et probablement variable du prolapsus rectal. Mais je me demande si la particularité colique dont il s'agit n'a pas une part importante dans le mécanisme causal de certains prolapsus, particulièrement dans celui des invaginations procidentes.

Cette hypothèse n'a pas qu'un intérêt théorique. Si elle est juste, la colopexie devient pour les prolapsus rectaux que j'envisage l'opération la plus logique ou du moins un élément nécessaire du traitement chirurgical. Et comme les caractères anatomiques du côlon peuvent être déterminés par la radiographie, on en arrive à penser que l'examen d'un prolapsus vrai du rectum devrait, toutes les fois que cela est possible, comporter une radiographie de l'anse ilio-pelvienne.

L' « ÉPAULE HAUTE » CONGÉNITALE

OU FORME LÉGÈRE DE LA SURÉLÉVATION CONGÉNITALE DE L'OMOPLATE

Par M. LANCE,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

A côté de la forme grave de la surélévation congénitale de l'omoplate, anomalie rare, souvent complexe, bien connue, longuement décrite, et sur laquelle nous ne voulons pas revenir, il existe une forme légère, très fréquente, qui passe le plus souvent inaperçue parce qu'elle n'est pas connue. C'est sur elle que nous désirons attirer l'attention.

*
* *

Il ne se passe guère de semaine sans que nous ayons l'occasion de rencontrer soit à la consultation d'orthopédie des Enfants-Malades, soit dans notre clientèle, un de ces cas. Si bien que depuis tantôt sept ou huit ans que nous savons les rechercher, nous pourrions en réunir près de 200 observations. C'est donc une chose banale.

Voici comment elle se présente :

On nous amène un enfant, une fillette le plus souvent, parce que les parents ou le médecin de l'école ont remarqué qu'elle avait une omoplate plus haute que l'autre. On lui a fait faire de la gymnastique pour la redresser, et cela n'a rien donné.

La première pensée qui vient à l'esprit c'est qu'il s'agit d'un cas de scoliose avec gibbosité costale soulevant une omoplate.

L'enfant déshabillée, on regarde le dos et on constate qu'il y a bien une omoplate dont la pointe est à la septième ou sixième apophyse épineuse, au lieu de la huitième, à 2, 3 centimètres plus haut que l'autre côté. Mais il n'y a pas de scoliose, pas de gibbosité. En flexion du dos, bras croisés, pour bien dégager les côtes, le rachis est rectiligne, les deux moitiés du dos bien symétriques. Si on veut avoir la clef du mystère, il faut penser à faire retourner l'enfant et le regarder attentivement de face. Alors la déformation saute aux yeux. Le moignon de l'épaule est nettement surélevé. La clavicule au lieu d'être horizontale, comme du côté normal, est ascendante, son extrémité externe est à 2, 3, 4 centimètres au-dessus de l'extrémité sternale. Ceci est surtout frappant si, comme nous avons coutume de le faire on trace au crayon dermographique le contour des deux clavicules, et qu'on place le long de la clavicule saine une longue règle.

Mensurons maintenant avec soin la longueur des deux clavicules. Du côté interne l'interligne est facile à marquer. Du côté externe, chez les enfants gras, c'est plus délicat. Il faut du bout de l'ongle chercher et marquer l'interligne acromio-claviculaire. Mesurons ensuite avec une règle plate. Dans tous les cas on trouve une différence de longueur variant de 5 à 10, 12 millimètres. La clavicule du côté de l'épaule surélevée est plus courte.

Nous sommes en face d'une surélévation de la ceinture scapulaire par aplasie congénitale de la clavicule.

*
* *

Le docteur Georges Huc dans le travail, capital sur la question, qu'il a consacré à l'adaptation de la ceinture scapulaire au thorax (thèse Paris 1924) a amplement démontré que la position haute ou basse du moignon de l'épaule dépendait du rapport entre la dimension de l'aire formée par l'omoplate et la clavicule, et que cette dimension était réglée par la longueur de la clavicule. L'omoplate et la clavicule, solidement fixés ensemble à leur extrémité externe, forment une pince qui coiffe le sommet du thorax. Mais tandis que l'omoplate, reliée seulement au thorax par des muscles, reste libre, la clavicule, solidement amarrée au sternum, règle les mouvements de l'ensemble. Si la pince est assez large, elle descend en bonne place, le chapeau est assez grand pour couvrir la tête.

Si un arrêt de développement de la pince se produit, trois cas peuvent se présenter : ou l'omoplate seule est plus petite, ou c'est la clavicule, ou tout le système a été frappé.

D'où trois types différents :



Fig. 1 (extraite de la thèse du docteur G. Huc). — *Aplasie scapulaire sans surélévation de l'épaule; clavicules égales; hémiatrophie de toute la moitié gauche du corps.*

1° Aplasie scapulaire isolée. — C'est une rareté. Elle existe cependant. Nous en avons observé trois cas. Ici lorsqu'on examine l'enfant de dos, on note que les deux pointes des omoplates ne sont pas au même niveau. Cependant, les angles spinaux sont à la même hauteur, les moignons des épaules aussi, en avant comme en arrière, les clavicules bien horizontales et de longueur égale. L'omoplate est plus petite que sa congénère, mais comme il n'y a pas eu aplasie claviculaire, la pince était assez large pour coiffer le thorax et l'omoplate s'est placée à la hauteur normale.

Il y a inégalité de longueur des omoplates sans surélévation de la ceinture scapulaire.

2° Aplasie claviculaire isolée. — Elle existe cer-

tainement mais elle est rare et de démonstration difficile.

Elle est rare car dans l'immense majorité des cas avec l'aplasie claviculaire on trouve une omoplate un peu plus courte à la mensuration.

Elle est d'une démonstration difficile. Voici pourquoi. Toutes les fois que la clavicule est plus courte, la pince omo-claviculaire devient trop étroite, le chapeau ne peut plus s'enfoncer sur le thorax. Il reste perché trop haut, et bien rarement il reste droit, il chavire sur le côté. L'omoplate bien souvent bascule en dehors, tend à devenir horizontale; elle bascule en avant aussi sa pointe inférieure se décollant du tronc; en même temps elle s'écarte un peu de la ligne médiane. Ces modifications d'orientation rendent la mensuration de cet os arrondi, enrobé dans des muscles, a peu près impossible à quelques millimètres près. L'omoplate « paraît » alors toujours plus petite et il est bien difficile de dire si c'est une apparence ou une réalité.

On ne peut donc distinguer l'aplasie claviculaire isolée de l'aplasie totale de la ceinture scapulaire, pratiquement leur description se confond.

3° Aplasie totale de la ceinture scapulaire. — C'est donc la forme ordinaire. Celle que nous avons donnée comme type de l'épaule congénitalement haute.

Elle est plus fréquente chez la fille que chez le garçon, dans la proportion de 65 p. 100 dans nos observations. Mais peut-être n'est-ce là qu'une apparence due à ce qu'on a à examiner plus de dos de filles que de garçons du fait de la plus grande fréquence des déviations du rachis chez elles, et aussi de la plus grande surveillance exercée sur les filles par les mères.

La déformation, comme toutes les anomalies congénitales est plus fréquente à gauche qu'à droite, ici dans la proportion de 70 p. 100. L'ascension du moignon de l'épaule entraîne un certain nombre de modifications.

Nous avons déjà signalé la bascule de l'omoplate. Elle n'est pas absolument constante dans les formes légères.

L'obliquité de la clavicule entraîne à la longue une saillie exagérée de l'extrémité interne de la clavicule, par subluxtaion en haut dans l'articulation sterno-claviculaire.

La position haute de l'épaule entraîne dans environ 1/3 des cas une déviation du rachis à convexité du côté surélevé. C'est une incurvation purement d'équilibre. Elle disparaît en flexion du tronc, ne s'accompagne pas de rotation vertébrale, de gibbosité. Elle guérit rapidement par la gymnastique alors que la position de l'épaule persiste.

Nous avons fait radiographier le rachis de presque tous nos malades. C'est tout à fait exceptionnellement qu'on trouve des anomalies rachidiennes (nous n'en notons que deux observations dans ces formes de surélévation légère) et la situation de ces anomalies n'avait, étant donné son siège, aucun rapport avec l'aplasie de la ceinture scapulaire. Il y avait donc simple coexistence des deux anomalies.

L'arrêt de développement ne porte pas seulement sur le squelette de la ceinture scapulaire comme y insiste à juste titre le professeur Ombrédanne, les aplasies sont *régionales* et frappent tous les éléments de la région. La difformité qui nous occupe n'échappe pas à cette règle.

Le sein de ce côté est le plus souvent atrophié chez les fillettes, le mamelon plus élevé. Les pectoraux sont plus grêles, parfois une partie des faisceaux claviculaires peut manquer. Très souvent, la figure est asymétrique, plus petite du côté aplasié, la fente palpébrale souvent plus petite. Nous avons noté chez deux malades une tension anormale des sterno-cléido-mastoïdiens dans les mouvements extrêmes du cou, très léger degré de torticolis du même côté.



Fig. 2 (extraite de la thèse du docteur G. Huc). — *Aplasie totale de la ceinture scapulaire; épaule plus haute; clavicule plus courte.*

Dans beaucoup de cas, le membre supérieur homologue est un peu plus court dans sa totalité ou seulement dans son segment distal (main plus petite).

Enfin, chez trois malades nous avons vu l'anomalie coïncider avec l'aplasie du tronc et du membre inférieur faisant partie d'une hémi-atrophie de tout le corps.

*
* *

Quand on connaît l'existence du syndrome, son diagnostic s'impose.

Il est facile de distinguer l'épaule congénitalement haute à l'élévation acquise.

En dehors des anciennes fractures de la clavicule vicieusement consolidées, faciles à reconnaître, il s'agit surtout de contractures musculaires. Elles sont visibles.

De plus, dans l'élévation congénitale, si, se mettant de face, on tire vers le bas sur les bras en cherchant à abaisser les deux moignons de l'épaule, il est impossible de les amener au même niveau. On sent que l'obstacle à l'abaissement, obstacle osseux, est invincible. Il n'en est pas de même dans le cas de contracture.

*
* *

Ces formes légères de la surélévation congénitale de l'épaule passent naturellement inaperçues à la naissance et dans la première enfance. On nous les signale exceptionnellement au cours de la deuxième enfance. C'est presque toujours au début de l'adolescence (dix à treize ans) qu'on nous présente ces enfants. Il y a ceci deux raisons. La première est que, comme dans toutes les aplasies, la croissance exagère l'arrêt de développement. La deuxième, que c'est l'âge des postures vicieuses et déviations du dos, l'âge où l'on a à examiner le dos des fillettes.

*
* *

Quelle est l'évolution de cette difformité? Alors que dans les formes graves de la surélévation congénitale de l'omoplate on voit la difformité s'exagérer pendant toute la période de croissance.

Ici, il ne semble pas en être de même. Nous suivons des malades depuis plusieurs années. Une fois la grande poussée de croissance de la puberté passée, le processus s'arrête. La difformité ne change pas. L'ascension se limite à une différence de hauteur des angles inférieurs des omoplates qui reste autour de 2 à 3 centimètres pour une aplasie claviculaire de 10 à 12 millimètres. Jamais nous n'avons observé de régression. Il ne s'agit donc pas d'un simple trouble passager de croissance, mais bien d'un arrêt réel de développement.

*
* *

Y a-t-il un traitement possible de ces épaules hautes?

Curatif non. Le traitement chirurgical applicable aux formes graves de la surélévation n'est pas ici de mise.

La gymnastique ne peut évidemment pas allonger une clavicule trop courte.

Il faut bien faire comprendre aux parents la nature de l'affection. Elle est au-dessus des ressources de l'art, et il faut prendre son parti d'une petite malformation n'ayant qu'une médiocre importance esthétique.

Cependant il sera utile de faire faire à ces enfants une gymnastique active du rachis et des muscles scapulaires. En premier lieu, s'ils présentent une légère scoliose d'attitude, conséquence de l'épaule haute, elle sera rapidement corrigée. En deuxième lieu, même en l'absence de toute déviation rachichienne actuelle, l'attitude asymétrique des épaules crée une prédisposition, pendant la période de croissance de l'enfant à l'éclosion d'une scoliose. La gymnastique bien conduite le mettra à l'abri de cette complication. Enfin, en dernier lieu, la famille comprendrait souvent mal l'absence de toute thérapeutique.

*
* *

Nous avons cru utile d'appeler l'attention sur ce syndrome qu'on rencontre fréquemment si on sait le chercher et dont la découverte, on le voit, n'est pas sans intérêt pratique.

LES LIGATURES DIFFICILES [1]

Par H. BILLET,

Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE

EN DEHORS DES SCALÈNES

L'artère est dans l'angle formé par le muscle scalène antérieur et la première côte. — Cette simple phrase de Hodgson reproduite deux fois par Farabeuf, doit rester toujours présente à l'esprit de celui qui entreprend la ligature de la sous-clavière. Elle contient l'essentiel de ce qu'il faut pour trouver le vaisseau. *Tout le reste n'est que détail ou hors-d'œuvre.*

Pour découvrir l'artère, il suffira donc de rechercher le tendon du scalène antérieur, puis la première côte : l'élément anatomique qui passe entre les deux c'est, et ce ne peut être que l'artère sous-clavière.

Le muscle scalène antérieur est facile à trouver. Dès qu'on a effondré l'aponévrose cervicale moyenne, il apparaît à la vue, reconnaissable à sa forme légèrement aplatie et à sa structure, formé qu'il est de fibres musculaires entremêlées de fibres tendineuses

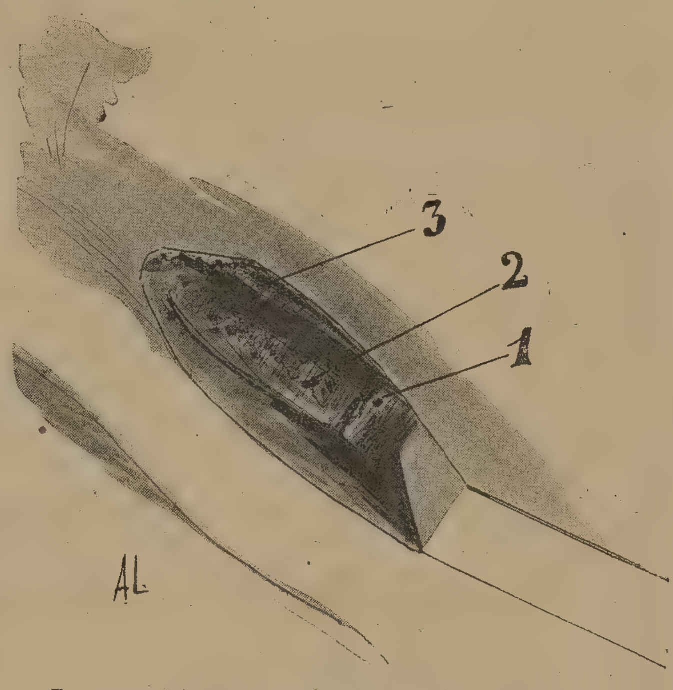


FIG. 1. — *Découverte et dégagement du muscle scalène antérieur.*

1. Muscle scalène antérieur. (Il « bouche » l'angle interne de la plaie opératoire.) — 2. Aponévrose cervicale moyenne et tissu cellulo-graisseux du creux sus-claviculaire. — 3. Omo-hyoïdien.

nacrées. Rien n'est plus aisé que de dégager son bord externe à la sonde cannelée et de suivre celui-ci jusqu'à son insertion sur la première côte. Cette dernière est perçue par la sonde cannelée; elle est très profonde. Sur le cadavre, elle n'est pas à moins de 5 et même 6 centimères de la surface cutanée. Il est parfaitement inutile d'introduire le doigt dans la

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.); — n° 80, p. 1386 : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (avec 3 fig.).

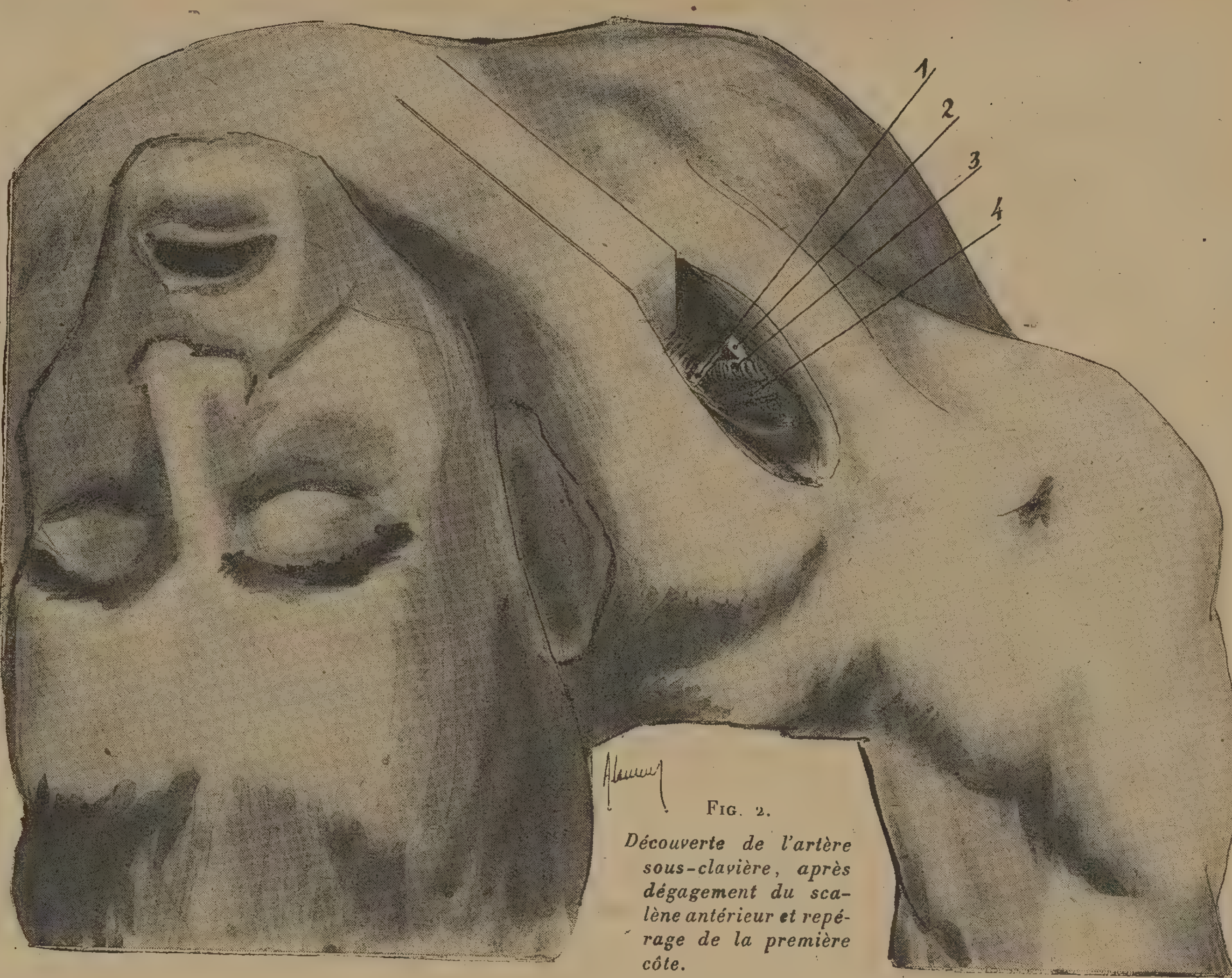


FIG. 2.

Découverte de l'artère sous-clavière, après dégagement du scalène antérieur et repérage de la première côte.

L'artère est exactement dans l'angle formé par le muscle et par la côte. Les nerfs du plexus brachial doivent rester dans leur gaine celluleuse et ne pas être découverts. (Le dessin a été pris par en haut.)

plaie pour la découvrir ou pour rechercher un tubercule de Lisfranc, souvent inexistant.

Et quand on a découvert et repéré ces deux éléments fondamentaux, le scalène et la première côte, il n'y a plus, je le répète, qu'à saisir ce qui passe entre les deux et *à leur contact*.

Je ne comprends pas que certains auteurs aient cherché à compliquer cette ligature en mettant en garde les opérateurs contre des obstacles qui n'existent pas en réalité. Les veines ne sont qu'un obstacle accessoire, qui cesse d'être gênant, dès qu'on a incisé l'aponévrose cervicale moyenne, parce que, adhérentes à cette aponévrose, elles se réclinent avec elle; on ne doit jamais voir en particulier la veine sous-clavière au cours de cette ligature. Quant aux nerfs du plexius brachial, on ne doit pas davantage les voir, si l'on a bien dans l'esprit ce que j'ai dit précédemment de la situation exacte de l'artère. Le plexus doit rester renfermé dans sa gaine celluleuse, qui est parfois tellement épaisse qu'on ne peut distinguer au travers la forme des troncs qu'elle recouvre. Ceux-là seulement qui cherchent l'artère à tâtons, soit en allant de haut en bas, soit en saccageant à coups de sonde cannelée la graisse du creux sus-claviculaire, risqueront de commettre la faute impardonnable de lier un tronc nerveux au lieu de lier l'artère.

Voici comment devra être conduite l'opération :

1° *Mise en place du sujet.* — Il est très important que le creux sus-claviculaire soit tendu et développé au maximum. A cet effet, on glissera un billot

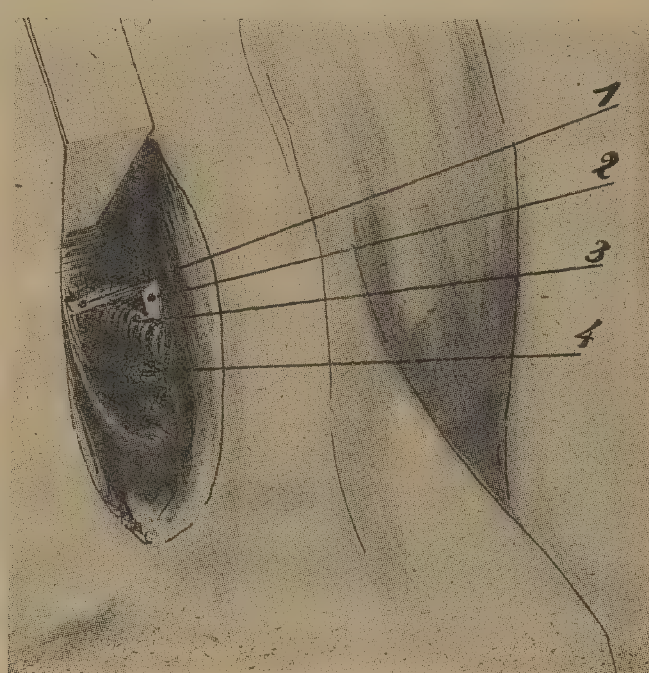


FIG. 3. — *Détail de la plaie opératoire de la figure 2.*

1. Muscle scalène antérieur. — 2. Première côte. — 3. Artère sous-clavière. — 4. Le plexus brachial.

sous la racine du cou, de manière que l'épaule se mette en porte-à-faux et que le bras tombe le long de la table d'opération (fig. 2).

2° *Incision des téguments et des plans superficiels.* — L'incision cutanée est l'incision classique, sus-jacente et parallèle à la clavicule, dont le milieu aura été, au préalable, très exactement repéré.

On sectionnera successivent : peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévroses cervicales, superficielle et moyenne. Le muscle homo-hyoïdien sera recliné en haut; un écarteur placé sur la lèvre inférieure de l'incision aponévrotique réclinera fortement *en dedans* ces plans superficiels. Inutile de placer un écarteur en bas, comme on le voit faire si souvent; la clavicule est en effet immobile; il n'est pas possible, même en y mettant de la force, de la récliner.

Par ailleurs, l'écarteur ne devra charger que les plans superficiels, de manière à découvrir, et non à masquer, le scalène antérieur.

3° *Découverte du scalène antérieur et de la première côte.* — Le scalène antérieur se trouve dans l'angle interne de la plaie « qu'il bouche » dans la profondeur (fig. 1). Reconnaissez-le, et avec la sonde cannelée, suivez son bord externe de haut en bas, jusqu'à son insertion sur la première côte; la sonde perçoit le contact osseux.

4° *Ligature.* — L'opérateur étant en possession de ces deux éléments capitaux, le scalène et la première côte, n'a qu'à saisir avec une pince l'artère qui s'insinue entre les deux.

LE TRAITEMENT DES PETITS INSOMNIAQUES ET DES PETITS ANXIEUX PAR L'ALLYLISOPROPYLACÉTYLCARBAMIDE

Par M. le docteur TIBI.

Né de la fatigue des organes, le sommeil est le réparateur par excellenee et l'homme ne pourrait résister à la privation de sommeil pas plus qu'à la privation d'aliments.

Dans le sommeil normal, la respiration se ralentit, devient régulière et profonde, le cœur diminue l'énergie et le nombre de ses battements, la température générale du corps s'abaisse.

Quelle est la cause organique du sommeil? De nombreuses théories chimiques, histologiques et physiologiques ont été émises pour expliquer le sommeil. En réalité, son mécanisme intime ne nous est pas encore totalement connu.

Aujourd'hui on attribue la fatigue nerveuse à l'accumulation dans la substance cellulaire de déchets de la nutrition, et notamment de lactates.

Dans une série d'expériences, le professeur Bouchard, partageant la journée en trois périodes (de 8 heures à 16 heures, de 16 heures à minuit et de minuit à 8 heures), a constaté que la toxicité des urines est moindre pendant la troisième période qui est celle du sommeil.

Ces faits apportent un puissant argument à l'hypothèse qui attribue le sommeil à une sorte d'intoxication des éléments nerveux.

Dans la grande majorité des psychoses, le sommeil est une des fonctions les plus constamment altérées. Lorsque le sommeil est diminué, on dit qu'il y a insomnie partielle, quand il est supprimé, on dit qu'il y a insomnie totale ou agrypnie.

L'insomnie est fréquente chez les déments; elle est normale, peut-on dire, chez le vieillard; elle est notée dans un grand nombre de cas de démence précoce; enfin, elle est constatée dans la paralysie générale, tout au moins à la période prodromique.

L'insomnie fait partie intégrante de la confusion mentale au début.

Chez le maniaque en grande agitation, chez les anxieux, l'insomnie est la règle; elle est logique; l'agité, le mélancolique non délirant ne sauraient dormir.

Enfin, l'insomnie peut compliquer toutes les obsessions; un phobique, un douteur sont suffisamment préoccupés pour ne point trouver le sommeil.

Les méfaits de l'insomnie peuvent être considérables; ce sont, dans l'ordre physique : la céphalée, la myasthénie, l'amaigrissement... et, dans l'ordre psychique, l'excitation ou la dépression, le découragement pouvant aller jusqu'aux idées de suicide.

Ainsi l'insomnie, symptôme banal, prend une importance capitale et peut être considérée comme une véritable maladie dans les psychoses.

Il est de première nécessité, en matière d'insomnie, d'en connaître la cause, et celle-ci une fois connue, d'instituer le traitement étiologique. C'est le cas de toutes les insomnies symptomatiques. Ainsi un insomniaque par cardiopathie peut guérir par la digitaline; l'insomnie de la période secondaire de la syphilis cède généralement au traitement spécifique.

Dans les insomnies secondaires à la douleur, l'opium et ses dérivés, morphine, héroïne et aussi l'allonal ont leurs applications, agissant contre la douleur et directement contre l'insomnie.

Dans l'insomnie des différentes psychoses, les bromures, le sédobrol, les valérianés, sont des adjuvants excellents; enfin, le laudanum à doses progressives est aussi un médicament excellent dans l'insomnie des anxieux.

Depuis quelques années, on a souvent recours aux hypnotiques synthétiques. De là cette floraison de spécialités qui qui sont en général excellentes, toutes réalisant des progrès certains sur leurs devancières.

Un nouveau sédatif hypnogène très intéressant par les résultats qu'il a donnés au cours d'une longue expérimentation clinique (1) est l'allylisopropylacétylcarbamide ou plus exactement le sédormid dont la formule est la suivante :

$$(C^3H^5)\ (C^3H^7) = CHCO - NHCO - NH_2.$$

Ce médicament n'est donc pas un barbiturique; son poids moléculaire est 184, il se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche, fondant à 194 degrés; peu soluble dans l'eau et très peu toxique, le sédormid est prescrit sous forme de comprimés contenant 0g25 de substance active. On peut l'administrer à la dose moyenne de 0g25 à 0g50; mais on peut, si cela est nécessaire, dépasser très largement cette dose.

A la suite de différentes expérimentations faites sur le chien, on a constaté que la dose toxique d'allylisopropylacétylcarbamide est 8 à 10 fois plus grande que la dose hypnotique.

De très nombreuses expérimentations physiologiques ont démontré que l'allylisopropylacétylcarbamide est surtout un sédatif doux, constant dans ses effets, absolument inoffensif et sans aucun effet nocif sur le cœur et sur le rein (2).

La destruction rapide de l'allylisopropylacétylcarbamide dans l'organisme est garante de l'absence d'effets cumulatifs.

L'expérimentation clinique a confirmé en tous points les résultats de l'expérimentation physiologique.

En effet, chez un grand nombre de malades traités par l'allylisopropylacétylcarbamide, on a constaté que ce médicament n'est pas toxique; il a toujours été parfaitement bien toléré. Le sédormid a été utilisé dans une série d'insomnies

(1) Docteur PERGET. *Th. de Paris*, 1928; — Docteur TIBI. *Th. de Lyon*, 1928.

de diverses origines, depuis l'insomnie de la démence sénile jusqu'aux insomnies tenaces des mélancolies, de l'anxiété, des excitations maniaques et de la paralysie générale.

Dans tous les cas, on a obtenu d'excellents résultats. Chez certains malades même on a noté des résultats remarquables : une malade atteinte de mélancolie anxieuse avec délire et insomnie rebelle depuis plusieurs mois a retrouvé le sommeil absolu après un traitement de trente jours au sédormid à la dose quotidienne de 0g25.

Une autre malade atteinte de délire de persécution très actif, ne dormant pas du tout, a pu retrouver le sommeil normal après ingestion quotidienne pendant quelques jours d'un à trois comprimés de sédormid.

En résumé, on a constaté un retour du sommeil normal chez tous les insomniaques traités par l'allylisopropylacétyl-carbamide, et on a pu conclure que cet hypnotique doux, bien toléré et présentant une maniabilité très grande, peut et doit rendre dans la pratique médicale de très précieux services, car il semble parfaitement réaliser le meilleur médicament des petits insomniaques et des petits anxieux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928

DOCTORAT D'ETAT. — 76. AÉBI. — Contribution à l'étude du cancer en Tunisie.

49. ANDRÉ. — Le ski dans l'armée.

45. ARTHENAC. — Contribution à l'étude de l'infection spirochétienne chez les tuberculeux pulmonaires.

34. AUDRAIN. — Revue générale sur l'anatomie macroscopique du sympathique abdominal.

87. BARLERIN. — Les hématuries du rein sain au cours de la tuberculose rénale unilatérale.

9. BERNIER. — Recherches bactériologiques sur les broncho-pneumonies.

48. BLACHIER. — Traitement radiothérapique des tumeurs osseuses.

90. BOUILLOUD. — Contribution au traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson par le protochlorure de mercure léger et dissociable.

46. CADI. — Des manifestations respiratoires au cours de la lithiase biliaire et la cholécystite chronique non calculeuse.

23. CAMOREYT. — Prophylaxie des broncho-pneumonies.

19. CARAYON. — Etude anthropologique d'un décapité.

55. CHALENÇON. — Du sulfocarbonisme professionnel dans l'industrie de la soie artificielle.

82. CHARPENTIER. — Recherches sur le « syndrome du vent du Midi ».

6. CLUZEL. — Amibiase cutanée.

7. COLLIN. — Contribution à l'étude de la syphilis post-traumatique.

13. CONNES. — L'ophtalmie métastatique à pneumocoques.

50. CORRÉARD. — L'acrodynie.

32. DARRÉ. — Les troubles mentaux chez les parkinsoniens postencéphalitiques.

43. DASSONVILLE. — Contribution à l'étude de la bartholinite dans ses rapports avec l'état puerpéral.

17. DOUMENC. — Une maison maternelle due à l'initiative privée : l'asile de la Samaritaine à Lyon.

4. DUC. — Contribution à l'étude des pleurésies controlatérales avec épanchement survenant au cours du pneumothorax artificiel.

84. DUJARDIN. — Résultats éloignés de l'opération de Wertheim-Schauta dans le traitement des prolapsus génitaux.
37. DUPORT. — La névrite optique zostérienne.
22. DURAND. — Contribution à l'étude de l'hémo-lymphangiome de la langue.
77. FABRE. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre.
31. GAUTHIER. — Diphtérie et phlegmon de l'amygdale.
91. GIRAUD. — Etude sur la cholécystographie.
1. GIRARDIER (DE). — Contribution à l'étude du traitement sanglant des fractures diaphysaires fermées des deux os de la jambe chez l'adulte.
44. GIRAUD. — Contribution à l'étude de l'oxygénothérapie sous-cutanée dans la tuberculose.
54. GORCE. — Traitement des arthrites gonococciques par la gonacrine.
40. GOUJOU. — Contribution à l'étude des paralysies radiales immédiates compliquant les fractures fermées de la diaphyse humérale.
35. HUGUIER. — Les endocardites infectieuses dans la tuberculose pulmonaire.
51. HUMANN. — De l'épreuve rythmique d'effort.
80. JAMIN. — L'arthrodèse sous-astragalienne et médiotarsienne dans les formes graves du pied plat.
29. JULLIARD. — Rythme couplé digitalique et mort subite par fibrillation ventriculaire.
75. LABBY. — Du traitement chirurgical des ankyloses osseuses temporo-maxillaires par la résection articulaire.
10. LACAUX. — Contribution à l'étude de l'occlusion de la fontanelle à l'état normal et à l'état pathologique.
47. LADOS. — Contribution à l'étude du traitement du syndrome parkinsonien postencéphalitique par l'aminoxyde de scopolamine.
73. LANGÉNIEUX. — Propriétés physiologiques et thérapeutiques des sulfureux et des eaux minérales sulfureuses.
25. LAPEYRE. — Complications septiques après traumatisme opératoire du sinus latéral.
78. LARÈRE. — Le pneumothorax artificiel dans les suppurations non tuberculeuses du poumon.
72. LARRIVÉ. — Contribution à l'étude des confusions mentales récidivantes.
81. LEFÈVRE. — L'emploi de l'insuline dans la tuberculose pulmonaire.
62. LEROUDIER. — Documents pour l'étude fonctionnelle des cholécystostomies.
33. LESBROC. — La résistance de la moelle aux compressions par tumeur.
68. LOCHON. — Contribution à l'étude du chimisme gastrique, ses différentes techniques et sa valeur séméiologique.
3. LUCIEN. — Sur un cas de fibrome du membre supérieur à localisations multiples et successives.
26. MAITREROBERT. — Contribution à l'étude des abcès de la langue.
67. MANGENOT. — Sur l'existence d'une membrane morphologiquement différenciée à la surface du protoplasma.
14. MARCHETTI. — Polymorphisme clinique de la syphilis irienne.
15. MARMILLOT. — Le chlorome de l'orbite.
88. MAURE. — Traitement de l'ankylostomose.
24. MENUT. — Du traitement des adhérences tendineuses par la libération suivie d'injection de corps gras.
38. METTETAL. — Du syndrome syphilitique de l'apex orbitaire.
60. METZQUER. — Etude sur la forme hémorragique du cancer du gros intestin.
66. MOREL. — Le rein ectopique croisé concrescent ou non concrescent.
58. MORIN. — Sainte-Beuve, étudiant en médecine.
20. NAHON. — L'ostéosynthèse dans les fractures fermées des deux os de l'avant-bras.
5. NOAILLY. — Les maisons maternelles : la nourricerie départementale du Rhône.
21. NORMAND. — Les complications très tardives des traumatismes craniens.
86. NOVA. — Du pneumothorax artificiel bilatéral et simultané.
16. PAGÈS. — Contribution à l'étude de la leucocytothérapie : pyovaccins, pyothérapie aseptique.
12. PALÉOLOGUE. — Natalité et mortalité infantile dans les familles de tuberculeux des dispensaires de Lyon.
85. PARAMELLE. — De la ligamentopexie par autoligature des ligaments ronds dans le traitement de la rétroversion utérine.
56. PETIOT. — Les complications du pneumothorax artificiel.
36. PICARD. — Traitement des broncho-pneumonies infantiles par les vaccins et en particulier par le vaccin de Weill et Dufourt.
53. PILOT. — Le cancer primitif du poumon.
92. PLANES. — Contribution à l'étude de la forme gastrique du cancer du côlon transverse.
8. POULIN. — Contribution à l'étude des hématomes traumatiques de la cloison nasale.
2. POUYET. — Contribution à l'étude clinique du cancer pleuro-pulmonaire.
59. REBOUD. — Contribution à l'étude du traitement des anémies graves de la grossesse.
52. ROBERT. — La congestion gynécologique.
89. ROLLAND. — Les maisons maternelles : la Maison des mères de Gerland de la ville de Lyon.
70. ROLLIN. — Contribution à l'étude des sarcomatoses cutanées primitives en Tunisie.
63. ROY (Mlle). — Infections aiguës à type de méningites semblant se rapporter à l'encéphalite.
64. RUAS. — Les pleurésies purulentes du nourrisson.
41. SALAUN. — De l'alcoolisme en Basse-Bretagne.
71. SAUZET. — Contribution à l'étude de l'action pharmacodynamique des eaux minérales de la Bourboule.
30. SCHOEN (Mlle). — Les fixateurs du calcium chez l'enfant.
65. SENTIS. — Contribution à l'étude de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte.
42. SERBOURCE. — D'un traitement préventif de la constipation postopératoire au cours des interventions abdominales.
28. SOHIER. — L'association éther-glycéro-gaïacolique et extraits spléniques.
18. SOUBEYRAND. — Des ostéites nasocraniennes d'origine syphilitique et de leurs complications cérébrales.
39. SPÉTEBROOT. — Les paralysies bilatérales du nerf moteur oculaire externe consécutives à la rachi-anesthésie.
11. TANGUY. — Essai sur le rôle des infections associées dans la détermination de certaines formes cliniques de la tuberculose cutanée.
79. THIERS. — L'urémie convulsive.
74. TIBI. — Le traitement de l'insomnie des psychoses par l'allylisopropylaceturéide.
83. TILLIER (Mlle). — Contribution à l'étude des pyloroduodénites.
27. TRIPIER-DUBOURG. — De l'exophtalmie pulsatile avec altération de la selle turcique.
61. TROUILLER. — De l'extraction tardive à l'électro-aimant géant des éclats magnétiques intra-oculaires.
69. VALLERY. — Contribution à l'étude de la chalcose oculaire.
57. VINCENT. — Introduction à l'étude des spirochétoses respiratoires.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 273. BOGHITCHEVITCH. — Lutte contre les porteurs de germes et réglementation légale.

270. DESSOUKI. — La tuberculose irido-ciliaire chez les jeunes enfants.
279. FATHY. — Le traitement des hémorroïdes par la diathermie et la diathermo coagulation.
277. GAVRILOFF. — De l'emploi de l'aspirine comme antiseptique urinaire.
275. GRIGORAKIS. — Contribution à l'étude des teignes et de leurs parasites.
278. HALWANI. — La lutte contre la tuberculose et la syphilis en Syrie.
280. HUSSNY. — La prophylaxie de l'ankylostomose.
271. KILIDJIAN. — L'insulinothérapie en dehors du diabète et en particulier dans la tuberculose pulmonaire.
276. KRSTITCH. — L'irido-choroïdite plastique bilatérale consécutive à la méningite cérébro-spinale.
274. MIHAILOVITCH. — De la fistulisation cæcale temporaire dans le traitement des péricolites compliquées d'accidents occlusifs ou infectieux.
272. TSANTAS. — Traitement du rachitisme d'après les récentes recherches.

LIVRES NOUVEAUX

Les Arthrites gonococciques (1), par Henri MONDOR, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

C'est la première étude de cette ampleur sur une question dont l'importance sera certainement de plus en plus vérifiée.

(1) Un volume de 528 pages, avec 121 figures. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'auteur n'a pas seulement réuni ses recherches personnelles sur la bactériologie et la variété des lésions anatomiques, sur les ostéoarthrites gonococciques, sur les coxites si redoutables et si souvent méconnues, sur les résultats des traitements médicaux et chirurgicaux. Il a voulu que tous les éléments du problème clinique et toutes les difficultés de la thérapeutique fussent mis sous les yeux du praticien.

Ce livre a été écrit pour le chirurgien et surtout pour le médecin à qui revient le mérite du diagnostic fait à temps ou sur qui pèsent les terribles responsabilités d'une découverte retardée.

Les acquisitions récentes dues au laboratoire, à la radiologie, à de nouvelles hypothèses pathogéniques sont longuement passées en revue; mais les efforts de l'auteur vont surtout à prévenir les erreurs de diagnostic, à démasquer les cas obscurs, à inculquer la crainte de cette métastase blennorragique, à insister sur tous les moyens dont dispose et dont doit user le clinicien s'il veut épargner au malade les complications les plus lamentables très fréquemment observées; en particulier ces luxations pathologiques de la hanche dont d'éloquents exemples sont décrits et figurés et dont la littérature médicale était, jusqu'ici, restée trop ignorante.

Les arthrites des enfants et des puerpérales ne sont pas exceptionnelles : elles ont un grand intérêt; peut-être leur étude dans cet ouvrage engagera-t-elle à des recherches décisives sur certaines luxations dites congénitales et sur bien des pseudo-phlébites soignées à contre-sens.

La thérapeutique est le chapitre le plus étendu : tous les traitements ont leur technique décrite et leurs résultats jugés ou discutés. Une riche illustration, entièrement originale, fait voir et souligne bien les difficultés d'une cure parfaite dans

bien des cas dépistés à temps, et surtout les dangers du diagnostic tardif ou jamais fait.

Quand on songe au nombre d'infirmes, de malheureux qui le sont pour toujours parce que la lésion initiale fut mollement baptisée rhumatisme, ou fut crue bénigne, on comprend l'insistance avec laquelle l'auteur a cherché à éclairer ce rôle du gonocoque, énumérer ses terribles méfaits, leur fréquence et le soin qu'il a voulu prendre de rassembler, autour de ses nombreux documents personnels, ceux qu'une bibliographie, particulièrement copieuse, lui proposait. L. G.

Apologie de la biologie. [Collection des apologies] (1), par le professeur Ch. Richet, de l'Institut.

C'est la plus captivante, en même temps que la plus instructive initiation aux sciences biologiques, que vient d'écrire le professeur Charles Richet.

Chacun voudra lire ce petit volume traduisant la science empreinte de philosophie du Maître de la Physiologie française. Le médecin et l'artiste, le poète et le philosophe, l'homme politique et le laboureur, le chimiste et le physicien puiseront dans l'étude des sciences biologiques, comme le dit Charles Richet en manière de conclusion, les élémentaires connaissances à leurs pensées, à leur travail, à leur œuvre, à leurs réflexions, à leur bonheur.

Le propre d'ailleurs de la nouvelle collection « Apologies des sciences » dirigée par M. Gautrelet, qu'inaugure cet ouvrage est de s'adresser non tant aux spécialistes qu'au grand public afin de susciter en faveur des laboratoires un mouvement de sympathie, d'éveiller des vocations et de provoquer des concours généreux. On ne peut que lui souhaiter le plus légitime succès.

En manière de préface à la collection, Ch. Richet a formulé en quatre pages l'apologie de la science en général; après avoir montré comment elle marche en progression géométrique : d'Hésiode à Léonard de Vinci 3.000 ans, de Léonard de Vinci à Franklin 300 ans, de Franklin à Pasteur 100 ans, de Pasteur à aujourd'hui 60 ans, il nous laisse entendre quels progrès elle promet de réaliser et quelles espérances vastes nous pouvons fonder sur elle. L. G.

(1) Un volume in-16 de 100 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 26 novembre. — Jury : MM. Sébileau, président; Cunéo, Olivier et Quénu. — M. Chostakoff. Etude de la fracture de Bennet. — M. Bouchereau. Etude de la pathogénie des kystes dentifères. — M. Macasdar. Etude sur la paralysie faciale.

Mardi 27 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Rathery, Philibert et Chevassu. — M. Roland. Les cures de désintoxication alcoolique. — M. Petit. Les colibacilluries.

Jury : MM. Brindeau, président; J. Faure, Vaudescal et Brocq. — M. Tizaine. De la procidence du cordon ombilical. — M. Coudrain. Fracture de Monteggia. — M. Guérin. Contribution à la défense de la profession médicale.

Mercredi 28 novembre. — Jury : MM. Gosset, président; Loeper, Fiessinger et Hovelacque. — M. Aman-Jean. La région thoraco-lombaire. — M. Schiever. Les extraits leucocytaires dans le traitement des maladies infectieuses.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. M. Labbé, président; Maignon et Nicolas. — M. Vimoux. Etude sur les graisses et les hydrates de carbone.

Jeudi 29 novembre. (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Coquot et Robin. — M. Grégoire. Etude de la fonction rénale chez le chien.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC)

GÉNÉRALITÉS

Le cancer de l'œsophage, *extrêmement grave*, s'observe surtout chez l'*homme*, entre quarante et soixante ans. Il correspond anatomiquement à un épithélioma baso ou spino-cellulaire. Cliniquement, son diagnostic est grandement facilité par certaines explorations spéciales : radioscopie, œsophagoscopie.

Il siège le plus souvent au niveau des points rétrécis. On a cité comme causes prédisposantes : les œsophagites chroniques, le rétrécissement de l'œsophage, la leucoplasie, les spasmes à formes graves.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Le début du néoplasme de l'œsophage est généralement *insidieux*, *progressif*, et le premier signe attirant l'attention du malade est la *dysphagie*.

Signes fonctionnels. — 1. **La dysphagie, symptôme capital, domine l'évolution de la maladie.** Elle relève à la fois de l'*obstacle tumoral* et du *spasme surajouté*. Elle débute fréquemment au milieu d'un repas, le malade éprouvant une gêne de la déglutition, une sensation d'arrêt rétro-sternal. Cette dysphagie est ESSENTIELLEMENT PROGRESSIVE, d'abord marquée pour la déglutition d'une bouchée un peu grosse, puis pour les aliments solides, pour les bouillies, enfin pour les liquides. Elle est *continue* avec des phases où elle est plus ou moins intense, à cause du spasme variable qui s'y associe. On la met aisément en évidence, en faisant avaler un peu de pain, par exemple, au malade. Il avale avec peine, accuse une sensation d'arrêt, et après quelques minutes survient une

2. **Régurgitation ou un pseudo-vomissement œsophagien.** — Les aliments sont rejetés intacts, *non digérés*, mêlés de mucosités glaireuses ou sanguinolentes. Ce n'est que dans les cas rares de *rétro-dilatations* notables que ces pseudo-vomissements peuvent être plus tardifs, survenant quelques heures après les repas, simulant un véritable vomissement.

3. **La salivation** est fort abondante, relevant de l'exagération du réflexe œsophago-salivaire. Parfois, il survient le matin des régurgitations muco-salivaires constituant les *pseudo-vomissements pituiteux œsophagiens*.

4. **La fétidité de l'haleine** manque rarement.

5. **Les douleurs** sont variables et atteignent rarement une intensité notable. Le plus souvent, il s'agit simplement d'une sensation de gêne pénible, de plénitude de l'œsophage, des brûlure au passage des aliments, surtout chauds ou glacés.

En résumé, dysphagie progressive chez un sujet, le plus souvent un homme, ayant dépassé la quarantaine. On pense au cancer de l'œsophage.

SIGNES PHYSIQUES. — C'est un malade pâle, amaigri. L'examen physique ne donne aucun renseignement précis. On palpe les creux sus-claviculaires où l'existence de *ganglions de Troisier* aurait une haute valeur diagnostique. Mais c'est là un symptôme tardif et inconstant. On n'attache guère d'importance aux signes fournis par l'*auscultation* qui montrerait, classiquement, la suppression du deuxième bruit œsophagien.

Il faut, de toute nécessité, recourir à deux procédés d'exploration très précis : la radioscopie, l'œsophagoscopie.

1. **La radioscopie** est indispensable pour confirmer le diagnostic.

Le malade étant placé en position oblique antérieure droite, on constate l'arrêt de la substance opaque en un point qui répond généralement à la limite supérieure du cancer. L'aspect radiologique varie avec le degré de sténose.

a. *En cas de sténose serrée*, la bouillie s'arrête brusquement et s'accumule au-dessus de l'obstacle. La dilatation œsophagienne est généralement peu marquée, et la limite inférieure de la colonne opaque a un contour déchiqueté.

b. *En cas de sténose incomplète* (cas habituel), le bismuth descend dans une portion rétrécie, donnant une image en *radis*.

c. En cas de sténose *à peine marquée*, ou d'*absence de sténose*, le diagnostic est *très difficile*. On peut tout au plus noter la persistance de taches opaques (retenues par les anfractuosités de la tumeur).

La radioscopie renseigne enfin sur l'existence d'*adénopathies* médiastinales liées au cancer.

Il est indispensable de vérifier et de *préciser* les renseignements radioscopiques en faisant des *radiographies*.

2. **L'œsophagoscopie** tire son intérêt de ce qu'elle permet le diagnostic dans les *cas douteux*, et de ce qu'elle permet la *biopsie*.

a. *Au début*, la partie malade est rigide, rouge, enflammée.

b. *A la période d'état*, l'image est beaucoup plus *caractéristique*. On constate :

1. L'*immobilité* de la paroi œsophagienne que n'animent plus les mouvements *cardiaques* ou *respiratoires*.

2. L'existence d'une *tumeur* rouge, bourgeonnante, ou ulcéreuse à bords bourgeonnants, ou *interstitielle* et *squirrheuse*.

La muqueuse œsophagienne est lisse, rouge, fixée, la lumière du conduit est *plus étroite, déformée*. Enfin, caractère commun à tous les cancers, la tumeur *saigne facilement* et repose sur une *base indurée, rigide*.

On ne pratiquera pas le cathétérisme, procédé aveugle et dangereux qui a cédé le pas à l'œsophagoscopie.

ÉVOLUTION

Le cancer de l'œsophage évolue de façon *rapide*, car la *difficulté* de l'*alimentation* ajoute à la cachexie cancéreuse.

L'amaigrissement est bientôt considérable. La *déshydratation*, l'*inanition* prennent le pas sur les autres signes d'aggravation. L'appétit est souvent conservé, le teint jaune paille serait peu fréquent. On ne peut lutter contre la *dénutrition* intense que par une *gastrostomie*, *précocement* pratiquée, et qui permet l'alimentation relative du sujet.

La *mort* survient en *six à douze mois* après le début de la dysphagie, hâtée par les *complications* qui guettent le malade.

COMPLICATIONS

Elles relèvent :

1. Soit de l'*envahissement des organes voisins*;

2. Soit de l'*infection péri-œsophagienne* (abcès péri-œsophagiens circonscrits, cellulite médiastinale diffuse);

3. Soit de COMPRESSION par les *adénopathies* médiastines satellites.

A. **Complications les plus fréquentes.** — Elles se rapportent à :

1. **Appareil trachéo-broncho-pulmonaire.** — Les efforts de toux, chez ces malades, peuvent être cause de *broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire*, accidents plus fréquemment engendrés par l'existence de fistules trachéo-bronchiques.

Les *pleurésies purulentes*, moins rares que les *péricardites purulentes*, peuvent également être observées.

Il faut insister sur la *tuberculose pulmonaire* qui, sous une forme torpide, précipite souvent la marche fatale de la maladie.

2. **Compressions nerveuses médiastinales.** — Elles peuvent être dues à la tumeur, ou aux ganglions médiastinaux du voisinage. Parfois elles prennent une importance marquée au point de donner au cancer de l'œsophage *une symptomatologie à type de compression médiastine*. Il peut s'agir de compression:

a. Du *phrénique* : avec névralgie, hoquet.

b. Du *pneumogastrique* (toux coqueluchoïde).

c. Du *grand sympathique* (syndrome de Claude Bernard, Horner).

d. Du *plexus cardiaque* (phénomènes angineux).

e. **Mais surtout** : du **récurrent** avec *voie bitonale*, et position cadavérique de la corde vocale gauche à l'examen laryngoscopique. Cette paralysie récurentielle est fort importante à connaître, car elle est parfois parmi les premiers signes de la maladie.

B. **Complications plus rares.** — Compression de la *veine cave* (œdème en pèlerine).

Envahissement du rachis : (paraplégie douloureuse).

Hémorragies abondantes, exceptionnellement foudroyantes.

Les *métastases* sont EXCEPTIONNELLES, tandis que, on l'a vu l'extension de la tumeur par continuité est des plus fréquentes.

FORMES CLINIQUES

A côté de la forme la plus typique que nous avons décrite, il faut citer :

1. **Suivant le siège.** — **Haut-situé.** — Souvent, c'est une *forme laryngée*, entraînant des troubles par extension de la tumeur, par compression récurentielle. Il peut arriver que les deux récurrents soient comprimés : l'*aphonie* est complète.

Bas-situé. — Le diagnostic en est extrêmement délicat, car cette forme simule les cancers de la grosse tubérosité de l'estomac, et des portions voisines. Cette forme réalise un syndrome du cardia, se propage à la petite courbure et s'accompagne d'anorexie.

2. **Suivant les symptômes.** — Il faut insister sur les formes :

Dysphagique pure.

Médiastinales, simulant une tumeur du médiastin.

Latentes.

3. **A début aigu**, par un ictus laryngé,

Par une dysphagie soudaine,

DIAGNOSTIC

Il se pose différemment suivant que la maladie vient consulter pour de la *dysphagie* (c'est la règle) ou pour des *symptômes médiastinaux*. Le *siège* du cancer peut également faire poser des problèmes diagnostiques différents (cancer bas situé, en particulier).

A. **Le malade vient consulter pour de la dysphagie.** S'il s'agit d'un homme de quarante à soixante ans, se plaignant de dysphagie progressive, continue, on pense aussitôt au néoplasme de l'œsophage. Il faut :

a. Eliminer rapidement les rétrécissements de l'œsophage, par *compression extrinsèque* : anévrisme aortique, kyste hydatique du poumon, etc., l'anamnèse, l'examen radioscopique, l'examen du cœur, des poumons, permettent aisément d'éviter ces erreurs.

b. Eliminer les dysphagies par lésions œsophagiennes non cancéreuses. — Les principales sont :

1. **Les rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires.** — Leur diagnostic est facile, l'interrogatoire permet de retrouver l'injection d'un liquide *caustique*. Il ne faut pousser l'exploration plus loin que si cet antécédent n'est pas net.

On se basera alors sur :

L'*âge du sujet* (malade plus jeune),

Le caractère fixe, *intense, continu*, de la dysphagie.

L'*œsophagoscopie* qui montre une muqueuse œsophagienne *nacrée*, blanchâtre, cicatricielle, rayonnant autour d'un orifice étroit, central, ou au contraire plus ou moins excentrique ou dissimulé.

Les rétrécissements inflammatoires non néoplasiques sont exceptionnels, et relèvent d'un ulcère simple, d'une ulcération survenue au cours de la variole, de la typhoïde.

2. **Le spasme de l'œsophage**, et en particulier le *spasme grave*. Il s'agit le plus souvent d'un cardio-spasme entretenu par des lésions d'œsophagite. Le diagnostic est parfois très délicat et sera d'autant plus prudent que

1. Le spasme peut masquer un cancer sous-jacent;

2. Le cancer peut se greffer sur le cardiospasme.

Quant au *spasme simple*, il ne se discute guère. Il survient chez des sujets nerveux, siège très haut ou très bas, sur l'œsophage, et cède aux médications anti-spasmodiques et aux sondes de calibre fort.

3. **Le méga-œsophage** ne saurait être confondu avec le cancer, à cause de son aspect radiologique et sa lente évolution.

4. **Les diverticules de l'œsophage** seront également d'un diagnostic aisé.

En résumé, si le diagnostic du cancer de l'œsophage, à une phase avancée de son évolution, est le plus souvent facile, il faut éviter de prendre :

pour un *spasme*, un *cancer de l'œsophage* au début,

pour un *cancer*, un *spasme grave* avec dénutrition.

5. **Les lésions gastriques hautes, voisines du cardia** peuvent s'accompagner d'un *spasme œsophagien*, et simuler le cancer de l'œsophage.

C'est l'examen radiologique, fait en position de Trendelenbourg, et montrant les images habituelles de l'ulcus ou du cancer, qui tranchera le diagnostic.

B. **Formes médiastinales.** — Elles feront discuter nombre d'affections, de nature variée, et à symptomatologie médiastinale, telles :

l'anévrisme de la crosse de l'aorte (examen du cœur, du pouls, radio),

le goitre plongeant.

Mais surtout, dans les *formes ganglionnaires du cancer de l'œsophage* :

le lymphosarcome,

le lymphadénome,

la forme médiastinale de la maladie de Hodgkin.

En résumé, il faut penser toujours au néoplasme de l'œsophage en présence d'un malade qui se plaint de dysphagie ou qui présente des troubles médiastinaux. La radioscopie viendra confirmer le diagnostic. L'œsophagoscopie permettra des précisions plus grandes, et l'orientation du traitement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.






URASEPTINE
ROGIER

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 22 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Signes et diagnostic de l'épithélioma de la glande mammaire. »

Mme Arager, 21 ; MM. Bardin, 12; Bernard-Griffith, 21 ; Langlois, 28; Gadaud, 29; Fauvert, 27; Lepart, 21 ; Grand, 28 ; Mlles L'Hoire, 22 ; Begaud, 25.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la paralysie infantile (maladie de Heine-Medin). — Causes, signes et diagnostic de l'hémothorax traumatique. »

MM. Darnis, 15; Ribadeau-Dumas, 23; Meyer, 22; Piollet, 23; Fort, 21; Hutin, 12; Macé de Lépinay, 22; Grand, 28; Béchet, 16; Gasne, 27.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde non compliqnée à la période d'état. — Signes et diagnostic de l'anévrisme artériel poplité. »

MM. Stérin (R.), 17; Suchmann, 11; Lachter-Pachter, 19; Paul, 21; Mme Blondel et MM. Meillaud, 18; Guilly, 17; Demoulin, 12; Delinotte, 19; Rousseau, 16.

— CONCOURS DE STOMATOLOGSTE. — Séance du 25 novembre. — Question donnée : « Ectopie dentaire. Signes, diagnostic et traitement. »

MM. Lattes, 18; Vilenski, 17; Dechaume, 16; Cabrol, 13.

Epreuve orale théorique de prothèse. — Séance du 26 novembre. — Question donnée : « Traitement prothétique des fractures complètes de la branche horizontale du maxillaire inférieur, les deux fragments portant des dents. »

MM. Lattes, 17; Dechaume, 18; Cabrol, 12; Vilenski, 18.

Consultation écrite. — Séance du 28 novembre. — MM. Lattes et Dechaume, 29 ; Cabrol, 22; Vilenski, 30.

— PROJETS HOSPITALIERS. — Le Conseil général de la Seine vient d'adopter une proposition de M. Brisson invitant l'administration à obtenir de l'Etat que, conservant les deux hôpitaux militaires, le Val-de-Grâce et Villemin, dont il dispose à Paris, il mette à la disposition du département pour les malades de la banlieue les deux autres hôpitaux militaires de la Seine, l'hôpital Bégin à Saint-Mandé et l'hôpital Percy à Clamart.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Péry, accoucheur titulaire, a été nommé à l'hospice des Maternités, en remplacement de M. le docteur Andérodias, nommé professeur de clinique obstétricale.

M. le docteur Lafond-Oré a été nommé accoucheur titulaire à l'isolement de Canolle.

— NANTES. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Moisnard, Linval, Bouré, Godin, Rouault, Ramon ; internes provisoires : MM. Jahan, Odiette.

Externes en médecine : MM. Fonteneau, Lebel, Dupuy, Le Seuch, Selin, de Lisle, Moinard, Mlle Boudet, MM. Colas, Clénet.

Internes en pharmacie : internes titulaires, MM. Hérisset et Delpirou; internes provisoires, Mme Baron, Mlle Barboteau, M. Auclair.

— STRASBOURG. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Daull, Aron, Henriet, Zorn, Hubster, Tueffert, Cornu, Picquet, Horber, Woringer.

Internes provisoires : MM. Duhamel, Meyer, Lévy (Gaston) et Bonhecker.

Les questions sorties au concours de l'internat ont été :

Anatomie : « Rapports de la surrénale droite. » — Physiologie : « Ventilation pulmonaire. » — Pathologie interne : « Infarctus pulmonaire. » — Pathologie externe : « Perforations appendiculaires au cours de l'appendicite. »

— TOURS. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lieffring, Vassor, Mlles Sourdillon et Truche.

Internes provisoires : MM. Couléon et Barbot.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Mlle Bailly, MM. Marie, Gratier, Mlle Cuvier, MM. Richard, Maugenest, Bergeault, Boivin, Gavrel, Marnet, Loiseau, Servanton, Sirot, Chazeaud, Rouzaud, Prat, Chevreau, Fruchon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — La chaire de thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 27 nov. 1928.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 11 décembre, à 15 h.

Le secrétaire général y prononcera l'éloge de Davaine.

(*Voir la suite*, *p. 1726*.)

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE LA CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES

La série des leçons inaugurales s'est terminée la semaine dernière. Le vieil amphithéâtre a été rempli une fois de plus par la foule des maîtres, des élèves, des amis empressés à entendre M. le professeur Maurice Villaret, premier titulaire de la nouvelle chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.

M. Maurice Villaret, après avoir adressé les remerciements d'usage à ceux qui l'ont désigné au choix du ministre, dit toute son émotion en prenant la parole dans ce vénérable amphithéâtre. Emotion bien naturelle, Maurice Villaret appartient à une belle famille médicale qui a conservé toutes les traditions de notre profession. Son père était un praticien de la grande époque, sa carrière fut toute de droiture et d'honneur ; son frère est médecin, son beau-frère est le professeur Pierre Nobécourt. Enfin, l'amitié d'un maître vénéré entre tous, le professeur Bouchard, a accompagné Maurice Villaret dès son enfance et l'a guidé pendant toutes ses études. C'est à Bouchard et à son Ecole que M. Villaret doit les idées générales qui ont dirigé ses travaux et la forte empreinte dont le maître sut marquer les générations médicales contemporaines. Comment l'évocation de cette grande ombre n'aurait-elle pas ému notre ami ? Mais le souvenir de Bouchard, s'il domine sa vie, ne lui fait pas oublier ses autres maîtres : Hallopeau, Gaucher et Jeanselme, Emile Sergent, Launois, Henri Claude, Babinski, Pierre Marie, Grasset (de Montpellier), Félix Guyon et son successeur Félix Legueu, enfin Gilbert qui lui fit connaître et aimer l'hydro-climatologie.

C'est comme agrégé de Gilbert que M. Villaret a pris la direction des cours de perfectionnement et a créé les petits V. E. M., merveilleuse école pratique, dont le fonctionnement concorde avec les grands V. E. M. organisés par son ami Paul Carnot.

La conception que M. Villaret, se fait du rôle de sa chaire est la suivante : « Pour enseigner l'hydrologie et la climatologie dans une Faculté de médecine, *il convient avant tout d'être un clinicien*, et un clinicien averti dans toutes les branches de l'activité médicale. On a pu soutenir que seul un chimiste, un physicien ou un géologue était en mesure de traiter de ces questions. Cette conception serait jusqu'à un certain point exacte si cet enseignement était destiné à des étudiants de science pure : dans une partie importante de son programme, l'Institut d'hydrologie remplit parfaitement le rôle qui lui a été dévolu dans ce but. Mais, pour les élèves de cette Faculté, pour les praticiens, je crois que personne ne saurait me contredire si je soutiens que les matières de ce cours doivent constituer une branche importante de la thérapeutique, à condition, bien entendu, d'être étayées solidement par toutes les ressources que peuvent lui apporter les sciences exactes les plus diverses. Telle est la tradition des grands maîtres de la créno-climatologie moderne... »

En nous traçant d'une main de maître, *Les grandes étapes de l'hydro climatologique*, M. Villaret convient qu'un vrai clinicien peut être quelquefois un bibliophile impénitent. Et il nous le prouve. En rappelant les débuts de l'hydrologie chez les Romains, puis son développement à travers l'histoire il nous montre la créno-climatothérapie devenant peu à peu une science « non seulement par les méthodes qui s'y introduisent, mais aussi par l'appui qu'elle recherche de plus en plus auprès de la géologie, de la chimie, de la physique et de la biologie ». C'est ainsi qu'au XXe siècle, Armand Gautier et Desgrez, Moureu et Lepape, Billard, Bierry et Rathery consacrent, chacun dans leur sphère, d'importants travaux aux eaux minérales.

Peu à peu s'impose la nécessité d'un enseignement régulier et sous l'influence d'Albert Robin, de d'Arsonval, Moureu et Bardet, on voit se fonder l'Institut d'hydrologie. Cependant, à la Faculté de Paris, la chaire de thérapeutique consacre une large part à la créno-climatologie. Déjà Trousseau, puis Gubler, enfin Hayem, s'attachent à cet enseignement. Landouzy et Carron de la Carrière organisent les V. E. M., Gilbert et Paul Carnot avec Rathery et Harvier les perfectionnent. Et l'on voit les Facultés de province devancer Paris, Bordeaux a une chaire d'hydrologie avec Sellier, Toulouse en fonde une avec Lafargue puis Serr. Le mouvement se généralise depuis la création des chaires de Giraud à Montpellier, de Piéry à Lyon et de Villaret à Paris.

L'expérience du passé permet à M. Villaret de tracer un programme d'enseignement.

Pendant le semestre d'hiver, le cours d'hydrologie sera élémentaire et s'adressera aux étudiants. Pendant le semestre d'été, des cours de perfectionnement seront destinés aux médecins français et étrangers se destinant à l'hydro-climatologique. Cet enseignement devra être logiquement précédé par les cours scientifiques de l'Institut d'hydrologie.

Enfin, les petits V. E. M. de la Pentecôte, les grands V. E. M. de septembre compléteront cet enseignement théorique en attendant la création probable d'un service d'hydro-climato-thalassothérapie des hôpitaux de Paris.

Le plan exposé par le professeur indique une vue nette de la situation de l'hydrologie, un sens exact des nécessités de son enseignement, une volonté très arrêtée de bien faire, un accord parfait avec ses collègues des autres facultés. L'hydrologie ne pouvait être en de meilleures mains. F. L. S.

JOURNÉES MÉDICALES DE BORDEAUX

4-8 novembre 1928 (1)

La formule des Journées médicales, originaire de Bruxelles, a rencontré à Bordeaux — où après Toulouse, Tunis, Montpellier, Marseille, Casablanca, Nancy et Paris, elle a été appliquée — un succès certain. Les Journées ont été précédées par la célébration du Cinquantenaire de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Cinquantenaire de la Faculté de médecine (1878-1928). — La séance solennelle de rentrée a brillé d'un éclat particulier. Créée par une loi du 8 décembre 1874, la Faculté fut définitivement instituée par un décret du 16 juin 1878; peu de temps après, ses vingt et une chaires magistrales furent portées à vingt-trois, en mesure de satisfaire à toutes les exigences de l'enseignement médical moderne.

La célébration du Cinquantenaire avait attiré dans le grand amphithéâtre de la Faculté de nombreuses notabilités qui avaient tenu à témoigner toute leur sympathie aux maîtres et à leur œuvre. M. Dumas, recteur de l'Université, présidait.

Dans un magistral exposé, M. le doyen Sigalas retraça l'histoire de l'enseignement de la médecine à travers les âges à Bordeaux, fit l'éloge de ses prédécesseurs au décanat et des maîtres disparus : les Pitres, Arnozan, Lagrange et Bergonié; très applaudi, le doyen dit quelle était l'importance de l'Ecole de santé de la marine et des colonies et montra comment, à force de science et d'abnégation, les élèves sortis de l'Ecole principale avaient partout, sur terre et dans nos colonies, fait rayonner l'influence française.

Des adresses de félicitations et d'hommages furent remises à la Faculté de médecine par M. le médecin général inspecteur Toubert, au nom du Service de santé militaire; par M. le médecin général Rigollet, au nom des troupes coloniales, et par M. le médecin général Brugère, au nom de l'Ecole de santé navale. La manifestation se poursuivit par les allocutions de MM. Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Bardier, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, et par la remise des diplômes de docteur « honoris causa » de la Faculté de médecine de Bordeaux à M. Goyanès (de Madrid) et Egas Moniz (de Lisbonne).

Enfin, des lectures très documentées furent faites successivement par MM. les professeurs honoraires DUBREUILH sur l'*Enseignement médical depuis la création de la Faculté de Bordeaux*; POUSSON sur *Cinquante ans de chirurgie à la Faculté*; MOURE sur *Les spécialités médico-chirurgicales à la Faculté*, et LE DANTEC sur *La médecine coloniale à la Faculté*. Un rapport de M. le professeur ABADIE sur les lauréats de la Faculté pour l'année scolaire 1927-1928 termina cette belle manifestation.

Avant la séance, par une pieuse et délicate pensée, M. le doyen Sigalas, entouré de tout le corps de la Faculté et des invités, avait déposé une couronne sur le monument aux morts de la guerre, monument élevé dans la cour de la Faculté.

***

Journées médicales de Bordeaux. — A la suite de la célébration du Cinquantenaire de la Faculté, s'ouvraient les *Journées médicales de Bordeaux*. M. le doyen étant le président d'honneur, le bureau était composé comme suit : MM. H. Verger, Dupouy, Rousseau-Saint-Philippe, Verdelet, Mauriac, Legros, Cruchet, Creyx, Jeanneney, Vergely.

Dans le Comité d'honneur figuraient le ministre de l'Instruction publique, les sénateurs, les députés de la Gironde, le préfet, le maire, le président du Conseil général, le président de la Chambre de Commerce, le recteur.

Le programme très instructif des Journées médicales qui furent suivies par de nombreux médecins était divisé en trois sections : la section *médecine*, la section *sciences physiques et naturelles, pharmacie*, la section *stomatologie et odontologie*. Pour chacune d'entre elles avaient été prévus des exercices et démonstrations pratiques dans les hôpitaux et cliniques, ainsi que des conférences magistrales.

I. MÉDECINE ET CHIRURGIE. — En *médecine générale*, MM. CARLES et DAMADE traitèrent à l'hôpital Saint-André du *tubage et de l'alimentation duodénale*, et illustrèrent leur sujet d'applications sur le malade; M. CREYX envisagea dans une brillante causerie les *nouveaux traitements de l'emphysème pulmonaire et de l'asthme*; M. MAURIAC montra de quel secours pouvait être la *cure insulinique dans le diabète* et spécifia ses indications et ses modalités d'application; M. VERGER, dans une conférence très écoutée, mit au point l'*état actuel de la question de l'encéphalomyélite épidémique* dont il s'attacha surtout à dépister les formes frustes et à objectiver les formes basses (myélite, radiculite, polynévrite, etc.) qu'il a décrites avec M. CRUCHET.

Dans le cadre de la *médecine spéciale* et de la *neurologie*, M. ABADIE aborda le *traitement du délire infectieux aigu* et celui de la *paralysie générale progressive* par l'inoculation de la malaria; M. EGAS MONIZ (de Lisbonne), invité du Comité, dans une conférence très claire et très séduisante, riche d'aperçus nouveaux, étudia l'*encéphalographie artérielle* qu'il a imaginée et utilisée pour le diagnostic des tumeurs cérébrales; il fit au cours de ces Journées, avec l'assistance de MM. Massé et Labeau, une encéphalographie à l'iodure de sodium qui mit parfaitement en évidence le réseau artériel cérébral.

En *phtisiologie*, M. E. LEURET exposa les *notions et les techniques nouvelles de phtisiologie*, ainsi que les *traitements actuels de la tuberculose*.

En *pédiatrie*, M. CRUCHET fit part de son importante expérience à l'hôpital des Enfants sur le *traitement préventif et curatif de la diphtérie par les sérums purifiés et l'anatoxine*; sa conférence fut suivie d'une projection de film sur la *transfusion sanguine de l'animal à l'homme*.

En *épidémiologie*, M. BOSREDON (de Brive) exposa comment pouvait être conçu l'*isolement des malades dans les salles communes d'hôpital*, et M. DUPÉRIÉ mit à jour des *notions nouvelles sur la scarlatine*.

En *chirurgie générale*, M. LEFÈVRE traça les *voies d'accès sur la troisième portion du duodénum par décollement colo-mésentérique*, et M. F. PAPIN mit en valeur les rapports qui existent entre l'*ulcère et le cancer de l'estomac*, de sa statistique découle un pourcentage d'environ 40 p. 100 de cancers évoluant sur des ulcus; M. CHARBONNEL exposa les résultats de son expérience personnelle très étendue dans les *ostéosynthèses*, et présenta des cas de malades traités et guéris par l'arthroplastie. M. BÉGOUIN, dans une conférence lumineuse, instruisit les médecins de l'*appendicite aiguë*, et, se basant sur les résultats dressés par des statistiques homogènes, en déduisit la conduite à tenir : intervention précoce alors que l'heure chirurgicale n'a pas encore été dépassée. M. GOYANES (de Madrid), invité du Comité, dressa le bilan de la *chirurgie réparatrice des vaisseaux* et expliqua par le détail les techniques de suture et d'artériorraphie.

En *chirurgie infantile et orthopédique*, M. ROCHER consacra, dans son service de l'hôpital des Enfants, des séances opératoires quotidiennes au bec-de-lièvre, à la hernie inguinale congénitale, à l'orchidopexie, aux tuberculoses osseuses et articulaires (avec injections d'eau chaude à 60 degrés dans les abcès ossifluents), à la *luxation congénitale de la hanche*. M. GOURDON fit pour les praticiens une démonstration sur les

(1) *Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*

appareils plâtrés et sur le *traitement des insuffisances de la hanche.*

Dans le domaine de la *cancérologie*, une série de démonstrations techniques, avec présentations de malades, furent faites tous les matins au Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest (Fondation Bergonié). M. SABRAZÈS traita de la question si délicate des *cancers mélaniques*, montra l'évolution des idées pathogéniques et établit la parenté entre certains cancers mélaniques et les tumeurs nerveuses ou schwannômes; M. JEANNENEY exposa les *techniques radio-chirurgicales de traitement des cancers de la langue, de la bouche*, et compléta son exposé par une séance opératoire du curage des ganglions du cou, avec l'aide du thermocautère. M. RÉCHOU, directeur du Centre, exposa les *résultats éloignés des traitements radiothérapiques des cancers de l'utérus et cancers génitaux*; dans une conférence magistrale, il traça les étapes des *traitements physiothérapiques du cancer* et rappela tout ce que l'Ecole française devait à Doyen dans la cure des cancers par les courants de haute fréquence et l'étincelage. M. G. CHAVANNAZ mit en relief quelques points particuliers de l'histoire clinique et thérapeutique des *cancers du sein*, et M. MATHEY-CORNAT consacra une séance de projections à l'étude des *tumeurs des os*.

En *radiologie*, M. ROQUES exposa le *traitement électrothérapique de la paralysie infantile*.

En *ophtalmologie*, M. TEULIÈRES fit les opérations de cataracte, de myopie forte, d'hypotension et de décollement rétinien, ainsi que celles du glaucome.

En *oto-rhino-laryngologie*, M. PORTMANN consacra, à l'hôpital du Tondu, plusieurs séances opératoires aux suppurations chroniques des oreilles, à la correction des nez déformés, à l'amygdalectomie totale, aux surdités chroniques, aux cancers des fosses nasales, des sinus, du pharynx et du larynx, aux amygdalites chroniques et à la tuberculose laryngée. Dans une conférence illustrée de projections, il exposa le résultat de ses recherches et travaux personnels sur le *syndrome vestibulaire*.

En *gynécologie et obstétrique*, M. GUYOT, dans une conférence très écoutée, fit part des *méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie*, et exposa de nombreux clichés de lipiodol intra-utérin; M. ANDÉRODIAS mit au point la question difficile des *traitements modernes de l'infection puerpérale*.

En *dermatologie*, de nombreuses présentations de malades furent faites par M. PETGES à la Clinique dermatologique, et une conférence fut consacrée par le maître de la syphiligraphie aux *traitements actuels de la syphilis*.

En *biologie, anatomo-pathologie et microscopie clinique*, M. SABRAZÈS fit des démonstrations à l'annexe du laboratoire, et M. BONNIN souleva un vif intérêt de curiosité par la projection du *film* si vivant de CANTI (de Londres), film cinématographiant la vie cellulaire, la phagocytose, les actions d'arrêt des irradiations sur le sarcome de Jansen.

Dans le domaine des *Intérêts professionnels*, M. SPECKLIN (de Mulhouse), invité du Comité, envisagea les *répercussions des assurances sociales sur la vie professionnelle des médecins en Alsace*. Cette conférence, très documentée, présentée avec une courageuse loyauté, fut écoutée avec le plus grand intérêt et l'auditoire put se rendre compte des conséquences désastreuses des assurances obligatoires qui, par une loi allemande toujours en vigueur, sont encore appliquées en Alsace. Le conférencier, fort applaudi, mit en valeur les multiples et graves inconvénients de ces assurances au triple point de vue moral, économique et professionnel; la loi française qui, à peu de chose près, reproduit les dispositions de la loi allemande doit donc être considérée comme contraire à l'intérêt général, à l'intérêt médical et comme réclamant d'importantes corrections. Dans la séance d'ouverture des Journées, M. le professeur Verger, président, avait, dans des termes éloquents, soutenu les mêmes idées et défendu le respect des traditions professionnelles du Corps médical tout entier.

Une journée entière fut consacrée à la *médecine militaire, navale et coloniale.*

A l'hôpital militaire, MM. ROCHER et GUILLERMIN firent des exercices pratiques de chirurgie de guerre; ces exercices furent suivis de démonstrations d'aviation sanitaire et, au magasin de santé, de démonstrations du fonctionnement des formations sanitaires.

M. le médecin général inspecteur TOUBERT (de Paris) fit une conférence sur le *rôle du matériel dans l'organisation de guerre du Service de santé militaire*; M. le médecin en chef de 1re classe OUDARD (de Toulon) sur l'*organisation des transports-hôpitaux pendant la guerre*; M. Marcel LÉGER (de Dakar) sur la *fièvre jaune*; dans cette dernière conférence, l'auteur montra quelles doivent être les mesures à prendre par les diverses puissances de l'Ouest africain pour protéger les colonies, et comment s'impose la création à Dakar d'un *bureau international d'informations sanitaires.*

II. SCIENCES PHYSIQUES ET NATURELLES (PHARMACIE). — En *sciences physiques et naturelles* et en *pharmacie* les laboratoires de la Faculté furent également ouverts aux démonstrations pratiques de MM. C. SIGALAS, DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, GOLSE, CHELLE, LABAT et R. SIGALAS sur les méthodes physico-chimiques utilisables en analyse, les applications bio-chimiques de la méthode céruléo-molybdique, l'identification rapide par micro-cristallographie d'alcaloïdes médicamenteux, les champignons comestibles et vénéneux, les techniques nouvelles de bio-chimie, de pharmacie, de toxicologie et de coprologie.

M. DUPOUY inaugura la série des séances par l'exposé du programme et de l'organisation des séances de travail. M. MANDOUL traita de la *lutte contre les moustiques, les mouches et les rats*. M. H. COUTIÈRE, de l'Académie de médecine, fit une conférence magistrale sur *quelques données nouvelles de la physico-chimie et de leurs applications*. M. LAVIRE, président de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques du Centre, parla des *Assurances sociales*.

Une assemblée générale de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques du Sud-Ouest et du Centre eut lieu le lundi 5 novembre et fut complétée, le mercredi 7 novembre, par une réunion des pharmaciens inspecteurs.

III. STOMATOLOGIE ET ODONTOLOGIE. — M. VILAIN (de Paris) fit un exposé pratique sur *les articulations et la stabilisation des prothèses*. M. PEARCE (de Londres), invité du Comité, présenta des films fort intéressants sur l'apecectomie, le bourrage des canaux radiculaires, le traitement chirurgical des bouches anormales, et compléta ses projections par des démonstrations sur la couronne Jacket et sur la porcelaine-inlay.

Une série de démonstrations furent également faites par MM. TACAIL sur l'*orthodontie*; GIBOIN, sur les *modifications de l'articulation de Gysi*; BERGE, sur l'*appareillage vélo-palatin avec luette*; DUCUING, sur l'*asyalie*; COURTIS, sur l'*emploi de la diathermie en stomatologie*, et par M. DOUAT.

Dans son service de stomatologie de l'hôpital Saint-André, M. DELGUEL fit une démonstration sur l'*orthodontie par la méthode de P. Robin*; à la Clinique dentaire, M. CAVALIÉ traita des *procédés opératoires pour la cure radicale des kystes paradentaires*, et fit le mercredi 7 novembre, à la Faculté, une conférence sur la *dissociation expérimentale des modes de sensibilité sous l'action des injections anesthésiques.*

* * *

Exposition, fêtes et réceptions. — Pendant toute la durée des Journées, une importante exposition de produits pharma-

ceutiques, eaux minérales, instruments de chirurgie, matériel dentaire, avait été établie dans le grand hall de la Faculté; elle fut l'objet de l'attention des nombreux médecins et du public.

Un programme avait été spécialement élaboré par le Comité des dames pour les congressistes. Une visite de la ville de Bordeaux fut faite, précédée par une causerie de M. Courtault, professeur à la Faculté des Lettres. On visita quelques œuvres de l'enfance, des crèches, des usines de chocolaterie, d'huilerie et de savonnerie; au Théâtre Français, M. le capitaine de corvette Guierre, commandant de la marine de Bordeaux, fit précéder une représentation cinématographique d'une causerie sur « La défense de Tahiti contre l'escadre de l'amiral von Spee par une poignée de marins ayant à leur tête le lieutenant de vaisseau Destremeau. »

Les fêtes et réceptions furent nombreuses et choisies. Une soirée de gala au Grand-Théâtre, organisée avec l'aide du Comité en vue de l'érection d'un Mémorial à Dixmude, vit la première représentation de *Médecin*, pièce en trois actes de M. Paul Guy.

Trois excursions avaient été prévues pour le vendredi 9 novembre, la première dans le Sauternais, la deuxième à Arcachon, la troisième à Hossegor-Biarritz.

***

Signalons, pour être complet, qu'au cours des Journées médicales, se réunit la *Fédération des chefs de clinique de France*, qui, à cette occasion, émit les vœux suivants ;

« 1° Que le traitement des chefs de clinique, notoirement insuffisant (3.000 fr. par an) soit augmenté dans les mêmes proportions que celui des autres fonctionnaires de l'instruction publique, en particulier des préparateurs de Faculté, auxquels ils ont été de tout temps assimilés;

2° Que l'Association des chefs de clinique soit représentée au comité consultatif de l'instruction publique;

3° Que le règlement et les conditions du concours d'agrégation des Facultés de médecine soient enfin définitivement établis ».

Ces vœux méritent une prompte et urgente réalisation; il ne serait que justice que les pouvoirs publics passent des projets aux actes. R. MATHEY-CORNAT.

ACTUALITÉS

L'ERGOTAMINE

L'ergot de seigle est un produit d'une complexité extrême dont on n'a pu, semble-t-il, jusqu'à ces derniers temps énoncer la composition que d'une façon imparfaite et d'ailleurs discutée, ce qui explique en partie l'impossibilité où l'on s'est trouvé souvent d'en prévoir le degré d'activité.

Les travaux les plus récents ont permis d'en scinder les nombreux éléments composants en deux groupes : des bases aminées, assez nombreuses dont quelques-unes semblent appelées à se faire une place dans la pharmacopée moderne et *des alcaloïdes*.

Les derniers travaux en reconnaissent quatre et en forment deux groupes symétriques : dans l'un l'ergotinine cristallisée qu'avait dès 1879 reconnue Tanret et l'ergotoxine de Barger et Carr (hydroergotinine de Kraft). Dans l'autre, deux corps bien étudiés depuis 1921 par Stoll : l'ergotaminine et l'*ergotamine*.

L'ergotamine peut exister en nature dans l'ergot frais mais peut manquer complètement dans certains échantillons; elle y coexiste avec l'ergotoxine. Les deux autres principes actifs semblent surtout se développer dans l'ergot sec.

Toutes ces notions expliquent les variations dans la puissance thérapeutique de l'ergot en nature.

Propriétés physiques. — L'ergotamine se présente sous forme de tablettes et de lames rhomboïdales, très réfringentes et à arêtes vives lorsqu'elle est extraite de solution dans l'acétone et l'eau. Ces cristaux qui retiennent une molécule d'acétone et une d'eau et en poids seulement 1/5 de principe actif brunissent et s'altèrent très vite en présence de l'air et de l'oxygène; ils deviennent inactifs.

Les formes cristallines sont différentes quand le solvant employé a été l'alcool méthylique, l'alcool éthylique, le benzène.

L'ergotamine se combine aisément à ses dissolvants organiques.

Elle est pratiquement insoluble dans l'eau, elle se dissout bien dans un mélange d'eau et d'acétone, et dans le chloroforme.

Ces dernières solutions sont lévogyres. C'est là le seul caractère physico-chimique qui distingue l'ergotamine de l'ergotaminine; celle-ci est dextrogyre en solution chloroformique.

Propriétés chimiques. — L'ergotamine a pour formule brute : $C^{33}H^{35}O^{5}N^{5}$; l'ergotaminine est son isomère.

C'est une base faible dont l'architecture moléculaire contient un groupement acide. D'où sa solubilité aisée dans les alcalis; cette combinaison la transforme en son isomère.

Les deux groupes d'alcaloïdes sont chimiquement sensiblement symétriques; les rapports chimiques et les modes de passage entre l'ergotaminine et l'ergotamine sont les mêmes que ceux qui existent entre l'ergotinine et l'ergotoxine.

C'est ainsi que le chauffage avec de l'alcool méthylique transforme l'ergotamine en ergotaminine et l'ergotoxine en ergotinine.

Mais bien des caractères physiques et chimiques s'opposent à ce qu'on confonde les deux groupes. Ces alcaloïdes ont des actions pharmacologiques qualitativement semblables mais quantitativement très inégales. L'ergotamine est avec l'ergotoxine la plus puissante; les deux autres sont comparables entre elles. Tanret fils a montré que sur l'utérus de cobaye, l'ergotinine agit à la dilution de 1 p. 37.500, l'ergotanine agit dès la dilution de 1 p. 160.000.000.

Propriétés physiologiques. — Effets sur l'utérus. Sur l'utérus séparé (lapine, cobaye) et chez ce dernier à une solution extrême, l'ergotamine provoque *l'augmentation du tonus*, *l'augmentation des contractions*, ce dernier effet opposé à celui de l'adrénaline chez le cobaye. L'action ne commence qu'après quelques minutes mais persiste des heures en dépit des lavages.

Sur l'utérus en place, chez la femme le tonus augmente, la contraction est augmentée et rythmée; une dose exagérée provoque de la contracture.

Effets sur les vaisseaux. — Chez l'animal, des doses très faibles (1/10 à 5/10 de milligrammes par

kilogramme chez le chien et le chat produisent de *la vaso-constriction rénale d'où une hypertension marquée dans la grande circulation.* La petite circulation, au contraire, n'est que peu ou pas influencée.

Chez le lapin cependant de fortes doses produisent de l'hypotension (Rothlin).

De même, chez les autres animaux les injections successives à court intervalle d'ergotamine ont des effets d'intensité décroissante et finissent par donner de l'hypotension.

Chez la femme, l'injection intraveineuse d'un 1/4 ou 1/2 milligramme provoque *une hypertension très notable.* La tension systolique monte de 40 millimètres environ; cet effet est atteint dix minutes environ après l'injection et dure deux heures à peu près. Dans des cas exceptionnels on pourrait observer un abaissement, peu marqué d'ailleurs, de la tension systolique (Goldman).

Quelles que soient les modifications de la tension systolique, la *tension diastolique est toujours élevée.*

Pour Goldman ces modifications seraient le reflet de l'état du myocarde; si le cœur est en bon état, l'écart des deux tensions demeure sensiblement normal; au cas contraire elles tendent à se rapprocher. Mais dans tous les cas c'est l'action sur la tension diastolique qui serait l'élément invariable et important.

Action sur le sympathique. — Dès 1906, Dale avait observé que l'ergotoxine est un inhibiteur du sympathique, selon lui, elle en paralysait uniquement les filets accélérateurs et respectait les fibres inhibitrices. Depuis 1926, Rothlin a montré que l'ergotamine également était *un inhibiteur du sympathique;* elle paralyse non seulement les fibres motrices mais aussi ses fibres inhibitrices, produisant en somme une *section physiologique* comparable à celle que l'atropine produit sur le système vague.

C'est ainsi qu'après l'administration d'ergotamine, l'excitation du nerf dépresseur du lapin demeure sans effet hypotenseur et que les effets dépressifs plus marqués encore produits par l'administration d'atropine ajoutée à l'excitation du nerf cessent de se produire.

Antagonisme avec l'adrénaline. — Cette action inhibitrice se retrouve encore par rapport à l'action excitatrice de l'adrénaline sur le sympathique. Ces effets sont, en effet, *empêchés ou inversés.*

Les effets dépresseurs de l'adrénaline sur la musculature lisse de l'intestin sont renversés; il en est de même pour l'action relâchante particulière à l'utérus du cobaye.

La *glycémie adrénalinique est neutralisée* quand l'ergotamine est donnée en même temps que l'adrénaline et à dose suffisante; il y a également *suppression de la glycosurie.* La même influence se retrouverait sur le glycémie et la glycosurie diabétiques d'après Moretti.

De même, l'adrénaline administrée à un animal qui a déjà reçu de l'ergotamine devient régulièrement un hypotenseur.

Mendèz a contesté la réalité de ces effets; pour Clarke la contradiction n'est qu'apparente et disparaît si l'on tient compte pour l'expérience de la concentration respective des médicaments mis en opposition.

Autres effets de l'ergotamine. — Ils n'ont médicalement qu'une importance relative; ce sont surtout les effets des fortes doses et dans une certaine mesure des effets toxiques.

Cœur. — Chez l'animal et chez l'homme dont le pneumogastrique fonctionne normalement l'ergotamine cause de *la bradycardie*, même à dose faible. L'effet se manifeste dix minutes environ après l'injection; le ralentissement peut être considérable et atteindre jusqu'à 60 pulsations par minute; cette bradycardie peut persister même si la tension artérielle reste normale.

Si l'on a supprimé l'action du nerf X (par section ou par l'atropine) les doses fortes diminuent la fréquence et la puissance des contractions cardiaques. Si l'on administre l'ergotamine au moment où l'atropine donne son effet maximum la bradycardie s'accentue encore.

Appareil respiratoire. — Les doses faibles sont sans action. Les doses moyennes (1/2 milligramme par kilogramme) *augmentent la fréquence et diminuent l'amplitude* des mouvements respiratoires. Des doses fortes (2 milligrammes par kilogramme) abolissent complètement les mouvements respiratoires.

Appareil digestif. — L'ergotamine *augmente le péristaltisme* de l'estomac; pendant l'épreuve alcoolique d'Ehrmann on observe une diminution de l'acidité totale et de l'acide chlorhydrique libre.

Elle excite légèrement le péristaltisme intestinal et des doses suffisantes arrivent à annihiler les effets opposés de l'adrénaline.

Quinze à vingt minutes après l'injection (pour des doses allant de 1/8 à 1/4 de milligramme par kilogramme) on peut obtenir des *effets vésiculaires* qui s'accompagnent fréquemment de tachycardie, de nausées et de vomissements, de mydriase avec sécrétion sudorale, vertiges, somnolence, phosphènes, sensation pénible de constriction thoracique.

L'ergotamine semble provoquer assez habituellement l'*abaissement de la calcémie.*

Mécanisme. — L'action de l'ergotamine envisagée en elle-même et par comparaison avec celle de l'adrénaline est encore mal connue dans son mécanisme et dans son point d'application. Paralysie d'une partie des terminaisons du sympathique ou de leur totalité, action stimulante sur le sympathique (Goldman) action portant à la fois sur le sympathique et sur le pneumogastrique (Goldman) ont été envisagées et discutées sans qu'on ait pu jusqu'ici arriver à fournir d'explication universelle pour tous les phénomènes observés.

Indications. — Elles utilisent les propriétés cardinales de l'ergotamine : son action sur la musculature utérine et sur la musculature vasculaire qui en font un *hémostatique puissant.* Des résultats intéressants semblent aussi pouvoir être obtenus de *son action sur le sympathique*, quel qu'en soit le mécanisme intime.

En obstétrique, ses indications sont celles de l'ergot; l'ergotamine est d'une puissance extrême puisqu'on évalue son activité à *300 fois environ celle de l'ergotinine.* De même que pour toutes les préparations d'ergot quelles qu'elles soient, on ne doit l'employer que lorsqu'on a la *certitude que l'utérus est absolument vide.*

C'est dans les *hémorragies de la délivrance* par atonie utérine que se trouve son indication majeure; on la donne par voie sous-cutanée lorsqu'on veut un effet plus rapide; on se contente de la donner *per os* dans les autres cas.

En deux à cinq minutes on obtient des contractions rythmées de l'utérus aboutissant à un durcissement total qui se prolonge plusieurs jours. Cet effet épuisé on observe encore pendant quelque temps la réponse par des contractions pour des excitations même légères et l'apparition des tranchées caractéristiques.

Dalché a cependant signalé des cas où chez des multipares l'hémorragie s'accentuait pendant les quarante-huit premières heures.

Jung (de Saint-Gall) et Wetterwald (de Lausanne) ont employé l'ergotamine pour faciliter la *césarienne.* Une injection dans le muscle utérin d'un milligramme lors de l'intervention diminue l'hémorragie, facilite la contraction de l'utérus après extraction de l'enfant et rend la suture plus aisée. Les effets commencent au bout de cinq minutes et durent environ une heure et demie; on peut combiner son emploi avec celui de l'hypophyse plus rapide et moins durable.

On peut également l'employer *en gynécologie* : où elle agit plus vite et plus puissamment que les autres préparations ergotées. On s'en sert surtout dans les *métrites hémorragiques post abortum, dans les hémorragies des fibromes sous-muqueux* et dans celles qui sont dues à la *métrite du début des néoplasmes.*

Les *applications médicales* visent surtout ses propriétés sur le sympathique.

C'est dans la *maladie de Basedow* qu'on l'a surtout employée. Porges et Adelsberg ont eu quinze succès sur vingt-deux cas traités. L'amélioration paraît surtout nette *dans les cas récents avec prédominance de l'élément sympathicotonique*; les cas avec vagotonie semblent plus souvent voués à l'échec. On constate après administration d'ergotamine une très légère hyperglycémie suivie à bref délai d'une hypoglycémie durable (39 p. 100 de la valeur initiale selon Czezowska et Goertz), une diminution de la tachycardie et du tremblement, le retour du sommeil; l'ergotamine serait particulièrement utile dans les périodes pré et postopératoire.

On a encore employé l'ergotamine contre la *tachycardie paroxystique* (Martini), contre les accidents d'*hyperglycémie,* en association avec l'insuline ou dans les diabètes insulinorésistants; dans ce dernier cas, l'hyperglycémie alimentaire tomberait à 50 p. 100 de sa valeur.

Des essais ont été faits avec l'ergotamine contre les congestions pulmonaires aiguës ou chroniques, dans les tuberculoses fibreuses ou fermées, dans les bronchopneumonies grippales, dans l'asthénie bronchique nocturne mais dans des cas encore peu nombreux.

De même dans des cas d'urticaire, de prurit vulvaire rebelle (Brack), de prurit par intoxication cocaïnique (Maier).

Tzanck a obtenu des succès intéressants et rapides dans des cas même rebelles de *migraines prémenstruelles.*

En ophtalmologie enfin on a proposé l'ergotamine contre le *glaucome simplex* où en une heure elle permettrait d'abaisser de plusieurs millimètres la tension intraoculaire (Thiel).

Modes d'administration. — Posologie. — L'ergotamine s'emploie le plus souvent sous forme de sels, *tartrate* principalement, qui existe dans le commerce sous forme de spécialités.

On l'administre *par voie digestive* en solution (le plus souvent à cinq centigrammes p. 100); la dose habituelle est de *quinze à trente gouttes* par prises qu'on renouvelle *deux ou trois fois par jour;* on peut également employer des *comprimés au milligramme* dont on donne *trois à six par jour.*

On peut enfin l'administrer *par voie sous-cutanée,* dont l'effet est en général plus rapide; on emploie dans ce cas *un demi à un centimètre cube* par jour, d'une *solution à un demi-milligramme par centimètre cube.*

Quel que soit le mode employé il est toujours préférable de *tâter la susceptibilité du malade* par des doses minimes (comprimés donnés un par un).

On peut donner le médicament par périodes de une à trois semaines coupées de repos de trois à cinq jours.

Intolérance. — Intoxication. — Malgré la bonne tolérance habituelle, il est en médecine comme en physiologie des susceptibilités particulières c'est ainsi que le coq a une sensibilité beaucoup plus marquée que le cobaye. Chez l'homme, l'état de l'organisme semble avoir une particulière importance.

L'*intolérance* se manifeste en général par des *nausées, des vomissements, et des vertiges* qu'il est en général aisé de faire disparaître par le séjour au lit et l'interruption du traitement.

Les intoxications graves donnent les mêmes symptômes que les empoisonnements par l'ergot : *forme gangréneuse* avec ses accidents au niveau des extrémités; *forme convulsive* avec ses contractures douloureuses et ses séquelles nerveuses quand la mort ne survient pas.

Malgré la puissance thérapeutique de l'ergotamine ces accidents sont peu fréquents en raison de l'écart entre les doses thérapeutiques et les doses toniques que Rothlin évalue à 360 fois les doses physiologiques normales.

Il faut cependant faire la part des susceptibilités particulières et ce médicament, pour lesquels certains auteurs comme Goldman entrevoient un domaine médical des plus étendus, doit encore être l'objet d'études nombreuses. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1928)

Sur la répartition du potassium dans l'organisme animal. — MM. Albert LEULIER, Léon VELLUZ et Henri GRIFFON.

Sur l'adsorption du venin de cobra et de la toxine diphtérique par le charbon. — M. H.-A. BOQUET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1928)

Sur la sérothérapie anticolibacillaire. — M. H. VINCENT. « Dans les infections très variées qui relèvent du *Bacillus coli*, on peut isoler par la culture toutes les races typiques ou atypiques de ce microorganisme. Cependant les unes et les autres offrent, ainsi que je l'ai montré récemment, la propriété commune de sécréter les deux toxines (endotoxine entérotrope et exotoxine neurotrope). La multiplication du *Bacillus coli* chez l'homme donne lieu à des symptômes mixtes, infectieux et toxiques. C'est pourquoi j'ai préparé un sérum à la fois antitoxique et antiinfectieux.

Les indications et les non-indications de la sérothérapie anticolibacillaire méritent d'être précisées.

Dans la *septicémie* à B. coli, le sérum a amené la guérison en quatre jours d'un malade atteint d'une forme sérieuse et prolongée de cette infection. Au trente-huitième jour, la température était encore de 39°4. Après la première injection de sérum, la température est descendue d'un demi-degré et, après la quatrième injection, soit quatre jours après, elle a été et est demeurée normale.

Les complications infectieuses de l'*appendicite gangréneuse* sont dues presque toujours au B. coli, plus rarement aux anaérobies. Le sérum injecté au moment de l'intervention chirurgicale constitue, associé au sérum antigangréneux multivalent (H. Vincent et G. Stodel), un moyen préventif très efficace de ces complications [Clavelin, Duguet, E. Foisy (de Châteaudun)].

Les *pyélonéphrites* sont le plus souvent, mais non toujours, sous la dépendance du B. coli. Mais, ainsi que je vais le signaler, certaines infections colibacillaires de l'urine ne sont pas ou ne sont qu'incomplètement justiciables de la sérothérapie anticolibacillaire.

Les affections *chirurgicales* des reins, des uretères, de la vessie et de l'urètre se compliquent souvent de colibacillose. En pareille occurrence, le traitement demeure avant tout chirurgical. Cependant le sérum est un *adjuvant* et un *complément* très utile de ce dernier traitement (Chevassu, Maisonnet). Il est aussi spécialement indiqué à titre *préventif* et rend de grands services lorsqu'il est injecté avant l'opération aux « urinaires » infectés par le colibacille (hypertrophie de la prostate, lithiase rénale ou vésicale, hydronéphrose, etc.).

La colibacillose urinaire s'observe sous deux formes : l'une *assez légère, avec réaction leucocytaire faible ou très faible* dans l'urine malgré l'abondance parfois très grande du bacille; cet état présente une tendance habituelle à la chronicité ; l'autre forme est caractérisée par l'existence de pus dans l'urine, et souvent par la fièvre et des troubles généraux graves.

La première forme clinique succède souvent à une pyélonéphrite aiguë suppurée; c'est une colibacillose *stabilisée*. Les sujets qui la présentent sont de *véritables porteurs de germes*. On sait que sérums et vaccins, aussi bien qu'antiseptiques, sont impuissants à stériliser les porteurs de bacilles diphtérique, typhoïdique, paratyphique, dysentérique. Il en est de même des « porteurs de colibacilles ». Le sérum n'a jusqu'ici qu'exceptionnellement amené leur guérison. J'en ai cependant connu un cas et M. Chevassu m'a signalé avoir observé plusieurs malades qui ont été débarrassés de ces germes.

Par contre, la *pyélonéphrite suppurée primitive* à colibacilles aiguë ou chronique (certains malades urinaient du pus depuis cinq ans) traitée par le sérum anticolibacillaire a donné lieu à des guérisons très intéressantes, même dans des cas très graves. Sous l'influence du sérum, la fièvre tombe rapidement, en trois à cinq jours, parfois dès le lendemain; la céphalée, les douleurs lombaires, la dysurie, le ténesme disparaissent, le sommeil revient et l'urine, d'abord purulente, s'éclaircit pour devenir claire à partir du sixième au dixième jour. Lorsqu'elle reste trouble, il est nécessaire de procéder au lavage du bassinet et de la vessie à l'aide de la solution de nitrate d'argent. J'ai montré, en effet, dans diverses publications, que les anticorps ne passent pas ou passent insuffisamment dans l'urine (il en est de même dans la bile). Mais lorsque le rein est lésé, ils peuvent cependant filtrer à travers cette brèche et agir sur l'urine. Lorsque ce passage ne se produit pas et que le rein seul est stérilisé par l'action du sérum, il y a lieu de détruire le *Bacillus coli* subsistant dans le bassinet et la vessie par un lavage antiseptique.

Quand la colibacillose s'améliore insuffisamment ou est rebelle, on recherchera s'il n'existe pas une lésion latente des reins ou de la vessie (calcul, hydronéphrose, coudure de l'uretère, etc.) qui entretient l'infection urinaire.

Le sérum a fait disparaître non seulement la pyélonéphrite suppurée, mais encore les symptômes gastro-intestinaux très pénibles et la diarrhée chronique qu'ont présentés certains malades [Lippens, docteur Paul Philippe (de Lyon), etc.]. Il a amené la disparition de phénomènes nerveux ayant débuté depuis plusieurs semaines (semi-coma, délire, incapacité de parler, de reconnaître les siens, etc.) dans le cas très particulier d'une femme de soixante-douze ans atteinte de pyélonéphrite chronique polymicrobienne d'une gravité extrême. Dans ce cas, le sérum antistreptococcique de mon laboratoire a été associé au sérum anticolibacillaire. La suppuration a beaucoup diminué. La malade a repris connaissance, s'est levée, a pu manger, téléphoner à ses enfants, etc. Bien qu'elle parût vouée à une mort très prochaine, elle survécut encore pendant un an et demi.

Dans un certain nombre de cas de pyélonéphrite suppurée, j'ai trouvé en même temps que le bacille coli d'autres bactéries (staphylocoques, entérocoque de Thiercelin, streptocoque, M. tétragène, *Proteus vulgaris*, bacille de Friedlander, etc.). Exception faite pour le streptocoque et le *Proteus vulgaris* qui ont fortement aggravé la maladie et retardé sa guérison, la présence des autres bactéries n'a pas, dans mes observations, porté obstacle à la guérison de la pyélonéphrite par le sérum anticolibacillaire. Ce qui prouve que le B. coli est le germe infectieux le plus redoutable dans cette association. Les autres microbes subsistent quelque temps dans l'urine, puis finissent par disparaître spontanément.

S'il est difficile de guérir les « porteurs de B. coli », on peut du moins prévenir cet état en traitant sans retard les manifestations initiales de la pyélonéphrite supppurée par la sérothérapie. »

L'action expérimentale de l'insuline sur la pression artérielle. — MM. Pierre GLEY et N. KISTHINIOS. Certains auteurs avaient étudié l'action de l'insuline sur la pression artérielle et étaient arrivés à des conclusions différentes, les uns trouvant qu'elle abaisse cette pression, les autres qu'elle ne la modifie pas. Les expériences de Pierre Gley et N. Kisthinios expliquent cette contradiction : elles montrent que la chute de la pression n'est due ni à la substance hypoglycémiante des extraits pancréatiques, ni à l'hypoglycémie insulinique, mais qu'elle est produite par une substance hypotensive distincte.

Cette substance hypotensive, qui ne paraît pas être de nature peptonique, existe en plus ou moins grande quantité dans les diverses insulines. Celles qui sont très pures n'en contiennent pas. Pour cette raison certaines préparations d'insuline provoquent la chute de la pression artérielle chez le chien et neutralisent l'action hypertensive de l'adrénaline tandis que d'autres ne possèdent pas ces propriétés.

L'action des extraits pancréatiques (insuline) sur l'hypertension artérielle (clinique). — M. N. Kisthinios. On sait le rôle pathogénique que certains auteurs, M. Vaquez notamment, font faire à l'hyperadrénalinémie dans l'hypertension artérielle. M. N. Kisthinios ayant vu, dans un travail physiologique fait en collaboration avec Pierre Gley, que certaines préparations d'insuline possèdent la propriété de neutraliser l'action hypertensive de l'adrénaline et de provoquer la chute de la pression artérielle, a soumis 14 hypertendus à un traitement insulinique. Les malades recevaient un régime riche en hydrates de carbone pour éviter l'hypoglycémie qui, d'après les expériences physiologiques n'a aucun rapport avec la chute de la pression artérielle. En outre ils ne recevaient aucune autre médication, et ils continuaient à se livrer à leurs occupations habituelles. Les résultats ont été très favorables. Les malades traités par l'insuline qui s'était montrée la plus active sur la pression artérielle dans les expériences physiologiques ont été considérablement améliorés. Après un traitement de quinze jours consistant en une injection quotidienne de 20 à 40 unités cliniques d'insuline, la pression artérielle s'est abaissée dans presque tous les cas, de 5 à 6 centimètres d'Hg, pour la maxima et de 4 à 5 pour la minima. Les signes fonctionnels et subjectifs ont disparu ou ont été très améliorés.

L'insuline dans le traitement de certaines formes d'angine de poitrine chez les sujets non diabétiques. — MM. René Giroux et Kisthinios, se basant sur les bons effets obtenus par l'emploi des préparations insuliniques dans les artérites des membres, ont étudié méthodiquement l'action de l'insuline chez les malades atteints d'angine de poitrine.

Ils rapportent, à ce propos, quatre observations très concluantes, dans lesquelles le traitement a fait disparaître les crises. Dans certains cas, l'amélioration s'est poursuivie pendant plus de trois mois, et, dans une observation, en particulier, avant le traitement, le malade était contraint à garder le lit par suite de la fréquence et de l'intensité du syndrome douloureux. Les doses employées ont été de 20 unités cliniques pendant une quinzaine de jours. L'amélioration a été très rapide et dès la quatrième ou cinquième injection, les douleurs avaient disparu.

Les auteurs insistent sur le fait, que ce n'est pas par l'action de l'extrait pancréatique sur la glycémie que l'amélioration s'est produite, mais vraisemblablement par un principe hypotenseur contenus dans les extraits utilisés.

Les auteurs notent que certains extraits pancréatiques ne fournissent que de très médiocres résultats. Cette notion ne saurait surprendre, car l'influence exercée sur le système vasculaire par les extraits pancréatiques n'a rien à faire avec le principe hypoglycémiant.

Ils considèrent que c'est dans des différences pharmacologiques, plutôt que cliniques qu'il faut chercher la raison des insuccès que l'on observe parfois dans le traitement des affections vasculaires en général et, en particulier, de l'angine de poitrine.

MM. René Giroux et Kisthinios attirent, en outre, l'attention sur les modifications qualitatives de l'aorte qu'ils ont notées à côté de la disparition des symptômes subjectifs. Ils ont observé, en effet, une diminution de l'opacité de l'aorte.

Ces faits autorisent les auteurs à conclure que l'extrait pancréatique, par l'action rapide et favorable qu'il exerce sur certaines crises angineuses, est à recommander dans le traitement de l'angine de poitrine chez les diabétiques.

Rôle physiologique du gaz carbonique. Son intervention dans les phénomènes de synthèse et de régénération. — M. Portier.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la quatrième division (sciences biologiques, etc...).

Classement des candidats : en première ligne, MM. Bierry (de Marseille) et Mathis (de Dakar) ; en deuxième ligne, *ex-æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Ambard (de Strasbourg), Bordier et Cluzet (de Lyon) et Schaeffer (de Strasbourg).

MM. Bierry et Mathis sont élus au premier tour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1928)

A propos du traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié. — MM. E. Lesné, Robert Clément et S. Simon rapportent leurs résultats sur le traitement du rachitisme par les stérols irradiés.

Les stérols irradiés à dose infime empêchent le développement du rachitisme expérimental. Des nourrissons atteints de rachitisme évolutif sont guéris en un mois environ comme le montrent des radiographies du carpe, avec les doses quotidiennes de 1 à 4 milligrammes d'ergostérol correspondant au moins à 100 unités physiologiques. L'efficacité de la médication dépend de facteurs multiples : âge de l'enfant, milieu dans lequel il vit, régime auquel il est soumis, ancienneté du rachitisme. Mais pas plus que les autres médications les stérols n'améliorent les lésions osseuses du rachitisme fixé.

Forme cachectique terminale de l'hypertension artérielle. — M. C. Lian rappelle qu'en 1924, avec le docteur Finot, il a montré qu'aux trois modes évolutifs terminaux bien connus : l'hémorragie cérébrale, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, il y avait lieu d'en ajouter un quatrième, la cachexie.

L'hypertension artérielle peut aboutir à la cachexie sans que n'interviennent ni l'âge avancé, ni l'insuffisance cardiaque, ni l'insuffisance rénale, ni l'artério-sclérose. La cachexie est donc un des modes évolutifs terminaux de l'hypertension artérielle.

Déformations osseuses de type particulier. — MM. Babonneix et Lonjumeau présentent une jeune femme de trente ans chez laquelle, à la suite de fractures presque spontanées des cuisses, sont survenues de singulières déformations osseuses, portant surtout sur les membres inférieurs tassés, raccourcis, et dont le raccourcissement contraste avec l'aspect normal des membres supérieurs; les jambes sont convexes en avant et un peu en dedans. La colonne vertébrale est également tassée, le thorax globuleux, le crâne aplati dans le sens antéro-postérieur. Les auteurs se demandent s'il ne s'agirait pas d'une affection apparentée à la maladie de Lobstein. En tout cas, les radiographies montrent un enroulement singulier des péronés autour des tibias.

Hémorragie méningée au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — MM. Plazy et Marçon (de Toulon).

Cholestéatome de la base du cerveau à symptomatologie de tumeur ponto-cérébelleuse. — MM. Langeron et Le Grand (de Lille).

Etude d'un cas de néphrose lipoïdique. — MM. M. Labbé, Nepveux et G. Dreyfus.

Œdème cataménial récidivant de la face d'origine endocrinienne chez une hérédo-syphilitique. — MM. Gaté et Rousset (de Lyon).

Stade préleucémique de la leucémie lymphoïde. — MM. Aubertin et Poumailloux rapportent l'observation d'un malade qui, pendant plusieurs mois, présenta le syndrome de la lymphodermie aleucémique avec leucocytose à 14.000 et formule leucocytaire normale; la biopsie montra qu'il s'agissait de lymphométhose typique. Cet exemple montre que la « leucémie lymphoïde » passe par un stade aleucémique pur, exceptionnellement observé dans lequel la maladie a tous caractères hématologiques et anatomiques de la lymphomatose aleucémique.

Néphrite chronique. Réserve alcaline. Chlore sanguin et plasmatique. — MM. Rathery et Rudolf rapportent un cas de néphrite chronique avec azotémie progressivement croissante, abaissement des chlorures globulaires et plasmatiques; la réserve alcaline se maintient à un taux normal.

L'abaissement très marqué certain jour du Cl globulaire n'a entraîné aucune modification du chiffre de la réserve alcaline.

Sur un cas de spondylose rhizomélique. — M. Gaston Laurès (de Toulon) rapporte un cas de spondylose rhizomélique évoluant depuis plus de trente ans et tendant à l'ankylose totale du squelette.

Les radiographies en série lui ont permis, par contre, de préciser qu'il s'agit de ligamentite pure de lésions osseuses antécédentes.

La galégine dans le diabète. — MM. Rathery et Lévina. La galégine est un alcaloïde isolé par G. Tanret en 1914 des graines et des fleurs de galéga officinalis. G. Tanret montra qu'il s'agissait là d'un dérivé de la guanidine. Or, on sait que la guanidine et certains de ses dérivés abaissent le taux du sucre sanguin.

Les auteurs ont recherché les effets de la galégine dans le diabète simple et consomptif. Ils obtiennent parfois une baisse de la glycémie et de la glycosurie, mais l'effet est inconstant et le médicament difficile à manier.

Un cas d'hémogénie guérie par la splénectomie. — MM. Merklen et Leriche.

Un cas de paralysie complète dans les deux sens des mouvements de latéralité des yeux. — MM. Dupuy-Dutemps, Laignel-Lavastine et Henri Desaille présentent une jeune femme qui fut atteinte d'une paralysie du moteur oculaire externe gauche, puis d'une paralysie faciale périphérique gauche. Enfin, se constitua une paralysie de fonction d'une pureté schématique : les mouvements de latéralité des yeux vers la droite ou vers la gauche sont absolument impossibles. Les auteurs pensent à une lésion protubérantielle bilatérale ayant débuté à gauche et envahissant les deux bandelettes longitudinales postérieures.

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à l'étude de la cérébrologie (1), par le docteur G. Saint-Paul (G. Espé, de Metz).

Dans cette nouvelle série de *Thèmes psychologiques*, l'auteur s'attaque catégoriquement aux questions suivantes :

Que vaut notre enseignement?

Devons-nous imposer l'étude du latin?

(1) Un vol. in-8 carré, 84 p. — Prix : 7 fr. — Paris, Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, et Strasbourg, Les Editions universitaires, place de l'Université.

Quelle conduite devons-nous tenir au sujet des idiomes, dialectes, patois, langues locales?

Comment inculquer une solide culture à la fois biologique et philosophique qui permette de conduire croyants et agnostiques, spiritualistes et matérialistes, sans nulle abdication de leur part, à une collaboration confiante et cordiale en vue d'obtenir des réalisations dans la découverte de certains problèmes fondamentaux?

Ces problèmes sont exposés dans plusieurs chapitres ainsi que dans le premier fascicule des *Thèmes psychologiques* : « Ame; Intelligence; Entre l'homme et l'animal; Mémoire, langage; localisations cérébrales; Conscience; Rêve et Freudisme. »

L. G.

INFORMATIONS

(SUITE)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le docteur Demay.

LES MÉDECINS BRÉSILIENS A L'A. D. R. M. — La mission médicale brésilienne, qui vient d'arriver à Paris, s'est rendue d'abord à l'*Association des Relations médicales* où elle a été reçue par le professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., MM. Brumpt, Bensaude, Bezançon, Chevassu, Georges Dumas, J.-L. Faure, etc. Elle a été ensuite rendre visite à M. Balthazard, assesseur, remplaçant le Doyen qui lui a fait visiter la Faculté. Dès le lendemain, nos hôtes étrangers ont commencé leurs visites médicales, assistant chaque jour à des conférences et à des cours spéciaux organisés pour eux par l'A. D. R. M. Un banquet, sous la présidence de M. Georges Dumas, membre de l'Académie de médecine, leur sera offert par l'A. D. R. M., à l'Hôtel Continental, le mardi 4 décembre, à 20 h. Les médecins, désireux de prendre part à cette réunion en l'honneur de nos confrères de l'Amérique latine, peuvent s'inscrire au bureau de l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine.

LES MÉDECINS BRÉSILIENS A L'UMFIA (UNION MÉDICALE LATINE). — Un dîner sera organisé par l'UMFIA en l'honneur de la mission brésilienne. Il aura lieu le mardi 18 décembre, à 19 h. 45, au Palais d'Orsay. Ce dîner sera présidé par S. E. de Souzas Dantas, ambassadeur du Brésil et M. Georges Dumas, « citoyen par décret de Rio de Janeiro ».

Une soirée artistique et un bal suivront le banquet auquel sont conviés tous les amis de l'UMFIA.

CONGRÈS DE L'AVIATION SANITAIRE. — Le Ier Congrès international de l'aviation sanitaire aura lieu à Paris, du 15 au 20 mai 1929, à l'issue du Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de Londres, et en concordance avec les Journées médicales de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CERTIFICAT DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES. — Le cours de radiologie et d'électrologie médicales commencera le lundi 3 décembre, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Le choix des stages aura lieu, suivant l'ordre d'inscription ce même jour, au même endroit, à 17 h. 1/2.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 5 décembre, à 5 h., à son laboratoire situé provisoirement au Val-de-Grâce (277 *bis*, rue Saint-Jacques) et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Les cryptotoxines et l'immunité cryptotoxique. »

SOUSCRIPTION POUR HONORER LA MÉMOIRE DU DOCTEUR CABANÈS (1). — LISTE DE SOUSCRIPTION. — M. Georges Prunier, 200 fr.; docteur J. Noir, 200 fr.; M. Charavay, 50 fr.; M. Albin Michel, 250 fr.; *Le Dimanche illustré*, 100 fr.; docteur Ganyaire, 100 fr.; docteur Béclère, 100 fr.; docteur Bord, 100 fr.; docteur Cathelin, 100 fr.; docteur Jeanneney (Bordeaux), 100 fr.; docteur Babonneix, 100 fr.; Produits Lambiotte, 100 fr.; docteur M. Vimont (*Concours médical*), 50 fr.; docteur Louis Régis, 200 fr.; M. Lafforgue (Gourdon), 50 fr.; M. Regismanset (Paris), 50 fr.; docteur Garrigues, 50 fr.; M. Henri d'Alméras (Villeneuve-lès-Avignon), 10 fr.; docteur Paul Noury (Rouen), 50 fr.; professeur Sabrazès (Bordeaux), 300 fr.; M. J. Lorédan (Paris), 100 fr.; M. Péchard (Paris), 50 fr.; M. A. Boghaert-Vaché (Bruxelles), 50 fr.; docteur Charles Fiessinger, 300 fr.; Laboratoires Bottu, 100 fr.; MM. Chassaing, Le Coq et Cie, 1.000 fr.; docteur François (Valence), 10 fr.; docteur Gommès, 20 fr.; docteur Fulbert-Taillard (Rennes), 20 fr.; docteur Foveau de Courmelles, 100 fr.; docteur Priolo (Brive), 20 fr.; docteur Ch. Levassort, 50 fr.; M. Boulangé (Paris), 100 fr.; M. Le François (Paris), 100 fr.; M. de Vivie de Régie (Arcachon), 20 fr.; M. Georges Michel (Bourmont), 20 fr.; docteur Peinde père (Villefranche), 20 fr.; docteur Piéry (Lyon), 100 fr.; docteur Malzac (Marseille), 20 fr.; docteur Marcel Baudouin (Croix-de-Vie), 100 fr.; docteur Maurice de Fleury, 100 fr.; docteur Lautié (Bédarieux), 20 fr.; docteur Maurat (Chantilly), 50 fr.; docteur Paul Farez, 100 fr.; docteur Lux, 50 fr.: professeur Loeper, 300 fr.; docteur Gollier, 20 fr.; docteur F. Le Sourd, 100 fr.; docteur Bonnette (Saint-Germain), 100 fr.; M. Pradel, avocat (Brive), 100 fr.; docteur Chapon, 100 fr.; docteur Darras, 50 fr.; docteur Dartigues, 200 fr.; docteur Grimbert, 100 fr.; M. Paul Barnet (La Chaux-de-Fonds, Suisse), 50 fr.; docteur Berry, 100 fr.; docteur Bellencontre, 100 fr.; docteur Duchesne, 50 fr.; docteur Dufour, 30 fr.; M. F. Bargalle, 10 fr.; M. A. Henry, 50 fr.; M. Jean Bernard, 100 fr.; Ass. des médecins toulousains à Paris, 100 fr.; M. G. Hartmann (Charenton), 50 fr.; docteur Armengaud (Cauterets), 20 fr.; M. G. Montorgueil, 100 fr.; M. M. Midi frères, 100 fr.; docteur R. Molinéry, 100 fr.; Union médicale latine (U. M. F. I. A.), 100 fr.; M. Margraff, 25 fr.; docteur Lacronique, 100 fr.; M. et Mme Stresser-Péan, 500 fr.; docteur Glénard, 50 fr.; docteur G. Cany (La Bourboule), 20 fr.

Total de la souscription au 15 novembre : 8.155 fr.

Le Conseil municipal de Gourdon, ville natale de Cabanès, a donné le nom de boulevard du docteur Cabanès à l'avenue où s'élève la maison où il est né et a voté 500 fr. pour la souscription qui doivent s'ajouter au total ci-dessus.

Le Comité prie instamment tous ceux qui ont connu Cabanès, qui ont lu et apprécié ses livres, d'adresser leurs cotisations, si modiques soient-elles, au trésorier M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, à Paris. Compte de chèques postaux : Paris 96-10.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 6 décembre. — Jury : MM. Bernard, président; Guillain, Tanon et Joyeux. — M. LE BECQ. Note sur la maladie de Dupuytren. — M. BIET. Traitement de la dysenterie amibienne.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 85.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Etude de Me POULLAIN, notaire à Rouen, rue Ganterie, n° 64. Vente le 11 décembre 1928, à 14 h. 30, en l'étude de Me Thouin, notaire à Rouen, par son ministère et par celui de Me Buisson, comre-priseur, Fonds de comce d'

ACCESSOIRES POUR PHARMACIENS

A ROUEN, 5, rue des Chanoines. Mise à prix : 5.000 fr. Matériel et marchandises en sus à dire d'experts. Visible mardi et vendredi, de 2 à 4 h.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 28 novembre. — Questions données : « Signes et évolution des endocardites rhumatismales. — Signes et diagnostic de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. »

MM. Cohen (Albert), 17; Tavennec, 16; Lévy-Klotz, 21; Reyt, 20; Desormeaux, 16; Lacoste, 24; Caïn, 14; Boudin, 22; Catalette, 14; Barrier, 16.

Séance du 30 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — Symptômes et complications du cancer iléo-pelvien. »

MM. Sergent, 16; Salomon, 19; Lapeyre, 9; Naulleau, 25; Lavitsch, 19; Mariau, 15; Haïk, 26; Mlle Le Drouron, 23; MM. Olivier, 15; Leuret, 17; Ellenberger, 13; Bons, 14.

— PRIX DE L'INTERNAT. — Les jurys sont provisoirement composés de :

Médecine. — MM. Laederich, Binet, Milian, qui acceptent; Pruvost et Courtois-Suffit, qui n'ont pas fait connaître leur décision.

Chirurgie et accouchements. — MM. Mauclaire, Bollack, qui acceptent; Sauvé, Bréchot et Rudaux, qui n'ont pas fait connaître leur décision.

CONSULTATION DE NOURRISSONS. — Sont proposés comme membres de la Commission de classement des candidats : M. Ribadeau-Dumas, qui a accepté; MM. Devraigne et Debré, qui n'ont point fait connaître leur acceptation.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — M. Roy est délégué dans les fonctions de professeur suppléant de pathologie chirurgicale à l'Ecole de médecine.

M. Vassor est nommé prosecteur.

M. Couléon, Mlle Truche sont nommés aides d'anatomie.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Par arrêté en date du 30 novembre 1928, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. le docteur Brisset, décédé des suites d'une maladie contractée en service. (*J. O.*, 1er déc. 1928.)

MINISTÈRE DES COLONIES. — Liste des candidats autorisés à prendre part au concours qui sera ouvert le 15 décembre 1928 pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine :

Centre de Paris : MM. Chabaud (Henri), Chaumette (Jean), Defaut (Gaston), Malport (Michel), Mathieu (Hubert), Vu Ngoc Ahn.

Centre de Marseille : MM. Bouisset (Marcel), Peillex (Louis), Stefani (Antoine).

Centre de Bordeaux : M. Fauret (Pierre).

Ceux des intéressés qui n'ont pas encore fourni toutes leurs pièces et ceux dont l'enquête administrative est actuellement en cours, sont autorisés à concourir sous réserve, pour les premiers, qu'ils auront remis les pièces manquantes avant l'ouverture du concours, pour les autres que les renseignements les concernant seront favorables.

HÔPITAUX COLONIAUX. — Le *Journal officiel* du 30 novembre publie une instruction interministérielle pour l'application du décret du 22 août 1928 instituant un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux.

— Le même numéro renferme une instruction pour l'application du décret du 22 août 1928 instituant un concours pour le titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, spécialiste des hôpitaux coloniaux et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial.

TROUPES COLONIALES. — Le numéro du 30 novembre du *Journal officiel* publie :

1° Une instruction sur l'organisation et le service intérieur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales;

2° Le programme du concours de sortie des médecins et pharmaciens appelés en stage à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales;

3° Une instruction relative aux concours pour le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé colonial.

CONCOURS POUR LE TITRE D'ASSISTANT DES HÔPITAUX COLONIAUX. — Ce concours s'ouvrira en février 1929 pour deux places d'assistant de médecine (Marseille et Paris); deux places d'assistant de chirurgie (Marseille et Paris); trois places d'assistant de bactériologie (1 à Marseille, 2 à Paris); une place d'électroradiologie (Val-de-Grâce).

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau), avant le 15 janvier 1929 au plus tard, en indiquant la section choisie.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant au quartier d'aliénés annexé à l'hospice de Tours (Indre-et-Loire), par suite du départ de M. le docteur Pignède.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des fonctionnaires sanitaires par suite de la nomination comme membre de M. le docteur Ott.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée d'un exposé de leurs titres, avant le 1er janvier 1929, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès).

ACADÉMIE VÉTÉRINAIRE DE FRANCE. — La séance solennelle aura lieu le jeudi 6 décembre 1928, à 15 h., au siège de l'Académie, 12, rue de Seine à Paris.

Ordre du jour. — Allocution de M. le professeur Leclainche, président, inspecteur général, membre de l'Institut; Eloge de la Société centrale de médecine vétérinaire, par M. le professeur Barrier, inspecteur général honoraire; Compte-rendu général des concours, par M. Chrétien, secrétaire annuel.

UNE SOIRÉE MÉDICALE. — Une conférence, un film, des auditions d'art, tel était le programme de la soirée à laquelle les laboratoires Ciba avaient bien voulu nous convier la semaine dernière.

Ceux qui y assistèrent n'eurent point à le regretter. Dans sa conférence, le docteur Veil, assistant du docteur Gallavardin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, fit un exposé fort goûté du mode d'action des médicaments cardiaques et montra l'avantage qu'il peut y avoir, dans certains cas bien définis, à substituer aux médicaments majeurs, tels que la digitale et l'ouabaïne, les médicaments mineurs, l'huile camphrée et surtout son succédané, la coramine, non moins efficace et beaucoup plus maniable.

Le film qui fit suite à cette intéressante et instructive conférence, montra comment, de l'expérimentation in anima vili d'un corps nouveau, peuvent être déduites et précisées ses applications en thérapeutique cardiaque.

La partie artistique dissipa ce que le début du programme pouvait avoir d'un peu austère pour une fin de journée.

M. Maurice Donneau, de la Comédie Française, déclama avec tout l'art de son impeccable diction. des poèmes du professeur Richet, de Leconte de L'Isle, etc. Mlle Bachelu, charmante de grâce juvénile, nous ravit par le jeu souple et délié de son archet magique, Mlle Bayle et M. Brebans furent très applaudis dans leurs numéros de chant.

Félicitons bien cordialement les organisateurs de cette soirée, les laboratoires Ciba de Lyon, qui surent si bien réunir l'utile et l'agréable dans une atmosphère où la science le disputait à l'art.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE FEMMES MÉDECINS. — L'Association internationale des femmes médecins, qui groupe les représentants de 24 nations, va tenir son prochain Congrès quinquennal à Paris les 11, 12 et 13 avril 1929.

A cette occasion, l'Association française des femmes médecins adresse un pressant appel à toutes les femmes docteurs pourvues du diplôme d'Etat français et aux étudiantes en médecine pouvant justifier de douze inscriptions, et les sollicite de coopérer à la lourde tâche qui lui incombe.

Les Françaises tiendront à honneur que le Congrès de Paris laisse une impression favorable dans l'esprit de leurs collègues étrangères.

L'Association rappelle que son but est de créer un lien de solidarité entre ses membres leur permettant de se connaître, de s'entr'aider et d'étudier en commun les questions d'intérêt général qui sont du domaine de leur activité.

Pour adhérer à l'Association française des femmes médecins, adresser les cotisations à la trésorière Mme le docteur Réquin, 154, avenue Emile-Zola (compte de chèques postaux 11.70-06 Paris). Le montant de la cotisation est de 25 fr. pour les docteurs en médecine (membres adhérents) et de 5 fr. pour les étudiantes en médecine (membres auxiliaires).

LES RÉUNIONS MÉDICALES FRANCO-BELGES, organisées par un groupe de professeurs de la Faculté de médecine de Lille (Etat), auront lieu à Lille les 14 et 15 avril 1929.

RÉUNION ITALIENNE POUR L'ÉTUDE DE LA MALARIA. — Une réunion pour l'étude de la malaria aura lieu à Rome dans la première quinzaine de février 1929.

Elle groupera des médecins, des ingénieurs, des hygiénistes, des agriculteurs et des économistes. On y discutera les problèmes relatifs à l'épidémiologie, la prophylaxie et le traitement de la malaria et sur leur répercussion sur la vie nationale.

Secrét. général : cours Victor-Emmanuel, 168, Rome (16e).

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE, fondée en 1876 par le docteur Prosper de Pietra Santa, invitée officiellement par le Ministre de l'Instruction publique d'Egypte, au centenaire de la Faculté de médecine du Caire, en décembre 1928, a délégué le docteur Pamart (de Paris) à cette cérémonie, à laquelle s'ajoute le Congrès d'hygiène et de médecine tropicales.

Le docteur Pamart présentera en son nom, au Congrès, une communication intitulée : *Les Arbres dans les villes*, et au nom du docteur Foveau de Courmelles, président de la Société, une autre : *Hygiène et lumière intégrée.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dechavanne (de Roanne); Edmond Terris, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, médaille militaire, croix de guerre, décédé accidentellement à Paris. Il était le gendre de notre bien regretté confrère Desnos, membre de l'Académie de médecine. (*Voir la suite, p. 1733.*)

INFORMATIONS

(SUITE)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué une Commission d'examen des moyens d'atténuer la charge qui résulte, pour les établissements hospitaliers de Paris, du traitement des malades de la banlieue parisienne, des départements et de l'étranger.

Cette Commission sera composée comme il suit :

MM. le docteur Gustave Dron, sénateur du Nord, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre ; Morizet, sénateur de la Seine ; Nogaro, député des Hautes-Pyrénées, ancien ministre, président de la Commission de préparation des traités internationaux ; Henri Sellier, président du Conseil général de la Seine ; Rébeillard, président de la Commission d'assistance au Conseil général de la Seine ; Lesesne, conseiller général de la Seine, rapporteur de l'assistance médicale gratuite ; Ambroise Rendu, doyen du Conseil municipal de Paris, président de la Commission de l'Assistance publique du Conseil municipal de Paris ; de Fontenay, rapporteur de la cinquième Commission du Conseil municipal de Paris ; Grangier, rapporteur de la cinquième Commission du Conseil municipal de Paris ; Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère du Travail ; Labussière, conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur ; Cornu, directeur du contrôle, de la comptabilité et des affaires algériennes au ministère de l'Intérieur ; le docteur Mourier, directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ; Rondel, secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Haguenin, inspecteur des finances, chargé de la direction du contrôle des administrations financières au ministère des Finances ; Imbert, chef du service central de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; le docteur Bire, inspecteur de l'Assistance publique du département de la Seine ; l'inspecteur de l'Assistance publique du département de Seine-et-Oise ; Cambier, chef de bureau de l'assistance médicale à la préfecture de la Seine ; Quellet, chef du service des hôpitaux et hospices à la direction générale de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris.

M. Lechat, chef de bureau au ministère du Travail, est nommé membre de ladite Commission.

M. le docteur Gustave Dron remplira les fonctions de président.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECRET MÉDICAL AUX A. T. I.

Les « amis des Travailleurs intellectuels » A. T. I., ont fondé, avec Xanrof, de la C. T. I., au studio 28, à Montmartre des « cinq à sept » instructifs. Samedi 17 novembre, le livre de notre confrère le docteur Marthe Bertheaume, « Oublie ce que tu sais » était à l'ordre du jour, les orateurs inscrits étaient M. Rodrigues, secrétaire général de la C. T. I.; Mlle Lya Berger, du Comité de la Société des Gens de lettres; l'auteur; Me Henri-Robert, et le professeur Balthazard.

Assistance choisie, journalistes, médecins, avocats, avocates... bureau de la Confédération des Travailleurs intellectuels, Romain Coolus, Mmes Maria Vérone, Jacob...

Tous les orateurs célébrèrent, si j'ose dire, le secret médical absolu. On rappela le Congrès du 30 novembre 1927, où 17.000 praticiens représentés, sous la présidence du professeur Balthazard, votèrent, à l'unanimité, l'intangibilité du secret médical. Tous les orateurs, et avec quelle éloquence, n'y voulurent aucun tempérament, aucune violation. Me Henri Robert, avec son admirable talent de parole, sa sobriété concise, montra que même entre eux, après la chaleur communicative des banquets, les avocats ne se racontaient pas leurs cas, et l'oubli même du nom, de la figure des clients, est leur règle... l'ancien bâtonnier, membre de l'Académie française, se montra intransigeant, comme il le devait.

En médecine, en doit-il, en peut-il être de même? Le professeur Paul Balthazard, avec son éloquence bon enfant, sa verve, ses anecdotes, intéressa vivement l'assemblée. En réalité, tous, nous devons le secret, puisque la parole qui nuit, la diffamation — me soufflait Me Sarran, l'éminent avocat — est poursuivable, et le docteur Balthazard y insistait justement. Il montrait les dames des téléphones, des administrations publiques, des contributions... tenues au secret professionnel. (Il n'en est pas de même, avait dit la doctoresse Bertheaume, des gens du monde, qui intriguent pour savoir les secrets des autres et tous veulent garder les leurs).

Le professeur Balthazard raconta alors, et que de gens dans l'assemblée en furent troublés, cette histoire impressionnante qui, selon lui, doit en certains cas, ouvrir la porte à la parole du médecin. Il s'agit d'une femme qu'un confrère d'Alger soigna et à qui il trouva 3g80 d'urée dans le sang; cette femme mourut peu après, brusquement. On croit à un crime, on trouve de la strychnine dans les viscères, on accuse la fille un peu avantagée par le testament, on l'arrête, on la met en jugement. Notre confrère se demandait s'il allait laisser condamner une innocente, il ne vivait plus : devait-il parler? ou, se taire, comme l'ordonne l'article 378 du Code pénal?... Mais l'accusée fut acquittée, la strychnine étant douteuse.

A cela, j'ai répondu, qu'une malade ayant 3g80 d'urée (au lieu de la moyenne 0g30) devait avoir des reins en piteux état, et que cela se voyait à l'autopsie; que, par ailleurs, entre la constatation de cet état et sa mort, sa fille aurait pu l'empoisonner; que ce n'était pas la première fois que ce serait vu, et que les tisanes avaient été souvent le véhicule de poisons (P. Voivenel, dans sa *Chasteté perverse*, en cite des cas; mais, comme je l'écrivais en mon *Esprit scientifique contemporain*, 1898, quand l'incinération des cadavres sera généralisée, comment découvrira-t-on les intoxications?)

La loi du 30 novembre 1892, obligeant les médecins à la déclaration des maladies contagieuses est sans cesse invoquée comme violation du secret médical; ce ne fut pas une loi heureuse, car, bien des familles craignant une désinfection bruyante, n'appellent pas les médecins pour des rougeoles et des scarlatines qu'elles trouvent peu graves et qui cependant contagionnent.

Il ne s'ensuit du reste pas qu'une loi soit chose parfaite (?) pour qu'elle puisse servir d'argument indéfini et *ad hominem!* Nous ne parlerons pas de tant de lois sans valeur pour ne pas dire plus! *L'impuissance des lois* — qu'a écrit en 1908 l'avocat Cruet — n'est plus à démontrer. La loi sur les assurances sociales, si discutée en Allemagne en ce moment est, dit le doyen Weiss, de Strasbourg, rejetée par tous les assurés alsaciens qui peuvent payer leur médecin, et cela « pour que leurs misères ne traînent pas dans les bureaux de caisses ». Le public sait donc ce qu'est le secret médical et il en veut la conservation; il veut l'adaptation des lois, plus difficile, a dit du reste le professeur Bard à l'Académie de médecine, que la suppression pure et simple de l'article 378 du Code pénal.

Les avocats veulent, Me Henri Robert l'a dit si élégamment et si éloquemment, l'intégrité du secret; plus encore, M. de Moro-Giafleri déclare le secret pour les médecins, supérieur encore, et plus indispensable au grand public.

Pourquoi d'ailleurs ne pas laisser ce qui existe, différencier les fonctionnaires experts, médecins d'assurances, qui traquent maladies et malades, légitimement du reste, ce que les patients savent, et laisser les médecins praticiens voués à l'absolu secret.

Voici, au reste l'adaptation des lois que j'ai proposée en mon second rapport à l'Association générale des médecins de France (*Vie médicale*, 25 juin et 25 oct. 1928), instruire les malades de leur état, des dangers qu'ils font courir à autrui, leur rappeler que « tout dommage causé entraîne des pénalités », s'ils sont contagionneurs, sanctions graves, très graves. Pour les empêcher de contagionner leur faire signer un papier constatant que le médecin les a bien et dûment prévenus; ils refuseront souvent, dans ce cas, les avertir du dépôt que l'on fera, sous pli cacheté, « comme pour déposer une idée nouvelle à l'Académie des sciences », à un greffe de Tribunal. L'inculpé, s'il a contagionné, seul pourra demander son ouverture, ce qu'il ne fera évidemment pas, puisqu'il en ressortirait sa culpabilité.

On conçoit bien que le patient, dans ces conditions ira, sous un faux nom, consulter un médecin affiché dans les édicules publics au lieu de se confier au médecin de famille, l'ami, le confident, dont on attend le secret le plus absolu, et qui voit, suit, arrive plus sûrement au vrai diagnostic...

Abolirait-on, en tout ou partie, l'article 378 du Code pénal que le médecin qui parle ou se tait dans l'intérêt de son malade pourrait par suite, comme l'a dit P. Gallois, être poursuivi maintenant ou plus tard, pour avoir parlé ou s'être tu!

Nous avons parlé de l'unanimité du Corps médical. Tous les tribunaux restent du même avis, on le sait, on le voit tous les jours. Ainsi, le docteur Bertrand, de Saint-Parres-les-Vaudes (Aube) s'étant refusé à mettre les diagnostics sur sa note d'honoraire de l'Assistance médicale gratuite, s'en vit refuser le paiement par la Préfecture; avec l'appui du *Sou médical*, il alla devant le Conseil d'Etat et gagna son procès le 9 novembre 1928.

Si l'on supprimait l'article 378 du Code pénal, dira-t-on, il en irait differemment. Certainement, pour le plus grand mal de la Société. Les patients iraient, répétons-le, chez des médecins où ils seraient inconnus, et s'inquièteraient peu ou point de contagionner.

Le secret médical absolu est un progrès social, et il n'est nullement, quoiqu'en aient dit de très rares confrères, inadaptable aux progrès de l'hygiène sociale et de la prophylaxie. Répétons, avec le professeur Bard qu'il s'agit de trouver — non le prétendu « mol oreiller » du silence, lourd fardeau, trop souvent — mais des adaptations, ce qui est possible, ce que nos très avisés législateurs nous donneront bientôt, sans nul doute, si nous les y aidons!...

« Oublie ce que tu sais »...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

DEUX CAS DE SIGMOIDITE SUPPURÉE DE TYPE RARE CHEZ DES SYPHILITIQUES

FISTULE PYO-STERCORALE DANS UN CAS ABCÈS SECONDAIRE FUNICULO-SCROTAL ET DIABETE DANS L'AUTRE CAS

GUÉRISON APRÈS TRAITEMENT OPÉRATOIRE ET MÉDICAL (1)

Par M. CHASTENET DE GÉRY,

Chirurgien de l'Hospice Paul Brousse.

Le hasard ou ce qu'on appelle la loi des séries a fait que j'ai eu, l'an dernier, l'occasion d'observer et d'opérer, presque dans le même temps, deux sigmoïdites suppurées assez remarquables, l'une et l'autre, pour diverses raisons d'ordre clinique, pathogénique et thérapeutique. Voici les observations de ces deux cas. J'ai fait suivre chacune d'elles d'un commentaire destiné à mettre en évidence les points qui m'ont semblé les plus intéressants ou qui prêtent à la discussion.

PREMIÈRE OBSERVATION. — Le 25 octobre 1927, le Service médical du Centre anticancéreux de l'hospice Paul Brousse fait passer en chirurgie, dans mon service, une malade présentant une tumeur abdominale ouverte à la paroi.

Cette femme, Marie R..., ménagère, âgée de cinquante-quatre ans, est malade depuis le mois d'août. Elle a eu alors des troubles digestifs caractérisés par des nausées et des vomissements glaireux, des selles de couleur chocolat et des crises quotidiennes de douleurs juxta-ombilicales. En même temps, elle s'est aperçue qu'elle avait une tumeur dans la région douloureuse.

Envoyée par son médecin, le docteur Ferrand (de Bicêtre), elle est venue consulter au Centre anticancéreux dans les premiers jours de septembre.

Là, on a constaté dans le ventre, entre l'ombilic et le pubis, la présence d'une masse très volumineuse, dure, fixée, déformant visiblement la paroi et donnant une matité complète à la percussion. Le foie était gros et dur. On a considéré la malade comme atteinte d'un cancer viscéral à une phase très avancée de son évolution, et on lui a fait de la radiothérapie. Mais, après deux séances, ce traitement a été interrompu parce que la peau présentait une rougeur qui fut alors attribuée aux rayons et la malade est rentrée chez elle.

Elle est revenue le 12 octobre. Dans l'intervalle la tumeur avait abcédé et s'était ouverte à la paroi par un orifice qui ne semblait pas devoir se fermer spontanément. Un premier examen radiologique du tube digestif a alors été fait et n'a, paraît-il, décelé rien d'anormal. L'exploration des organes pelviens par le toucher et le double palper a été également négative.

On m'envoie la malade quelques jours plus tard.

C'est une femme petite et plutôt maigre, légèrement voûtée, mais dont l'état général, si l'on en juge par le facies et l'habitus, paraît peu touché. Elle n'a jamais eu de maladies graves. Début des règles à treize ans. Ménopause à quarante-neuf. Deux enfants bien portants. Pas de fausses couches. Il semble qu'elle ait commencé à souffrir du ventre au moment de la ménopause et qu'elle ait eu depuis, de temps à autre, des coliques parfois assez violentes, siégeant surtout à gauche.

La lésion abdominale se présente avec l'aspect que voici :

A 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, se trouve un orifice fistuleux, assez large, bâillant transversalement et en partie obstrué par des bourgeons charnus. La sonde cannelée introduite s'enfonce de 8 centimètres, en direction ascendante oblique gauche, vers le rebord costal. Ce trajet donne l'impression d'être intrapariétal. La tumeur l'entoure pour ainsi dire C'est une tuméfaction oblongue, ayant même étendue et direction générale que la fistule, grosse comme le poing environ, faisant une saillie visible, dure au palper, siégeant dans la paroi ou intra-abdominale, mais collée à la paroi.

Le liquide purulent qui s'écoule de la fistule, abondant au début, rare aujourd'hui, n'a aucun caractère particulier. Des bourgeons charnus de l'orifice sont immédiatement prélevés pour un examen histologique.

Aucun autre symptôme n'appelle l'attention chez cette malade. Elle n'accuse pas actuellement le moindre trouble digestif. Ses selles, en particulier, sont régulières et normales.

Les poumons sont sains. Le cœur a des bruits un peu claqués. Le foie déborde légèrement le rebord costal. La tension artérielle est de 16-8. Le taux de l'urée sanguine de 30 centigrammes. Le Wassermann est positif.

Le 26 octobre, la fistule, qui jusque-là avait paru uniquement purulente, donne issue à des matières peu abondantes, mais fort nettes, et elle restera désormais pyo-stercorale.

Le 29 octobre, un examen radiologique est pratiqué par le docteur Lévy-Lebhar dans le but de préciser le siège intestinal de la fistule. A l'aide d'une sonde de Nélaton, on injecte du lipiodol dans le trajet. Celui-ci est assez large et se dessine sous la forme d'une tache ovalaire assez étendue. De là le liquide opaque semble fuser vers la région de l'angle colique gauche. Mais ce n'est pas net. Un lavement baryté est alors administré. Il remplit peu à peu tous les segments du gros intestin qui offrent une image sensiblement normale, mais il y a un reflux très rapide de la bouillie barytée par la fistule. Un cliché est pris. Les rapports de la tache fistuleuse

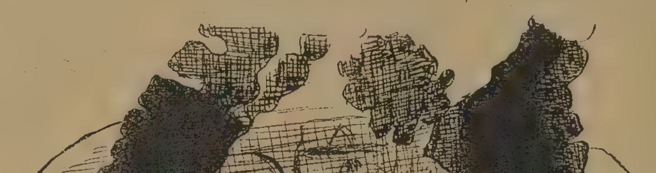


FIG. 1. — *Radiographie de Marie R... après repas et lavement barytés et injection de lipiodol dans la fistule.*

1. Sonde par laquelle a été injecté le lipiodol; 2. Cavité de l'abcès pariétal pleine de lipiodol et de bouillie barytée; 3. Anse colique fistulisée.

(1) Ce travail, communiqué à la Société de chirurgie, a été l'objet d'un rapport du professeur Lecène qui a paru dans le *Bulletin de la Société nationale de chirurgie*, n° du 16 juin 1928, t. XLIV, p. 834.

et du côlon sont interprétés, à ce moment-là, dans le sens d'un abouchement à la partie supérieure du côlon descendant. En réalité, la radiographie, revue après l'opération, me paraît bien plutôt montrer une étroite connexion entre l'image de la fistule et celle de l'anse sigmoïdienne assez notablement déplacée vers la ligne médiane.

L'examen histologique des bourgeons prélevés à l'orifice de la fistule les montre formés de tissu inflammatoire banal.

Le diagnostic est embarrassant. J'avais pensé d'abord qu'il pouvait s'agir d'une tumeur de la région ombilicale, développée aux dépens des restes du canal vitellin, puis quand la fistule est devenue stercorale d'une diverticulite de Meckel. Mais la radiographie montre que le grêle est hors de cause. De même, le diagnostic de cancer colique adhérent et perforé, déjà peu vraisemblable cliniquement, n'aurait aucune base radiologique. J'imagine qu'il s'agit d'une lésion plutôt inflammatoire, tuberculeuse? syphilitique? peut-être par corps étrangers? La sigmoïdite diverticulaire ou autre n'a pas été envisagée.

J'opère la malade le 4 novembre. Après avoir hésité sur la conduite à tenir, je me décide, dans l'incertitude où je suis sur la nature exacte de l'affection, à ouvrir la fistule, c'est-à-dire la tumeur et sa cavité, pour explorer cette lésion assez singulière et en enlever, si cela paraît possible, toute la partie pariétale, espérant ainsi préparer au mieux, en cas d'affection purement inflammatoire, une deuxième opération propre à traiter la lésion colique.

Mais, ainsi qu'on va le voir, les événements opératoires me forcèrent à suivre un plan tout différent, du moins beaucoup plus complexe.

Donc, la malade étant endormie à l'éther, j'ouvre la fistule de bout en bout sur la sonde cannelée. L'incision, longue d'une dizaine de centimètres, est obliquement ascendante et passe un peu à gauche de l'ombilic. Elle traverse, avant d'ouvrir la fistule, tout ou partie du grand droit scléreux, lardacé, à peine reconnaissable. Le trajet est une cavité large comme le doigt, pleine de fongosités extrêmement molles, saignantes et à peine adhérentes aux parois. Celles-ci, une fois les fongosités enlevées à la curette, ou même à la compresse, sont dures et lisses. Plusieurs diverticules en sens divers également bourrés de fongosités. À la partie la plus basse du trajet, j'ouvre un petit abcès qui contient encore du pus et un pépin de raisin.

Je découvre enfin la communication colique. Elle siège dans la paroi profonde de la cavité, à la hauteur de l'ombilic. C'est une dépression large comme une lentille, centrée par un orifice minuscule dans lequel s'enfonce la sonde cannelée suivant une direction postéro-inférieure et qui semble bordée de muqueuse intestinale.

J'essaie, à tout hasard, d'obturer cette petite bouche intestinale, en détachant autour d'elle une collerette de tissu que je fermerai par quelques points d'adossement. Mais l'incision circonférencielle que je fais dans ce but ouvre en bas le péritoine. L'épiploon, puis une anse apparaissent. Croyant que cette anse est le segment colique fistulisé, je l'attire. Je m'aperçois alors que c'est une anse grêle, fortement adhérente à la lésion pariétale. Je la libère au bistouri, car les tissus adhérents sont très durs. Ce faisant, j'ai attiré dans la plaie une autre anse grêle, également adhérente et pour la dégager, je suis obligé de la sculpter, elle aussi, dans le fond scléreux de la tranchée fistuleuse. Ce travail est pénible et la cavité péritonéale se trouve de plus en plus ouverte. L'épiploon collé à la paroi, un peu effiloché, et saignant par place, voile en partie cette ouverture du côté interne. Les anses extériorisées ne peuvent être rentrées ainsi. Leurs zones d'adhérence ovalaires, de 2 centimètres sur 1 centimètre et demi environ, présentant des éraillures, ou des épaississements de tissus empruntés à la paroi fistuleuse, sont invaginées et enfouies par un surjet de catgut. Puis ces anses grêles sont réintégrées après lavage à l'éther et au sérum.

Mais, puisque le péritoine est ouvert, il me paraît indispensable de traiter maintenant directement l'anse colique fistulisée. Je l'amène donc avec un doigt en crochet plongeant dans le ventre du côté externe. C'est l'S iliaque avec son méso et ses franges. La libération comporte le même travail que précédemment, un peu plus minutieux en raison de la perforation. Celle-ci, arrondie, large de 5 à 6 millimètres est entourée par les débris flottants des adhérences pariétales. Hors de cette zone, l'anse extériorisée a un aspect tout à fait normal. Enfouissement de la partie adhérente et perforée par un double surjet séro-musculaire.

Je crois alors que c'est fini. Mais en explorant le pourtour de la brèche péritonéale, je m'aperçois que d'autres segments du grêle adhèrent à la paroi du côté externe. Je ne pourrai si je les laisse en place, fermer le péritoine. Je me suis engagé dans une voie qui ne me permet plus le retour en arrière. J'attire donc un nœud d'anses grêles enchevêtrées de manière incompréhensible au premier abord. L'ayant décollé de la paroi et bien extériorisé, j'arrive à voir qu'il s'agit de deux anses repliées et un peu tordues sur elles-mêmes, d'ailleurs fixées dans cette position et l'une à l'autre par des adhérences multiples. Je les disjoint en usant du bistouri et du ciseau courbe. Finalement leur paroi à toutes deux est assez fortement altérée. Mais alors que je peux enfouir les parties malades de l'une d'elles, il me faut réséquer rapidement un segment de l'autre et pratiquer une anastomose termino-terminale.

Cette fois, c'est fini ou presque. J'enlève deux larges tranches des parties indurées qui formaient la paroi de la fistule et constituaient en somme la tumeur pariétale, et, rapprochant des tissus à peu près normaux, je ferme la paroi en deux plans séro-musculaire et cutané. Un drain a été placé dans le Douglas.

Je n'étais pas sans inquiétude au sujet de cette opération très pénible et longue et qui m'avait amené à faire toute une besogne compliquée dans un péritoine ouvert à travers un abcès pyo-stercoral. Quoique j'eusse pris la précaution de travailler dans un espace limité, de réduire au minimum les manipulations intraabdominales, de ne pas toucher à l'épiploon qui me protégeait un peu en haut et en dedans, de changer de gants et d'instruments plusieurs fois en cours de route, la malade me paraissait exposée au shock et à la péritonite. Elle n'eut ni l'un ni l'autre, et les suites opératoires furent même d'abord extrêmement simples.

Le drain est enlevé le troisième jour. La plaie a un excellent aspect, c'est-à-dire celui d'une laparatomie aseptique. La malade va bien, elle rend des gaz le troisième jour et elle a une selle spontanée le sixième. La température est au-dessous de 38 degrés.

Le 12 novembre, le huitième jour, les compresses sont souillées par un peu de pus coloré et ayant une légère odeur fécale. L'orifice de drainage est complètement fermé. Le pus sort par un trou de fil. Ablation des agrafes et de la plupart des fils. On désunit la plaie en deux points : à la partie moyenne et à l'extrémité supérieure. Ici et là deux abcès vidés et drainés. Il faut noter que cette complication d'infection locale ne s'est pas accompagnée d'élévation thermique appréciable. La courbe oscille entre 36°8 et 37°8. Elle n'a atteint 38°1 que deux fois, le sixième et le dix-septième jour. La suppuration d'abord assez abondante se tarit assez vite. Les drains, secondairement placés, et les derniers fils sont enlevés le 18 novembre, c'est-à-dire le quatorzième jour. À ce moment, la plaie pariétale est cicatrisée, sauf en deux endroits correspondant aux abcès.

Mais alors, l'évolution de cette infection pariétale devient singulière. Les trajets de drainage restent fistuleux sans tendance à la cicatrisation. Bien mieux, il se forme par place des décollements sous-cutanés, diverticulaires et fongueux, nécessitant des débridements répétés, des curettages et des mises à plat de ces diverticules. Et la ténacité de la lésion superficielle extensive et sans cesse renaissante contraste avec la guérison

des lésions intestinales qui paraît complète, car il n'y a de ce côté aucun trouble fonctionnel.

L'examen histologique des fongosités et de divers fragments biopsiques prélevés au cours de l'intervention n'avait pu être encore fait. L'examen bactériologique du pus pratiqué à diverses reprises par le docteur Peyre ne donnait pas de renseignements positifs nets : une flore microbienne variée dans laquelle prédominaient entérocoques et pneumo-bacilles. J'ajoute tout de suite que l'ensemencement sur milieu de Sabouraud pour la recherche d'une mycose, fait plus tardivement, n'a rien donné.

Je songeai alors que la malade avait un Bordet-Wassermann positif et elle fut soumise à une thérapeutique anti-syphilitique. Le cyanure de mercure étant mal toléré, on fait des injections d'acétylarsan, deux injections de 3 centimètres cubes par semaine. Ce traitement sera continué jusqu'à la dose de 9gr80 d'acétylarsan, soit 2gr10 d'arsenic. Bientôt on fait prendre en outre à la malade une dose quotidienne de 3 grammes d'iodure de potassium. Localement, les trajets ouverts sont pansés à la gaze iodoformée.

Enfin, on prescrit le cryptargol à la dose de quatre pilules de 0gr10 par jour, pour assurer une certaine antiseptie du milieu intestinal.

Ce traitement commencé à la fin de novembre n'agit d'une façon nette qu'au bout d'une quinzaine de jours. Les plaies fistuleuses se détergent et les fongosités sont remplacées par un tissu de granulation qui a bon aspect. Le 17 novembre, il me faut encore ouvrir un petit trajet dans lequel se fait un peu de rétention. A partir de ce moment, la lésion évolue favorablement et se simplifie. Il n'y a plus de fistule à débrider. Il ne reste plus à la partie moyenne de la cicatrice qu'une plaie sans profondeur, à grand axe longitudinal et mesurant environ 5 centimètres sur 3, qu'on panse à plat, mais dont la cicatrisation assez lente, quoique progressive et régulière, ne sera absolument complète qu'au milieu de février 1928.

La malade a commencé à se lever dans les premiers jours de janvier. Elle a quitté le service le 7 janvier, revenant deux fois par semaine au pansement. Son état général est excellent et ses fonctions digestives s'accomplissent d'une façon tout à fait normale.

Un examen radiologique de contrôle a été fait le 18 février par M. Lévy-Lebhar dans les conditions et avec le résultat suivants :

La malade a absorbé 200 grammes de gélobarine à quatre heures du matin. Examen sous écran à onze heures. Le repas opaque se trouve dans le cadre colique, la tête est dans l'angle splénique, la queue dans les derniers centimètres de l'iléon. Rien de particulier à signaler.

Un lavement baryté est administré à 11 h. 1/4. Le rectum et une partie du colon pelvien se distendent considérablement, formant une ombre qui vient se confondre avec celle du fond cœcal. Au niveau du côlon iliaque, on observe une image en arc, à concavité interne, dont l'extrémité inférieure semble attirée vers l'ombilic. A ce niveau, on constate une réplétion moins marquée de l'intestin qui semble fixée. Le reste du côlon se remplit ensuite normalement. Ainsi, le transit semble se faire d'une façon sensiblement normale à travers le grêle et il n'y a comme anomalie à signaler du côté du gros intestin qu'une certaine fixité du côlon iliaque et la dilatation du côlo-rectum.

Ce cas de sigmoïdite présente des particularités qui méritent de retenir l'attention :

Le début insidieux, l'apparition presque simultanée de la tumeur et des troubles intestinaux, l'ouverture juxta-ombilicale de cette tumeur abcédée, la perforation secondaire du côlon transformant la fistule purulente en fistule pyo-stercorale, l'aspect opératoire de la lésion : cavité intrapariétale à parois épaisses et dures, irrégulière, tapissée de fongosités molles, grisâtres, chair d'huître, à peine adhérentes, péritonite plastique sous-jacente, soudant des anses grêles et l'anse sigmoïdienne fistulisée, celle-ci quasi-normale macroscopiquement en dehors de la zone d'adhérence; enfin, les caractères et l'évolution très singuliers des complications infectieuses survenues dans la paroi abdominale après l'opération.

Il s'agit donc d'une sigmoïdite. Mais de quelle nature? La nosologie des affections localisées de ce segment colique n'est pas encore bien précise. Il semble que le champ de la sigmoïdite pure, si l'on peut dire, ou essentielle, tend à se rétrécir et que celui des diverticulites et des inflammations spécifiques prenne par contre une plus grande extension. On ne peut guère en tout cas faire le diagnostic de sigmoïdite simple que par exclusion, c'est-à-dire après avoir éliminé les infections spécifiques capables de se localiser sur le côlon ilio-pelvien.

Ici la diverticulite ne paraît pas en cause. Bien qu'il soit difficile de nier la présence d'un diverticule à l'origine d'une lésion de ce genre quand on n'a pas pu examiner histologiquement la paroi colique dans sa partie malade. Le diverticule a pu être unique ou du moins les diverticules peuvent être rares, se dissimuler dans les franges épiploïques et ne pas être reconnus même lorsqu'on a le côlon sous les yeux. Les chirurgiens anglais et américains savent sans doute, mieux que nous, rechercher cette affection, car ils la rencontrent plus souvent. Un bon moyen de la mettre en évidence, comme l'a indiqué récemment Max Ballin, dans un article intéressant de l'*American Journal of Surgery* (fév. 1927, p. 131) est de faire une radiographie retardée. c'est-à-dire deux ou trois jours après le lavement baryté. La substance opaque dont s'est vidé l'intestin stagne encore dans les diverticules qui se manifestent ainsi par de petites taches visibles sur le cliché. Je n'ai pas employé ce moyen ici. Mais une diverticulite n'expliquerait pas toutes les constatations cliniques et opératoires faites chez ma malade.

Reste à discuter le rôle possible d'une inflammation spécifique, tuberculose, syphilis ou actinomycose, car la dysenterie n'est pas à envisager. Il est dans certains cas, plus difficile qu'on ne le croirait au premier abord, de distinguer ces trois ordres d'infection, même après opération, même quand la pièce ou les éléments de la lésion ont pu être examinés histologiquement. Le cas de ma malade est assez démonstratif à cet égard.

La tuberculose sigmoïdienne est la plus anciennement et la mieux connue de ces sigmoïdites spécifiques. Patel, soit seul, soit avec Bérard, lui a consacré divers travaux importants. On en trouve une très bonne description dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1913 et les faits qui ont été publiés depuis n'ajoutent pas grand'chose à nos connaissances sur cette question. Nous sommes beaucoup moins bien renseignés sur la sigmoïdite syphilitique. Rares sont les cas auxquels on a donné cette étiquette et selon Mummery ils sont tous contestables, sauf ceux dans lesquels la syphilis du rectum s'est étendue à la portion colique sus-jacente. Mais il ne s'agit plus alors, à proprement parler, de sig-

moïdite. Cependant, la syphilis intestinale est classiquement admise et décrite. Les traités les plus récents en étudient les diverses formes anatomocliniques (par exemple le *Nouveau Traité de méd.*, t. XIV, p. 213. Article Trémollières et Caussade), Ramond a pu écrire, en 1925 (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1925, p. 381), un article sur « La colosigmoïdite syphilitique tertiaire » et Tixier faire à la Société de chirurgie de Lyon, en 1926, une communication « sur la nature syphilitique de certaines sigmoïdites » (*Lyon chir.*, 1926, p. 407). Il est certain qu'il est difficile de faire la preuve qu'une sigmoïdite est syphilitique. La syphilis connue du sujet est un élément important pour le diagnostic; ce n'est pas une preuve en ce qui regarde la nature de l'affection intestinale. L'examen histologique de la lésion n'est pas toujours possible. Son interprétation peut être très malaisée, à telle enseigne que Trémollières et Caussade ont été amenés à dire ceci : « Il est très difficile de distinguer à l'examen histologique les ulcérations syphilitiques de l'intestin des vieilles ulcérations dysentériques et tuberculeuses ». L'argument thérapeutique n'a pas non plus une valeur absolue, quoi qu'il soit, sans doute, jusqu'à nouvel ordre, le plus sûr et le plus convaincant.

Quant à l'actinomycose du côlon sigmoïde, si elle est notablement plus rare que celle du cæcum, sa réalité n'en est pas moins parfaitement établie. Mais il n'est pas toujours facile de savoir si elle est primitive ou secondaire. En tout cas, l'actinomycose intestinale qui, comme le dit Brickner, paraît progresser presque uniquement par extension directe, envahit très souvent la paroi abdominale au niveau de laquelle se forme une infiltration étendue, épaisse et profonde. Ainsi se constitue un bloc tumoral englobant l'intestin malade et creusé d'abcès qui donnent lieu à des fistules interminables. Les troubles fonctionnels et généraux sont extrêmement variables, parfois très réduits. L'erreur de diagnostic est habituelle, même à la période de fistulisation, car contrairement à ce que disent certains auteurs, Cornioley et Hoffmann (*Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, juin 1925, p. 576) entre autres, les grains jaunes sont très inconstants et peuvent ne jamais se montrer dans le pus (Brickner, *Annals of Surgery*, janv. 1925, p. 343).

Dans le cas que j'ai observé et dont il est question ici, il est certain que la forme clinique et opératoire de la lésion devait faire penser à la tuberculose ou à l'actinomycose plus qu'à quoi que ce soit. Encore les fongosités avaient-elles un aspect vraiment singulier que j'ai indiqué et qui n'était pas celui des fongosités tuberculeuses banales. Mais l'examen bactériologique du pus et le premier examen histologique des fongosités ne donnaient aucune indication positive dans le sens d'un de ces deux diagnostics, l'état général de la malade était très bon et le Wassermann était positif. Aussi, devant les lésions secondaires de la paroi, devais-je croire que la syphilis était la cause première de tous les troubles observés, et instituer un traitement arsenical. Mais, comme je gardais une arrière-pensée au sujet de l'actinomycose, j'y ai adjoint, à tout hasard, la médication iodurée à assez forte dose, si bien que l'efficacité de ce double traitement, si elle permet d'éliminer presque sûrement la tuberculose, laisse le diagnostic indécis entre syphylis et actinomycose.

Il manque à cette observation une inoculation des fongosités au cobaye et les réactions sérologiques de l'actinomycose. Du moins ai-je l'examen histologique de tous les fragments de tissus prélevés en différentes places au cours de l'opération. Il a été fait par M. Perrot, du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine, et confirmé par mon ami le professeur Roussy. On va voir que, s'il ne permet pas de résoudre avec certitude le problème du diagnostic, il n'en constitue pas moins un document fort intéressant.

L'examen histologique a porté, soit sur les fongosités, soit sur la paroi du trajet fistuleux près de l'orifice externe, soit sur des fragments d'intestin grêle adhérant à la lésion.

L'architecture générale des fongosités s'est toujours montrée celle d'un tissu de granulation : dans une trame conjonctive lâche, peu fibrillaire, largement irriguée par de nombreux capillaires souvent atteints de panvascularite, se disperse une infiltration très polymorphe dont la variété dominante varie suivant les points : polynucléaires, lymphocytes et moyens mononucléaires, plasmocytes. Se greffant sur ce tissu se trouve de nombreux nodules inflammatoires folliculaires formés de volumineuses cellules géantes avec fréquentes figures de macrophagies, parfois isolées, parfois plongées dans un groupement nodulaire épithélioïde dont le centre est souvent envahi par un afflux de polynucléaires.

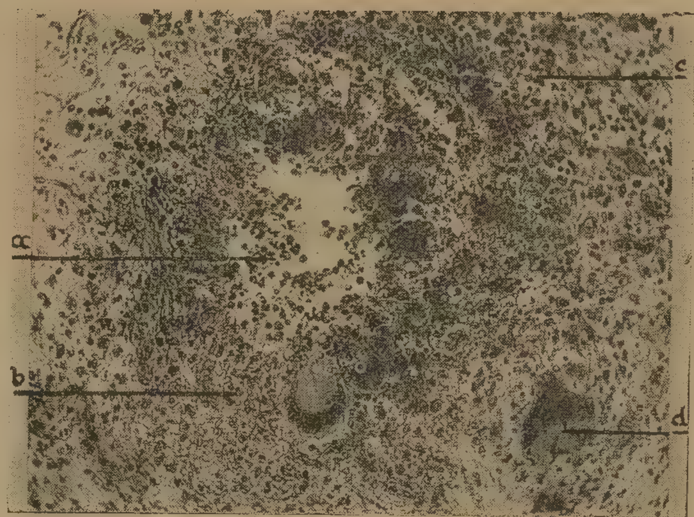


Fig. 2. — *Fongosités de la fistule sigmoïdo-pariétale. Un nodule inflammatoire.*

a. Polynucléaires; b. Cellules épithélioïdes; c. Cellules lymphoplasmatiques; d. Cellule géante.

La paroi du trajet fistuleux est formé par une charpente conjonctive collagène très dense dont les cellules très anastomotiques sont turgescentes. Entre ses mailles s'infiltrent des cellules libres, polymorphes, mais avec prédominance marquée des plasmocytes. Les capillaires et les artérioles sont le siège d'une panartérite fibreuse marquée et centrent parfois des amas de plasmocytes. Enfin, de place en place se trouvent de petits amas de cellules épithélioïdes.

La paroi intestinale ne montre aucune lésion de la muqueuse et de la musculeuse. Dans sa couche profonde, la séreuse est très scléreuse et s'infiltre de plasmocytes qui deviennent de plus en plus denses. Près du bord libre, cet infiltrat devient polymorphe et la lésion tend à prendre un aspect identique à

celui des fongosités, sans toutefois présenter de nodules bien nets.

En résumé, si ces lésions procèdent de l'inflammation nodulaire, dite spécifique, il est bien difficile de préciser avec certitude la nature de l'agent causal. Certains aspects sont tuberculoïdes, d'autres pourraient faire porter le diagnostic de mycose et il ne nous paraît pas possible enfin d'éliminer la possibilité d'une lésion syphilitique.

Les colorations spéciales bactériologiques étant restées toutes négatives ne nous permettent malheureusement pas de conclure en faveur de l'une de ces hypothèses, ni de les réfuter.

Ainsi la tuberculose qui ne serait pas incompatible avec les détails de structure microscopiques relevés ci-dessus devant être rejetée en raison de l'évolution clinique, le diagnostic ne peut être absolument tranché entre actinomycose et syphilis sigmoïdienne ayant envahi la paroi abdominale, bien que l'absence de tout élément parasitaire dans les coupes soit plutôt le fait d'une lésion syphilitique.

Je ne crois pas utile de revenir sur le traitement opératoire que j'ai appliqué à la lésion, ni de le défendre. Il m'a été en quelque sortc imposé par les circonstances et il est sans doute justifié par le résultat heureux qu'il a donné.

Deuxième observation. — Lucien G..., employé de bureau, cinquante-trois ans, entre à l'hospice Paul Brousse, le 30 septembre 1927, pour une tumeur abdominale gauche.

Le début, tout au moins apparent de la maladie, remonte à trois semaines. A ce moment, apparaissent presque en même temps des douleurs et une tuméfaction localisées au flanc gauche. En outre, une hernie inguino-scrotale gauche ancienne et réductible, jusque-là bien tolérée, est devenue gênante et douloureuse. Le ventre bandé avec une ceinture de flanelle, le malade a continué à vaquer à ses occupations. Il n'a jamais eu de troubles digestifs, particulièrement intestinaux. Ses selles sont habituellement très régulières et normales. Cependant, depuis quelques jours, elles sont tantôt assez dures et ovillées, tantôt presque liquides.

Les antécédents héréditaires n'offrent pas d'intérêt.

Le malade a eu à treize ans une fièvre dite muqueuse, à seize ans une endocardite rhumatismale suivie, entre seize et vingt et un ans, de plusieurs crises de rhumatisme; à trente-cinq ans, une fracture de la jambe gauche. Enfin, à quarante-trois ans, il a eu pendant quelque temps des malaises vagues et une asthénie très prononcée, avec amaigrissement de plus de 10 kilogrammes.

Grand, un peu pâle et fortement constitué, le malade semble avoir gardé un bon état général. Il ne s'est pas alité jusqu'ici. Ses douleurs abdominales sont actuellement très modérées. La palpation ne les accentue nullement. Il s'agit plutôt d'une gêne locale que d'une véritable douleur. Toute l'attention du malade et celle de l'observateur sont dirigées vers la tumeur.

Celle-ci fait une saillie visible, quoique légère, mais elle est facilement palpable. Elle occupe la partie externe du flanc gauche et empiète sur la fosse iliaque. C'est une masse longue d'une dizaine de centimètres, large de 5 ou 6, dont le grand axe est vertical et très légèrement oblique en haut et en dehors, atteignant presque en haut l'horizontale qui passe par l'ombilic, descendant un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, de consistance ferme, presque dure, mate à la percussion, un peu mobile transversalement, mais paraissant plus ou moins fixée à la paroi.

L'examen radiologique, après repas de gélobarine et lavement baryté, montre une coudure en siphon du côlon iliaque, sans aucune déformation, ni rétrécissement de la lumière intestinale. La tumeur est externe et inférieure par rapport au sigmoïde qu'on mobilise, en la palpant. D'autre part, l'anse colique pelvienne est actuellement logée dans la fosse iliaque droite.



Fig. 3. — *Radiographie de Lucien G... après lavement baryté.*

1. Côlon iliaque dans la région de l'abcès; 2. Côlon pelvien en ectopie momentanée dans la fosse iliaque droite.

Rien à signaler du côté du cœur et des poumons. Tension artérielle : 17-10. Urée sanguine : 33 centigrammes. Wassermann positif.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel du côté de l'appareil urinaire. Et l'urine ne contient pas d'albumine, mais elle contient du sucre.

La température est au-dessus de la normale de quelques dixièmes.

Ma première idée au sujet du diagnostic avait été qu'il s'agissait d'une diverticulite sigmoïdienne. Mais, après quelques jours d'observation, le malade ne présentant aucun trouble intestinal, aucun signe même léger de réaction péritonéale, pas de signe radiologique qui permît d'incriminer nettement l'intestin lui-même, je crus plutôt à une tumeur rétro-péritonéale ayant évolué en avant au contact de l'S iliaque jusqu'à la paroi antéro-latérale de l'abomen.

Il y eut bien pendant cette période d'observation quelques petites poussées thermiques à 38°2, 38°5. Mais elles paraissaient en rapport avec les injections d'insuline, et je n'y attachai pas d'autre importance.

Donc je suis en présence d'un malade atteint de tumeur abdominale, de nature indéterminée, dont l'ablation paraît indiquée quoique non urgente; mais ce malade est glycosurique. A vrai dire, le taux du sucre urinaire est assez faible : 3g90 p. 1.000. Celui de la glycémie, par contre, est de 2g35. Il est évidemment préférable de préparer le malade par le régime et l'insuline, ce qui est fait : 15 unités d'insuline le 8 et le 9 octobre, 30 le 10 et le 11; 45 le 12, le 14 et le 17.

La glycosurie tombe rapidement; elle est à 0 le 19. Mais la glycémie se maintient sensiblement au chiffre initial : 2,30.

Entre temps, à cause du Wassermann positif, j'ai voulu faire un traitement spécifique. Quelques injections d'acétylarsan ayant été mal tolérées, je m'en tiens là et j'opère le 22 octobre.

Laparotomie latérale gauche sur le bord du droit. Dès la traversée musculaire, j'ai l'impression que les tissus infiltrés et lardacés recouvrent une lésion inflammatoire. Comme je suis presqu'au contact de la partie antérieure de la tumeur, j'ouvre prudemment le péritoine à la partie supérieure de l'incision. L'épiploon normal, non adhérent, est refoulé. Ouverture large du péritoine. Je me rends compte alors que

la tumeur est intrapariétale. Elle fait, dans la cavité péritonéale, une saillie rénittente à laquelle l'S iliaque et ses franges très grasses adhèrent étroitement dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. En dehors de cette zone d'adhérence, il n'y a pas de réaction péritonéale à proprement parler et le côlon a un aspect sensiblement normal.

Il ne me paraît pas raisonnable, en décollant le côlon, d'ouvrir l'abcès dans un péritoine libre et d'aspect sain, hors d'une zone très limitée. Je place quelques mèches de gaze au contact du côlon adhérent, je referme la paroi en trois plans et je place un pansement isolé par du leucoplaste. J'ouvre l'abcès par une petite incision aussi externe que possible, c'est-à-dire placée à 4 ou 5 centimètres de la laparotomie. Je rencontre le pus sous le grand oblique dès que j'incise la couche musculaire profonde. Ce pus jaunâtre, sans caractères spéciaux, se trouve dans une cavité à paroi lisse formée de plusieurs loges séparées par des crêtes dures et saillantes. Aucun diverticule se dirigeant vers l'os iliaque. Pas de communication appréciable avec l'intestin. Un drain est placé.

Dès l'ablation des mèches intrapéritonéales le deuxième jour, il s'écoule un peu de pus mélangé de sang. Drainage au tube. Bien qu'on isole encore le plus possible les deux plaies, au bout de quelques jours, la suppuration est semblable pour chacune d'elles.

Le pus recueilli dans l'une et l'autre plaie, examiné par le docteur Peyre, contient presque uniquement des germes ayant les caractères du pneumo-bacille de Friedlander et des éléments leucocytaires surtout polynucléés, mais beaucoup moins abondants que dans le pus des inflammations aiguës.

La température monte à 39 degrés le soir pendant les quatre premiers jours, puis elle redescend pour se maintenir assez longtemps entre 37 et 38 degrés.

Mais dans les premiers jours des suites opératoires, la glycosurie reparaît plus élevée, 6g9, et des corps cétoniques se montrent dans les urines, d'abord en faible proportion : 0g087 le 24 octobre, puis en quantité plus notable : 0g387 le 26. Le taux de la glycémie n'a pas beaucoup changé : 2g30. En même temps, le malade souffre d'un malaise général indéfinissable. Il a de l'agitation, de l'insomnie. On reprend l'administration de l'insuline par doses journalières qui vont de 15 à 45 unités cliniques, en se guidant sur le taux du sucre dans l'urine et dans le sang et sur celui des corps cétoniques dans l'urine.

La glycosurie disparaît la première. Elle est nulle le 27 et déjà la glycémie baisse : 1g35 ce même jour. Les corps cétoniques baissent aussi : 0g112 le 28 octobre, 0g058 le 31. Sans doute la chute de la glycémie et de l'acétonurie n'est pas régulière, les chiffres remontent certains jours, mais dans l'ensemble elle est cependant progressive. Au début de janvier 1928, la glycémie est de 1g40 p. 1.000, c'est-à-dire qu'elle reste voisine de la normale, la glycosurie a disparu depuis longtemps, il n'y a plus que des traces indosables de corps cétoniques dans l'urine.

Il me faut revenir à l'évolution de la sigmoïdite.

Les agrafes de la laparotomie ont été enlevées le 30 octobre. Les fils, le 2 novembre. La plaie est cicatrisée, sauf à son extrémité inférieure qui correspond au drainage supprimé depuis deux jours. La suppuration continue abondante aussi bien de ce côté que par l'incision externe qui draine directement l'abcès. Des lavages à l'eau oxygénée faible, puis des instillations d'électrargol assèchent peu à peu les deux plaies.

Entre temps, dans les derniers jours d'octobre, on constate dans la région pubo-scrotale gauche une tuméfaction vaguement cylindrique exactement sur le trajet du cordon ou, si l'on veut, de la hernie qui, constamment réduite depuis que le malade est au lit, ne fait plus parler d'elle. Cette tuméfaction dure et rénittente, indolente spontanément, légèrement sensible à la palpation, s'arrête nettement en haut au bord supérieur du pubis et descend, sans l'englober, jusqu'au testicule, dont la vaginale contient un peu de liquide. De quoi s'agit-il? D'une funiculite? D'un kyste enflammé du cordon? D'une inflammation d'un sac déshabité de hernie? C'est ce dernier diagnostic qui semble le plus vraisemblable. On applique des pansements humides chauds, la tuméfaction diminue d'abord et semble vouloir se résorber. Mais au bout d'une quinzaine, elle a repris son volume et ses caractères primitifs. Le malade est plus fatigué. Sa température, qui ne dépassait pas 37°8 depuis quelques jours, est montée brusquement à 39°2. La masse pubo-scrotale contient évidemment du pus.

Le 14 novembre, sous anesthésie locale, j'incise cette masse longitudinalement. Après avoir traversé une peau normale, puis des feuillets successifs denses, fortement vascularisés et assez analogues à ceux d'une pachyvaginalite, je pénètre dans une cavité allongée pleine de pus épais, longue de 6 à 8 centimètres, se terminant en haut et en bas par deux culs-de-sac étroits qui ne communiquent ni avec la cavité péritonéale, ni avec la vaginale. Drain et suture partielle. Le pus ne contenait pas de germe à l'examen direct et les cultures sont restées stériles. Pendant que la cicatrisation des deux plaies abdominales s'achève, celle de la plaie pubo-scrotale se poursuit rapidement.

Le malade quitte le service complètement guéri le 23 décembre. Son état général et local sont également bons. Pas d'éventration au niveau des cicatrices abdominales. La cicatrice pubo-scrotale rétracte et remonte le scrotum. La hernie n'est plus perceptible, même pendant la toux ou l'effort.

Le malade a été revu le 18 février 1928, toujours bien portant et réexaminé le même jour aux rayons X, après lavement baryté. Le gros intestin, dans son ensemble, a un aspect et une disposition tout à fait normaux. Pas d'image de sténose ni de déformation. Cependant, l'S iliaque présente la même coudure que dans le premier cliché.

Cette observation, quoique plus commune et sans doute d'un moindre intérêt que la précédente, appelle cependant quelques remarques qui concernent d'une part la sigmoïdite, d'autre part le diabète dans ses rapports avec la thérapeutique chirurgicale.

La sigmoïdite est, au moins dans certains cas, une affection réellement difficile à reconnaître. Il est possible d'en juger d'ailleurs par bon nombre des faits publiés dans la littérature. Mais cette remarque s'applique particulièrement aux deux cas qui viennent d'être relatés. Dans le dernier, les troubles fonctionnels étaient moins marqués encore que dans l'autre et ne révélaient ni l'atteinte colique, ni l'inflammation péri-colique qui, bien que subaiguë évidemment, a cependant abouti à un abcès. Ce sont les signes physiques et radiologiques qui, mieux interprétés, auraient peut-être pu me guider vers le diagnostic.

Quelle a été la cause de cette sigmoïdite. Ici, je suis encore plus embarrassé pour répondre à cette question que précédemment. Il n'y a aucune raison sérieuse de songer à une diverticulite. La tuberculose, ni l'actinomycose ne peuvent être incriminées. L'inoculation du pus au cobaye a été négative. Des fragments de tissus prélevés dans la paroi d'un des abcès présentaient à l'examen histologique une réaction inflammatoire aiguë banale.

La syphilis, dont le malade présentait les réactions sérologiques, a-t-elle joué un rôle? Pour avoir quelques chances d'être fixé sur ce point, il aurait fallu pouvoir examiner un fragment de la paroi colique dans la partie malade. D'autre part, le traitement spécifique entrepris n'a pas été continué, et

la guérison ne doit rien ici qu'à la thérapeutique chirurgicale. Néanmoins, on peut retenir que les deux malades dont il est question dans ce travail étaient syphilitiques. Ce n'est peut-être qu'une coïncidence. Il est possible aussi que la syphilis crée au niveau du côlon iliaque de petites lésions qui préparent le terrain pour d'autres infections, celles-là d'origine intestinale. Cette hypothèse n'est pas plus extraordinaire — ni meilleure peut-être — que celle qui met la syphilis à l'origine de l'appendicite.

A noter la nature du germe infectant trouvé dans le pus et presque à l'état de pureté : le pneumobacille.

Enfin, je crois bon de relever aussi la singulière complication qui s'est présentée sous la forme d'un abcès de la région funiculaire, apparemment distinct de la suppuration de la fosse iliaque et que j'ai interprété, faute d'une meilleure explication, comme la péritonite d'un sac herniaire déshabité.

J'en viens maintenant à cette autre complication d'un ordre tout à fait différent que présentait mon malade et qui est le diabète.

Il n'y a pas, je crois, à chercher de rapport entre le diabète et la sigmoïdite. Au plus, pourrait-on admettre que le diabète a favorisé la suppuration.

Ce qui est intéressant, c'est l'exemple assez démonstratif que fournit ce cas des conditions dans lesquelles il est possible d'opérer, sans trop de risques, un diabétique.

D'abord, il s'agit bien de diabète. La glycosurie était faible, mais la glycémie était de 2,35, même avec un régime pauvre en substances hydro-carbonées. Seelig (Diabète et chirurgie, *The American Journal of The Medical Sciences*, oct. 1924, p. 495), admet qu'un sujet est diabétique quand sa glycémie atteint 2 p. 100 avec un régime ordinaire, et 1,60 à l'état de jeûne.

Mon malade a été préparé pendant trois semaines par le régime et l'insuline. Le régime comportait de la viande, des œufs apprêtés à peu près sans corps gras, du lait, des pommes de terre bouillies et des oranges en quantité modérée. On a vu quelle quantité d'insuline était administrée. Après chaque injection d'insuline, le malade prenait le verre de lait sucré classique. La glycosurie a disparu très vite, mais la glycémie qui s'abaissait notablement, comme on l'a vérifié plusieurs fois, après chaque injection d'insuline, remontait ensuite à son taux initial.

Malgré ces précautions, malgré la brièveté de l'anesthésie et de l'acte opératoire, il y eut après l'intervention des phénomènes cliniques d'acidose, une élimination assez durable de corps cétoniques par l'urine et un retour de la glycosurie. Mais là encore, l'administration d'insuline ramena peu à peu l'équilibre et, prolongée pendant un mois environ, permit de conduire le malade à la guérison sans aucun accident imputable au diabète.

Il est même assez remarquable de constater que, plus, de deux mois après la première opération et d'un mois après la cessation de l'insuline, la glycémie restait, malgré un régime moins strict, à un taux très voisin de la normale, 1,40, et la glycosurie n'avait pas reparu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1928)

Stades précoces de la leucémie lymphatique. Difficultés du diagnostic. — MM. P.-E. WEIL et Robert CAHON. Cette observation prouve, d'une part, l'impossibilité qu'il y a souvent de faire cliniquement le diagnostic différentiel entre la lymphomatose aleucémique et la maladie de Hogdkin, et, d'autre part, l'existence de la lymphomatose des centres hématiques, tout au moins momentanée, sans modifications parallèles du sang.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — M. P. HARVIER, à propos de l'observation de M. Marcel Labbé publiée dans la dernière séance, rapporte un cas de néphrose lipoïdique avec néphrite, dans lequel les œdèmes disparurent en quelques jours sous l'influence d'un simple régime lacto-végétarien déchloruré.

Crises hystériques et pithiatisme. — M. René BÉNARD insiste sur les relations qui existent entre ces manifestations et les altérations organiques. Pour lui, il y a lieu de distinguer trois groupes de faits : 1° les « associations hystéro-organiques des classiques ; 2° les manifestations hystériques greffées sur une épine organique ; 3° ceux dans lesquels aucun substratum organique n'a pu cliniquement être décelé.

Lymphocytémie aleucémique transformée en leucémie lymphoïde. — M. AUBERTIN. La lymphocytémie aleucémique n'est qu'une forme fruste de la leucémie lymphoïde bien que d'ordinaire elle ne se transforme pas en leucémie. L'observation présente, bien que rare, prouve qu'il s'agit en réalité d'une seule et même maladie.

Le traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié. — M. ARMAND-DELILLE souligne l'importance, pour la bonne réussite du traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié, du milieu où vit le sujet et du régime auquel il est soumis. Il insiste sur ce point : pour que la guérison du rachitisme soit complète, il faut l'action de la lumière solaire qui agit en activant d'autres vitamines que la vitamine D.

Syndrome vagotonique au cours de la dengue. Insuffisance surrénale aiguë. — MM. A. PORTOCALIS et G. FLORA (d'Athènes) ont observé pendant la récente épidémie de dengue à Athènes une véritable forme vagotonique caractérisée par : légère bradycardie, hypotension artérielle, réflexe oculo-cardiaque fortement positif, ligne blanche de Sergent, asthénie, sueurs profuses, etc.

Entérite aiguë avec état comateux et forte azotémie. Amélioration rapide par le chlorure de calcium. — MM. L. BLUM et Joseph WEIL rapportent l'histoire d'un malade chez lequel il s'est développé un syndrome azotémique grave à la suite de fortes diarrhées. Partant de l'idée que les diarrhées ont appauvri l'organisme en sel et que l'azotémie était due à ce manque de sel, les auteurs ont administré du chlorure de sodium à leur malade dont l'état général s'est amélioré et dont l'azotémie a régressé.

Néphrite subaiguë avec syndrome azotémique grave par manque de sel. — MM. Léon BLUM, VAN CAULAERT et P. GRABAR relatent l'histoire d'un néphritique chez lequel l'azotémie est montée de 5 à 8 grammes. Ce malade présentait une hypochloruration extrêmement marquée des humeurs et des organes. Ce fait montre qu'un syndrome azotémique grave, dû au manque de sel, offre la plus grande ressemblance avec l'urémie et peut compliquer une néphrite banale.

Sporomycose des pelleteurs de grains. — MM. Pasteur Vallery-Radot et Paul Giroud décrivent une affection survenue cet été et l'été précédent dans une petite malterie de l'Est chez les ouvriers qui travaillent au pelletage des grains. Il s'agissait d'infection des bronches par l'aspergillus fumigatus et le mucor mucedo, champignons qui se trouvaient en quantité considérable sur les grains d'orge que l'on maltait. La spécificité de l'infection aspergillaire fut démontrée par les intradermoréactions et les précipito-réactions positives avec l'extrait d'aspergillus. Seul, l'aspergillus avait un pouvoir antigénique, le mucor ne provoquait pas de réactions humorales. Cette affection que les auteurs décrivent sous le nom de « sporomycose estivale des pelleteurs de grains » n'est pas exceptionnelle. Dans l'affection observée par MM. Pasteur-Vallery-Radot et Paul Giroud, les spores ne prolifèrent pas dans l'appareil respiratoire; c'est leur seule présence en nombre considérable, ainsi probablement que la résorption de substances toxiques qui provoquent les symptômes locaux et généraux de la maladie, en même temps que les réactions humorales spécifiques.

Recherches sur la cuti-réaction à la toxine gonococcique dans la blennorragie. — MM. A. Demonchy et F. Benoist ont pratiqué, pendant un an, avec un autolysat gonococcique des cuti-réactions répétées chez les blennorragiens. Ils ont constaté : 1° dans les urétrites aiguës l'apparition d'une cuti-réaction positive à partir du dixième jour de l'infection; 2° dans les urétrites chroniques la cuti-réaction a été trouvée positive dans les cas où existaient des lésions gonococciques en évolution.

Toux coqueluchoïde équivalent d'asthme. — MM. Bezançon et de Gennes apportent une observation de toux coqueluchoïde équivalent d'asthme. Leur malade présentait une éosinophilie marquée dans le sang et l'expectoration. L'existence d'éosinophilie dans le sang prend ici une importance diagnostique considérable sur laquelle ils insistent.

Septicémie éberthienne et infection vésiculaire. — MM. Noël Fiessinger et Roger Cattan résument l'observation d'un malade qui, après une fièvre typhoïde compliquée à la fin d'une cholécystite hydropique aiguë avec ictère, fit à trois reprises espacées de quinze jours à un mois des nouvelles septicémies à Eberth, entrecoupées par des poussées aiguës de cholécystite douloureuse avec fièvre. Cette malade ne fit en réalité pas de rechutes, comme permettent de l'affirmer les longues périodes apyrétiques, mais des fièvres typhoïdes successives, comme si la vésicule infectée était le point de départ de septicémies nouvelles.

Ictère de cinq mois par hépatite aiguë sans lésions des voies biliaires. — MM. Noël Fiessinger et René Toupet rapportent l'histoire d'un ictère franc apyrétique de cinq mois survenu sans cause apparente. On intervint chirurgicalement et on constata l'intégrité et l'aplasie des voies biliaires extrahépatiques. L'intervention fut terminée par une cholécystostomie. Les auteurs assistèrent à la guérison complète de cet ictère après cinq mois. Ils insistent sur le caractère véritablement expérimental de cette observation et en tirent les constatations suivantes : nature certaine de l'intégrité des grandes voies, existence nécessaire de la cholécystostomie qui semble favoriser la chasse biliaire.

Présentation d'un appareil nouveau. — M. Charles Mayer. Appareil nouveau obtenu par une modification de la seringue de Jubé. Il est destiné principalement à la thoracentèse, mais peut servir également pour toutes les opérations portant sur des quantités supérieures à 20 centimètres cubes de liquide ou de gaz.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1928)

M. le Président souhaite la bienvenue à Mme Lapicque, nommée membre titulaire à la dernière séance.

Les lésions expérimentales dans l'aspergillose. — M. Nicaud en partant de l'aspergillus fumigatus isolé de l'expectoration d'une malade aspergillaire a étudié les lésions expérimentales trouvées chez le cobaye et le lapin après introduction du germe par les diverses voies. On obtient ainsi sous la peau dans le péritoine, la plèvre et le poumon, des lésions nodulaires, constituées par des cellules polynucléées encadrant les spores et les filaments mycéliens. Par la voie intraveineuse, on obtient les lésions les plus intéressantes dans le parenchyme rénal. Ces lésions sont centrées par des formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus. Les nodules ainsi constitués n'ont que l'apparence grossières de tubercules et la nature des lésions rend discutable le terme de pseudo-tuberculose aspergillaire.

Les formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus. — M. P. Nicaud. Ces formes peuvent être réalisées par l'inoculation discrète et répétée et se voient surtout dans le parenchyme rénal. Elles se présentent sous forme de corps rayonnants ou d'aspect réniforme, ou sous forme de houppe ou de rameaux divergents sur une tige; elles ont un centre réfringent entouré de filaments massués en couronne ou en éventail, à affinités tinctoriales énergiques. Ce sont des formes du parasite hautement différenciées, analogues à celles d'autres champignons et de bactéries (bacilles de Koch, paratuberculeux, diphtérique, staphylocoque) et réalisées dans certaines conditions de vie parasitaire. Ces formes ont conservé toute leur vitalité; leur ensemencement en liquide de Roulin permet d'obtenir les formes classiques de l'aspergillus fumigatus.

Influence de la ligature des carotides et vertébrales sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale. — M. et Mme Chauchard mesurent, sur des chiens, l'excitabilité de l'écorce cérébrale après ligature des vertébrales et des carotides. Si, dans un grand nombre de cas, cette intervention ne modifie pas l'excitabilité, par suite de la suppléance des collatérales, il arrive cependant qu'elle soit suivie de variations de l'excitabilité ou même d'inexcitabilité. Ces divergences s'expliquent par des différences individuelles du calibre des collatérales. Si chez un chien dont la chronaxie corticale n'a pas été changée par la ligature, on injecte de l'adrénaline dans le bout céphalique de l'artère carotide, on observe pendant la durée de la vaso-constriction consécutive, une inexcitabilité complète de l'écorce.

Sur la sensibilité générale à la tuberculine des jeunes cobayes. — MM. J. Valtis et A. Saenz, éprouvant à la tuberculine par voie péritonéale de jeunes cobayes tuberculisés dès leur naissance, en même temps que des cobayes tuberculeux adultes, ont constaté que ceux-ci réagissaient de la même façon à l'épreuve thermique à la tuberculine.

L'absence de sensibilité signalée chez les jeunes cobayes pour l'épreuve intradermique tuberculinique n'est donc pas due à une inaptitude réactionnelle générales des jeunes organismes pour de la tuberculine, mais bien aux caractères de leurs téguments.

Sur la production du phénomène de Koch par inoculation hypodermique des filtrations tuberculeux à des tuberculeux. — MM. J. Valtis, A. Saenz et de Sanctis Mnnaldi ont pu obtenir la production d'un phénomène de Koch typique par l'inoculation hypodermique, à des cobayes tuberculeux, de petites doses des filtrats de culture de bacille de Koch et de produits pathologiques tuberculeux.

Phénomène de Koch obtenu chez le cobaye par injection sous-cutanée de filtrat tuberculeux. — M. J. Van Beneden

a obtenu un phénomène cutané nécrotique chez le cobaye à la suite de deux inoculations d'ultravirus tuberculeux contenu dans deux véhicules liquides différents (filtrat d'épanchement pleurétique, filtrat d'expectoration) de même que chez un cobaye tuberculeux à la suite de l'injection de filtrats d'expectoration ou de culture.

Réceptivité aux toxi-infections et réactivité antitoxique. — M. Chr. Zœller montre que la sensibilité à la toxine n'implique pas toujours la réceptivité au bacille diphtérique. Le seul indice certain de la réceptivité à la diphtérie c'est l'éclosion de la maladie; l'existence d'une réaction de Schick positive ne fait que traduire une possibilité. Chez un sujet neuf l'état réfractaire à la maladie fait intervenir la qualité de l'épithélium infecté et l'activité de la phagocytose à son niveau. Quatre groupes peuvent être définis selon que la réceptivité à la maladie et la réactivité à l'antigène diphtérique sont plus ou moins accentuées. La réceptivité varie d'un sujet à l'autre et pour un même sujet selon les circonstances. La réactivité varie selon les sujets; nous savons encore peu de chose sur ces variations chez un même individu. De même, que, dans le domaine des antigènes il a fallu s'habituer à disjoindre activité toxique et valeur antigène, de même en ce qui concerne les donneurs d'anticorps il importe de ne pas confondre réceptivité et réactivité.

Chez un sujet allergique ou chez un sujet spontanément ou artificiellement immunisé l'antitoxine et la réactivité antitoxique jouent un rôle prépondérant dans l'état réfractaire.

Technique de mesure des corps sulfurés des albuminoïdes. — MM. R. Goiffon et Haudiquet décrivent une technique par laquelle ils libèrent une quantité définie de corps sulfurés au moyen de l'hydrolyse alcaline des albumines. Il est aisé de mesurer ces corps colorimétriquement grâce au réactif phosphotungsto-molybdidique.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 19 novembre 1928) :

Relations de virulence entre les virus tuberculeux filtrables et les souches bacillaires dont ils sont issus. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt s'appuyant sur des expériences poursuivies depuis plusieurs années et portant sur une cinquantaine de souches de virus tuberculeux filtrables provenant de l'enfant ou de l'adulte ainsi que de diverses cultures, concluent que le virus tuberculeux filtrable possède comme le bacille tuberculeux classique une virulence essentiellement variable.

Il n'y a pas de parallélisme étroit entre la virulence des bacilles retirés directement des lésions humaines ou entretenues en cultures et celle des éléments filtrables qui en proviennent.

Les cas suivants prouvant la malléabilité de la virulence des éléments filtrables peuvent se rencontrer : 1º une lésion tuberculeuse virulente peut donner un filtrat dépourvu d'effets pathogènes appréciables; 2º une lésion tuberculeuse virulente est susceptible de donner un filtrat virulent; 3º une lésion peu virulente peut donner un filtrat actif; 4º il y a habituellement identité de virulence entre les filtrats des lésions humaines et les filtrats de leurs cultures; 5º une culture d'un bacille virulent peut fournir un filtrat peu pathogène; 6º mais, fait remarquable, une culture d'un bacille très atténué donne assez fréquemment des éléments filtrables actifs.

Cuti-réaction aux filtrats tuberculeux dans diverses formes de la tuberculose pleuropulmonaire de l'adulte. — MM. F. Arloing, A. Dufourt, A. Josserand et Charachon

ont recherché comparativement sur 70 tuberculeux pleuro-pulmonaires les cuti-réactions à la tuberculine, à des filtrats de cultures chauffés et non chauffés.

Ils ont vu que les filtrats non chauffés de certaines cultures de bacilles sur pommes de terre ou en cultures homogènes de S. Arloing peuvent donner une cuti-réaction positive chez l'adulte tuberculeux.

Il existe un rapport inverse entre la gravité de l'évolution tuberculeuse et l'intensité de la cuti-réaction au filtrat. Un processus atténué, en particulier les formes pleurales, comporte une cuti-réaction forte au filtrat : une infection grave, une filtro-réaction cutanée négative.

Si, chez les malades sur qui ont porté les observations, la filtro-cuti-réaction est dépourvue de valeur spécifique quant au rôle possible des éléments filtrables dans les cas considérés, par contre, la réaction semble comporter une signification pronostique réelle, ses modifications précédant les variations de la réaction tuberculinique cutanée chez les tuberculeux dont l'évolution s'aggrave.

Sur la présence d'oxygène péroxydique dans l'huile de foie de morue et sur l'action catalytique de cette huile. — M. P. Delore continuant la série de ses recherches sur l'huile de foie de morue montre que cette huile douée d'une capacité d'oxydation très grande, possède dans sa molécule une certaine quantité d'oxygène actif sous forme péroxydique et qu'elle est capable telle un catalyseur de favoriser l'action des oxydases.

Effets de l'anesthésie locale sur la production de l'érythème cutané dû aux rayons ultraviolets. — MM. J. Cluzet Cardot et Kofman ont montré que la perte de sensibilité d'une région irradiée, diminue considérablement la réaction cutanée à l'ultraviolet, que l'hypoesthésie soit temporaire, à la suite d'injection d'anesthésique, ou qu'elle soit définitive à la suite de la section du nerf sensitif.

CORRESPONDANCE

LES SYPHILITIQUES AUX EAUX MINÉRALES

Les docteurs Blanc (Aix-les-Bains), Flurin (Cauterets), Heitz (Royat), Pierret (La Bourboule), Salles (Luchon) ont été chargés par la Société d'hydrologie de présenter à la séance solennelle annuelle un rapport sur le sujet suivant : les *Syphilitiques aux eaux minérales*. Les rapporteurs seraient reconnaissants à leurs confrères : spécialistes, médecins de médecine générale et à leurs collègues de villes d'eau, de leur transmettre, avant le 30 décembre 1928, les documents personnels qu'ils auraient en leur possession sur ce sujet.

Les documents relatifs aux *syphilitiques adultes*, et aux complications directes et indirectes de cette maladie, justiciables de la cure thermale — associée ou non avec les cures médicales faites à domiciles — devront être adressés au *docteur Flurin, 19, rue Mac-Mahon, à Paris*.

Les documents relatifs aux *syndromes syphilitiques et parasyphilitiques des enfants* devront être adressés au *docteur Pierret, 7 bis, rue Raynouard, Paris*.

Les rapporteurs expriment à l'avance leur reconnaissance et leurs remerciements aux confrères qui voudront bien répondre à cette demande.

Initiation à la biologie, par Désiré Tits, docteur ès-sciences. In-16, 69 illustrat. Prix : broché, 10 fr. — Paris, Librairie Hachette.

NOTES POUR L'INTERNAT

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MÉNISQUES DU GENOU

Les lésions traumatiques des ménisques mal connues autrefois et groupées dans le complexe pathologique des « dérangements internes du genou » apparaissent de plus en plus fréquentes à mesure qu'on sait mieux les diagnostiquer. Elles ont fait l'objet de nombreux travaux (Dujarrier, P. Mathieu, Mouchet et Tavernier) depuis quelques années.

Il s'agit avant tout des ruptures et des fissures des ménisques avec ou sans luxation.

Rappel anatomique et physologique. — Dans chaque genou se trouvent deux ménisques ou fibrocartilages l'un externe, terminé par deux cornes très rapprochées (en forme d'O); l'autre interne, deux cornes écartées (en forme de C).

Les deux ménisques sont unis en avant par le ligament transverse.

Ils adhèrent à la capsule articulaire.

Ils sont unis à la rotule par les ailerons méniscorotulien de Pauzat.

Les ménisques reçoivent des vaisseaux nourriciers qui s'arrêtent à leur base sans pénétrer dans leur tissu fibreux. Il ne peut donc y avoir de lésions inflammatoires d'origine vasculaire sur ces ménisques (Mouchet et Tavernier).

Au point de *vue physiologique*, ils ont surtout pour fonction de compléter les surfaces articulaires du tibia insuffisamment creuses pour loger celles du fémur. Ils se déplacent suivant la position du genou.

Dans la flexion, les ménisques glissent d'avant en arrière et arrivent à être en retrait de 1 centimètre environ sur le bord antérieur du plateau tibial.

Etiologie. — Les lésions des ménisques surviennent surtout chez les *adolescents et les adultes*, dans le sexe masculin. Les sports (foot-ball), certaines professions (mineurs) semblent y prédisposer.

Anatomie pathologique. — Le genou *droit* est le plus souvent le siège des lésions. Le *ménisque interne* de ce genou est atteint avec prédilection.

La rupture du ménisque est le fait essentiel et primordial (Mouchet et Tavernier). On voit fréquemment la luxation manquer, quand elle existe c'est parce qu'il y a rupture ou fissure du ménisque. Il ne faut donc pas conserver l'opposition classique entre rupture et luxation des ménisques.

Les principales lésions que l'on observe sont :

a. La fissuration longitudinale. — C'est la plus fréquente : complète, c'est le méniscus bipartitus, le « ménisque en anse de seau ». La fissure peut passer au ras de la capsule. Incomplète, elle reste localisée à la partie antérieure.

b. L'arrachement de la corne antérieure, qui peut entraîner des lesions plus complexes du ménisque : écrasement, aplatissement, destruction.

c. *La rupture transversale* est plus rare.

Elle peut être complète ou incomplète, unique ou multiple.

Les lésions décrites sous le nom de laxité méniscale font en réalité partie d'un tableau de laxité du genou.

La méniscite traumatique n'est pas une vraie méniscite mais il s'agit simplement de petites déchirures ou de petites fissures des ménisques.

Lésions associées. — Accompagnant les lésions des ménisques, on peut voir des lésions, des ligaments latéraux et des ligaments croisés qui aggravent le pronostic.

Mécanisme. — Il est assez difficile à préciser. On peut admettre que les lésions directes sont l'exception. En règle, c'est dans un *mouvement de flexion forcée* avec rotation de la jambe en dehors ou dans un *mouvement d'extension brusque* du genou (passage de la position accroupie à la station debout) que les lésions se produisent. Le ménisque ne suivant pas assez vite le déplacement du condyle est évincé par lui, déchiré et tiraillé.

Etude clinique. — Il faut insister avant tout sur *la variété de la symptomatologie des lésions méniscales.*

A côté des cas typiques de diagnostic facile, il est des types cliniques extrêmement frustes et de diagnostic difficile, cas typiques et cas frustes se superposent schématiquement aux lésions anatomiques : désinsertion et luxation du ménisque dans le premier cas, simples lésions parcellaires du ménisque dans le deuxième. Mais tous les intermédiaires peuvent se voir et le passage d'une forme clinique à une autre n'est pas impossible.

Cas typiques. — Ils comprennent un accident initial et des accidents évolutifs.

A. **Accident initial.** — Le plus caractéristique est le blocage.

Le blocage. — C'est un signe typique et lorsqu'on le retrouve dans l'histoire d'un malade chez qui l'on soupçonne une lésion des ménisques, il impose le diagnostic.

C'est une brusque impossibilité de mobiliser le genou. C'est l'*extension complète qui est impossible*. On ne peut dépasser 150 à 160 degrés. La flexion reste libre.

Il se produit au cours d'un mouvement violent.

Il s'accompagne d'une *douleur vive* qui disparaît vite mais reparaît quand le malade essaie d'allonger la jambe.

Durée. — Quelques minutes en général, parfois plus. Le malade arrive à débloquer lui-même par une série de petits mouvements de flexion et extension, ou une extension forcée. Il éprouve une sensation de réduction plus ou moins nette. Rarement le blocage est irréductible.

Mécanisme. — Le blocage vrai et durable est dû à un ménisque en anse de seau (Mouchet).

Dans d'autres cas, le blocage vrai n'est pas l'accident initial. Celui-ci est alors beaucoup plus difficile à faire préciser par le malade.

Ce peut être *une entorse* banale sans blocage. Parfois il s'agit de simples douleurs spontanées dans le genou.

B. **Accidents évolutifs.** — Signes fonctionnels. — Le malade se plaint

1. Soit d'*accidents de blocage à répétition.*

Ce sont des blocages vrais se reproduisant plus ou moins souvent. Le malade sait les réduire lui-même.

2. *Soit d'entorses à répétition.* — Ce sont en réalité des blocages frustes : au cours d'un mouvement brusque la flexion ou l'extension sont arrêtées quelques secondes.

3. *Dans les deux cas les douleurs sont marquées.* — Dans le blocage franc elles accompagnent l'accident : douleur très vive dans le genou, surtout à sa partie interne. Elle s'atténue rapidement, mais pour reparaître avec moins d'intensité qu'au début dans les heures suivantes. Certains blocages sont peu douloureux.

Dans d'autres cas, au contraire, le malade se plaint de douleurs apparues spontanément pour ainsi dire, mais brusquement et disparaissant de même. Certains malades ont *alternativement des crises douloureuses et des blocages.*

Siège des douleurs : localisées à l'articulation. Mais elles peuvent irradier à distance : à la cuisse ou au mollet.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 3 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des crises gastriques du tabes. — Signes et diagnostic des fractures du rocher. »

MM. Poinceau et Leroy (Jacques), 14; Terrenoire, 24; Lançon, 26; Colin, 21; Mlle Riom, 26; M. Brisard, 23; Mlle Hallard, 16; MM. Schwartz, 13; Brisset, 24; Vautrin, 12; Mlle Dreyfus, 19.

Séance du 4 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la cirrhose de Laennec. — Signes, diagnostic et complications des fractures de l'extrémité inférieure du rocher. »

MM. Roquejeoffre, 22; Alavoine, 23; Asselin, 27; Facquet, 21; Mlle Gautheron et MM. Franco, 25; Hervy, 17; Jomain, 16; Loisel, 20; Robin, 21; Guichard, 25; Stoclet et Roulin, 16.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Gosset, Rudler, Gadaud, Delay, Joseph, Hesse, Henrion, Mme Grand, MM. Guichard, Contiadès,

11. Langlois, Mme Arager, MM. Grand, Gasné, Gaston, Fauvert, Ardouin, Poilleux, Ribadeau-Dumas, Graffin,

21. Haïck, Judet, Maës, Pichon, Puymartin, Weiss, Arondel, Pautrat, Hervy, Mme Baillon,

31. MM. Fau, Meyer, Brisset, Richard, Louvet, Leroy, Thomas, Antonelli, Cottet, Illaire,

41. Jonard, Lapiné, Reyt, Beuzard, Gilbrin, Peney, Asselin, Gavois, Limasset, Blanquine,

51. Bolgert, Durrbach, Mlle Fayot, MM. Piollet, Voillemin, Roquejeoffre, Terrenoire, Vialle, Golé, Fournié,

61. Lacoste, Amid, Vandenbossche, Griveaud, Mlle Riom, MM. Franco, Maisler, Mlle Wilm, MM. Lançon, Martin,

71. Aubin, Mlle Bégaud, MM. Gorodiche, Masson, Patté, Sergent, Rachelsberg, Stérin, Alavoine, Mutricy,

81. Bernard-Griffiths, Mlle Gautheron, MM. Koang, David (J.-G.), Robin, David (P.-E.-M.), Mlle Develay, M. Trocmé.

Internes provisoires. — 1. MM. Rousseau, Lepart, Bloch, Bergenstein, Mme Blondel, M. Patey, Mlles L'Hoir, Valentin, Ducosté, MM. Gallot,

11. Boudin, Naulleau, Cuvillier, Fort, Prost, Hauert, Nicolas, Cohen, Bosquet, Lardennois,

21. Durel, Coste, Fichet, Schwartz, Aboulker, Brisard, Martin, Bénassy, Sallet, Mlles Pichot,

31. Baguette, MM. Robert, Kreyts, Gaudin, Bousser, Lieftring, Lachter-Pachter, Bernard, Facquet, Eck,

41. Stérin, Baussan, Bridot, Jomain, Bourgeois, Vaudour, Fiehrer, Chomet, Mlle Le Diouron, MM. Macé de Lépinay,

51. Catalette, Ollivier-Henry, Lévy-Klotz, Lemoine, Bonnet, Paul, Périer, Cain, Laflotte, Labesse,

61. Bréhier, Barrier, Delinotte, Deparis, Brandy, de Ginestet, Mariau, Postel, Gorecki, Grasset,

71. Mlle Hallard, M. Thorel, Mlle Cligny, MM. Bons, Loisel, Boisramé, Mlle Lépine, MM. Olivier, Roulin, Mlle Vidal,

81. MM. de Langre, Durieux, Jarrousse, Leuret, Meillaud, Royer de Véricourt, Billiard, Salomon (J.-M.-C.), de Palma, Belêtre,

91. Werner, Cacuira, Loutsch, Albeaux.

— Prix de l'internat. — Les jurys sont composés de : *Médecine.* — MM. Laederich, Binet, Milian, Pruvost et Courtois-Suffit, qui acceptent.

Chirurgie et accouchements. — MM. Mauclaire, Bollack, Ru-

daux, qui acceptent; Sauvé, Bréchot, qui n'ont pas fait connaître leur décision.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. Barthélemy, interne de quatrième année, a été nommé médecin résidant à l'hospice général de Pellegrin.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Massol, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Castaigne est nommé directeur de l'Ecole pour une période de trois ans.

— DIJON. — M. le docteur de Girardier est nommé pour neuf ans professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— NANTES. — M. le docteur Pichat est institué pour une période de neuf ans professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie.

— MARSEILLE. — M. Guillot, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de physique générale et de biologie.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 11 décembre 1928, à 4 h. 1/2 très précis, au Foyer médical franco-international, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, M. le ministre de l'Agriculture, M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et de M. le professeur L. Mangin, directeur du Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut.

Ordre du jour. — Approbation du procès-verbal. Correspondance.

Les médicaments et les aliments irradiés. — M. Armand-Delille : Traitements par les ergostérines irradiées (rapport).

M. R. Lecoq : Irradiation ultra-violette et vitamines. Synthèse, extraction et essais de caractérisation de la vitamine antirachitique (rapport).

M. le professeur Maignon : La vitamine antirachitique, au point de vue physiologique (rapport).

MM. Foveau de Courmelles et J. Risler : Appareils et procédés d'irradiation (rapport).

MM. Piettre et Chrétien : Etude biochimique de l'agglutination. Sur quelques propriétés nouvelles des protéines.

M. G. Rosenthal : Hospitalisation rationnelle. Suppression de la salle à tout faire.

Mme Francillon Lobre et Jean Dalsace : Radiodiagnostic et traitement de la stérilité d'origine tubaire (avec projections).

M. Lissot : Mécanisme de la mutation du lapin castorex.

MM. Urbain et Barotte : Sur les altérations du pain.

Avis important. — On est prié de se faire inscrire immédiatement pour le banquet qui aura lieu à 7 h. 1/2 au Foyer médical franco-international, 10, avenue d'Iéna (prix : 32 fr.). Les dames sont priées d'honorer le banquet de leur présence (tenue de ville).

LA PROPHYLAXIE DE LA DIPHTÉRIE. — L'*Animateur des temps nouveaux*, l'excellente Revue de propagande que dirige avec tant de talent M. Louis Forest, vient de publier un très utile article sur la prophylaxie de la diphtérie. A lire et à faire lire (16, rue Vézelay, Paris-8e).

LA PROPHYLAXIE DE LA GRIPPE. — Le *Journal officiel* du 2 décembre 1928 publie une instruction du ministre de la Marine relative à la prophylaxie de la grippe dans la marine.

DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX DE LA DORDOGNE. — Le concours organisé pour la nomination d'un médecin chargé à la fois du Dispensaire antituberculeux, des consultations antivénériennes et prénatales dans la ville de Bergerac, qui avait dû être retardé, aura lieu définitivement fin décembre courant.

Le traitement et les conditions de nomination sont conformes au règlement intérieur des Dispensaires (Statut type).

Les dossiers devront être adressés le plus rapidement possible au Comité National de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Halket (de Glasgow), Diarmid Noël Paton, professeur de physiologie à l'Université de Glasgow; Alexander Napier, colonel-médecin à Glasgow; George Halket (de Glasgow); James Stevenson (de Clydebank); Thomas Buchanan Dunn (de Londres); Fleury (de Sainte-Pazanne), Georges Huillet (de Nice), A. Bailliez (d'Harne), beau-père du professeur Lambret (de Lille); Edouard Favez (de Lausanne), décédé à Barbizon.

CHRONIQUE

LA RÉCEPTION DES MÉDECINS BRÉSILIENS PAR L'A. D. R. M.

L'Association pour le développement des Relations médicales avec les pays amis a offert, mercredi soir, un dîner aux 22 médecins qui composent la mission médicale brésilienne. En raison du grand deuil qui vient de frapper le Brésil, M. le professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., d'accord avec S. E. l'ambassadeur du Brésil, a tenu à conserver à cette réunion un caractère de grande et de très affectueuse intimité.

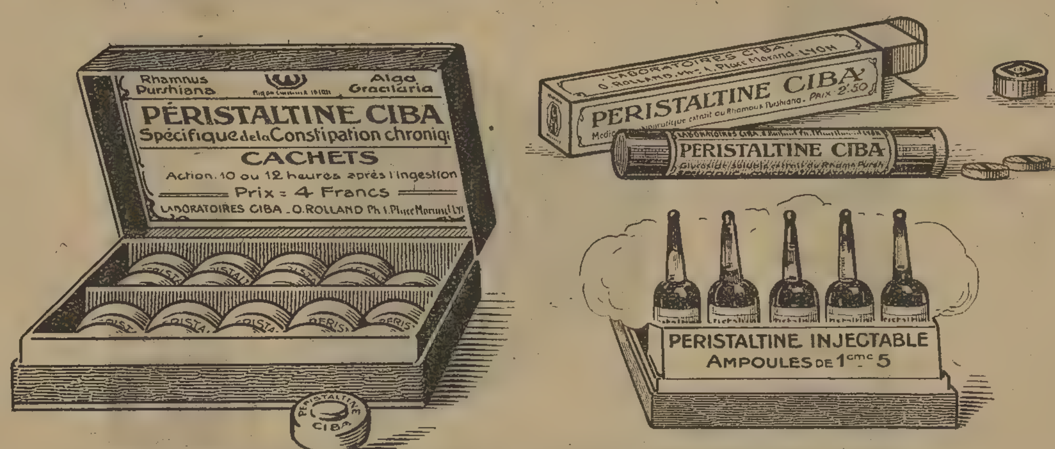
Autour de M. Georges Dumas, professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie de médecine et « citoyen de Rio de Janeiro » qui présidait, avaient pris place L.L. E.E. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil; Cornejo, ministre du Pérou; Cabellero de Pedoya, ministre du Paraguay; Guani, ministre de l'Uruguay, ainsi que des représentants de toutes les républiques américaines latines. M. le directeur de l'enseignement supérieur, M. le Doyen et tous les professeurs de la Faculté, les membres de l'A. D. R. M. et de nombreuses dames étaient venus recevoir nos amis latins.

A la mission médicale brésilienne s'étaient joints les confrères sud-américains actuellement à Paris, en particulier le professeur Austregesilo (de Rio), vice-président de la Fédération de la presse latine, et le professeur Dominguez, ancien doyen de la Faculté de la Havane.

En prenant la parole au dessert, M. Georges Dumas se fit l'interprète de l'émotion éprouvée par tous les amis du Brésil, lorsqu'ils ont appris le terrible accident d'hydravion dans lequel viennent de périr tant de savants éminents et en particulier notre confrère le professeur Madeiros.

Après lui M. le professeur Hartmann salua nos confrères au nom de l'A. D. R. M., puis M. Rosa Martins, au nom de la mission, et M. l'Ambassadeur du Brésil dirent en termes émus leur attachement indéfectible pour la France et leur affectueuse admiration pour la science française.

F. L. S.



Rhamnus Purshiana
Alga Gracilaria
PÉRISTALTINE CIBA
Spécifique de la Constipation chroniq
CACHETS
Action 10 ou 12 heures après l'ingestion
Prix : 4 Francs
PERISTALTINE CIBA
PERISTALTINE CIBA
PERISTALTINE INJECTABLE
AMPOULES DE 1cmc 5

REVUE GÉNÉRALE

LES OBÉSITÉS

Par J. DELARUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'embonpoint a semblé le plus souvent à tous, médecins compris, un signe manifeste de bonne santé. Mais l'obésité, qui est l'exagération de l'embonpoint, qui résulte de l'exagération du processus normal d'accumulation des réserves de graisses dans tout l'organisme a été de tout temps considérée comme un phénomène pathologique, encore qu'elle soit diversement appréciée au point de vue artistique suivant les races et les individus.

Historique. — Cœlius Aurelianus désignait l'obésité sous le nom de polysarcie. Ce terme, qui signifie surabondance de chair, ne précise pas que seule la graisse s'est accumulée dans les tissus de façon exagérée, et les mots d'adipose, de lipomatose diffuse sont employés à meilleur escient.

Les signes cliniques de l'obésité diffuse ont fait l'objet de nombreuses études : citons celles de Bartholin, d'Aran, de Wadd, et celles plus récentes de M. Labbé, et d'Aubertin et Coursier (troubles vasculaires de l'obésité). Frerichs et Ranvier, entre autres, ont fait des études anatomiques complètes du syndrome.

Puis les *formes localisées* de l'obésité ont été identifiées par différents auteurs : Dercum, P. Marie, Launois et Bensaude, Verneuil, Schwartz et Chevrier, Campbell, Parkes Weber, Simons.

Mais c'est surtout sur l'*étiologie et la pathogénie* des différentes obésités que s'est portée l'attention des chercheurs, et surtout sur leurs relations avec les différentes glandes endocrines.

Nathan, au Congrès de Pédiatrie en 1913, fournissait un rapport d'ensemble sur la question; Bourneville, Marfan et Guinon, étudient les rapports de l'obésité avec l'hypophyse et la thyroïde; plus tard le rôle de l'hypophyse et de la région infundibulo-tubérienne est discuté et précisé par les travaux de Babinski, de Fröhlich, de Launois et Cléret, de Cushing, de Camus et Roussy, de Bailey et Bremer, de Lereboullet, Mouzon et Cathala; celui des glandes génitales est recherché par différents auteurs, en particulier par Lereboullet et Boulanger-Pilet. Mais on a voulu aussi mieux connaître le pourquoi pathogénique de l'obésité, à savoir comment se font les échanges nutritifs chez les obèses. De nombreux auteurs ont attaché leur nom à ces recherches. Celles de Rubner, de M. Lévy, de Von Norden, de M. Labbé et Weiss, de M. Labbé et Stévenin, de Jaquet et Svenson, enfin de R. Faillie et P. Mathieu semblent surtout mériter d'être retenues.

Enfin, à côté de ces travaux qui ont éclairé peu à peu le problème des obésités, il est un certain nombre d'études d'ensemble qui l'ont exposé avec une documentation particulièrement riche, comme les articles ou monographies de Bouchard, de Maurel, de Mouriquand, de G. Leven, de Heckel, de Le Gendre, de Rathery, de Ch. Achard, etc.

Définition. — Les limites même de l'obésité pathologique sont assez difficiles à trancher, et il est malaisé de dire « où finit l'embonpoint, où commence l'obésité », où finit le processus physiologique compatible avec une santé « florissante », et où commence l'adiposité-maladie.

Il existe en effet dans l'obésité une surcharge graisseuse qui n'est que l'exagération du processus physiologique; mais elle s'accompagne au bout d'un certain temps de toute une série de troubles fonctionnels qui sont pour beaucoup d'entre eux d'ordre mécanique (Heckel). Il existe surtout dans l'obésité, dit M. Rathery, un trouble nutritif causal et c'est bien sa constatation qui sert de critère de la maladie.

Les limites de l'obésité et ses degrés ont pu par ailleurs, du seul point de vue pondéral et statural être tracées d'une façon assez précise grâce aux tables de Bouchard, de Quételet et de Gautrelet, et surtout grâce à la notion du segment anthropométrique de Bouchard qui établit le rapport du poids à la taille d'un individu normal, avec ses variations suivant l'âge et certains états physiologiques.

On peut admettre avec Maurel que l'obésité commence lorsqu'il y a augmentation d'un dixième du poids normal d'un individu (poids établi par les tables de Quételet par exemple), et suivant les degrés on a distingué (Heckel) les sujets gras, les obèses, les polysarciques, les monstruosités, en créant les termes d'obésité symptôme, d'obésité syndrome, d'obésité maladie. Pratiquement il existe de *petites* et de *grandes* obésités.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'obésité consistent en surcharge graisseuse de tout le tissu conjonctif : surcharge et non dégénérescence, et le tissu adipeux ainsi surabondant à la structure du tissu adipeux normal.

Il s'accumule dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les espaces cellulaires périviscéraux, en plus ou moins grande abondance. Bouet a vu un mésentère peser 15 kilogs et Boerhaave a trouvé à l'autopsie d'un obèse un grand épiploon de 5 kilogs. Le péricarde, le tissu sous-pleural, l'atmosphère périrénale sont surchargés de graisse.

On trouve également le tissu adipeux en grande quantité dans les poumons ou dans le foie. C'est le plus souvent une graisse normale (Frerichs) et non pas une graisse modifiée comme ont pu le voir Lereboullet, Vogel et Bamberge.

A côté de cette lésion fondamentale de surcharge graisseuse, existent des altérations variables de différents organes. C'est ainsi que dans le rein, on peut constater des lésions de néphrite chronique, que dans le foie peuvent se voir des lésions scléreuses et des dégénérescences graisseuses vraies des cellules hépatiques, ou une altération de l'épithélium des voies biliaires, que le cœur peut être hypertrophié ou dilaté.

Quant aux lésions des autres organes, des glandes endocrines en particulier, elles sont des plus va-

riables et ont servi à échafauder diverses théories pathogéniques de l'obésité.

Symptômes. — L'obésité débute parfois en certains points du corps seulement. Elle est tout d'abord localisée à l'abdomen, aux fesses, au thorax, suivant la nature de l'activité musculaire du sujet.

La déformation apparaît bien plus vite chez les sujets petits.

Au bout d'un certain temps, l'obésité généralisée donne au malade un ASPECT CARACTÉRISTIQUE.

La *tête et le cou* sont parfois intacts; le plus souvent cependant la boule graisseuse de Bichat, anormalement développée, gonfle les joues et les régions parotidiennes.

Le relief du maxillaire est effacé et son bord inférieur remplacé par un sillon. Il existe un « double ou triple menton ». La concavité de la nuque est effacée par un bourrelet et l'aspect du cou est proconsulaire (buste de Vitellius); la saillie des clavicules est effacée; les paupières, le front et les oreilles sont généralement intacts.

Au thorax les épaules sont surchargées de bourrelets adipeux. Les seins chez la femme sont accrus en longueur et en largeur et tombent parfois jusqu'à l'ombilic, soutenus par un véritable pédicule, chez l'homme ils prennent un développement parfois considérable. Schæffer a vu chez un homme jeune des seins aussi développés que ceux d'une femme en lactation.

L'*abdomen* pointe d'abord en avant, puis s'abaisse et tombe sur les cuisses en formant un large tablier adipeux sous lequel les infections cutanées, les intertrigos se développent avec facilité comme sous les seins d'ailleurs.

Les organes génitaux externes, verge et scrotum sont cachés par la graisse, mais ne sont pas infiltrés par elle. Chez la femme le mont de Vénus, les grandes lèvres participent à l'adiposité.

Les *fesses*, surtout chez la femme, sont énormes, tombantes, creusées de sillons, et de vallonnements. Il existe dans certaines races des adiposités qui y sont presque exclusivement localisées (stéatopygie des Boschimanes).

Les *bras*, épais, forment lorsqu'ils sont appliqués au corps des bourrelets antérieur et postérieur qui se réunissent pour en former un seul à la face interne du membre dans l'abduction. L'articulation du coude et celle du poignet sont marquées par des sillons linéaires, circulaires, profonds.

Aux membres inférieurs, même adiposité avec augmentation de volume parfois énorme, bourrelets étagés sur toute la hauteur du membre et sillons articulaires. Les méplats du genou ont disparu.

Les *extrémités* ont gardé leur finesse, bien qu'il existe parfois des bourrelets phalangiens, strictement segmentaires.

Bientôt le malade marche difficilement, les bras écartés du corps, les jambes écartées.

L'obèse s'asseoit et se relève avec peine, ne peut rester couché sans être rapidement dyspnéique (capacité respiratoire diminuée chez l'obèse, d'après Heckel). Les repas, la satisfaction des besoins naturels deviennent pénibles.

Le seul examen morphologique ne permet pas suffisamment d'apprécier le degré et la localisation de l'obésité.

Le pincement des divers pannicules adipeux et la *mensuration* sont nécessaires. Celle-ci se fera au cou, au thorax (sous les aisselles, au niveau du mamelon, sous les seins), à l'abdomen (*ceinture* passant par l'ombilic, ceinture pelvienne passant par le pubis et les fesses), aux membres (mollets, bras).

L'*étude du poids*, indispensable, rend compte de l'importance et des progrès de l'obésité.

On parle d'obésité à son premier degré entre 90 à 100 kilogs, au deuxième degré entre 150 et 175. Les cas où le poids dépasse 200 kilogs sont rares et graves. Des cas exceptionnels réalisent des poids beaucoup plus élevés (cas de Wadd : homme de 490 kilogs).

Suivant la répartition de la graisse, M. Labbé a identifié trois types principaux d'obésité :

L'obésité diffuse, respectant seulement les extrémités. Ce sont le plus souvent des obésités développées de bonne heure chez des enfants.

L'obésité atteignant aussi les extrémités qui serait l'apanage des sédentaires présentant des troubles circulatoires déclives.

L'obésité des gros mangeurs, prédominante au tronc et à l'abdomen qui retombe en tablier.

Symptômes viscéraux associés. — *La force musculaire* est parfois longtemps conservée chez certains obèses (athlètes de foire), le plus souvent, elle est très diminuée.

Il existe parfois des douleurs, très distinctes de celles du syndrome de Dercum chez les alcooliques en particulier.

L'obèse présente généralement une *apathie intellectuelle* globale; il est cependant des exceptions et l'on connaît l'activité intellectuelle de certains obèses de profession libérale, et la finesse d'esprit de certains d'entre eux.

Le revêtement cutané des obèses est toujours plus ou moins atteint; outre les intertrigos divers, s'observe une séborrhée intense (calvitie) et une sudation exagérée, d'odeur souvent fade.

L'examen des urines donne la certitude d'un trouble de la nutrition : diminution d'urée (Bouchard); chiffre d'azote variable (van Noorden); glycosurie alimentaire parfois en dehors de tout diabète vrai, d'ailleurs parfois associé.

Dans le sang des obèses, on a constaté un chiffre de globules rouges très variable, et, à ce propos, Bouchard distinguait :

Les obèses pléthoriques, rouges, congestionnés, présentant des varicosités sur les pommettes, des conjonctives injectées, des éblouissements passagers; et *les obèses anémiques*, à peau blafarde, exsangues présentant des tendances aux lipothymies; et il avait insisté sur une forme particulière : « *la chlorose des géants* » caractérisée par l'obésité contrastant avec une « étroitesse congénitale du système vasculaire », par une disproportion entre l'appareil distributeur d'oxygène et l'organisme qui le consomme.

Le chiffre d'hémoglobine serait souvent augmenté

surtout chez les femmes au moment de la ménopause (Kisch). Caro a constaté chez les obèses de la mononucléose sanguine.

Evolution. — Si les obèses sont souvent euphoriques et répandent la gaîté autour d'eux au début de leur maladie, des gênes fonctionnelles diverses viennent bientôt rendre pénible leur état.

En dehors des troubles provenant comme l'obésité d'une nutrition défectueuse et rattachés comme celle-ci à la « diathèse arthritique » (migraines, eczéma, gouttes, rhumatisme), s'observent :

a. **Des troubles digestifs.** — Dus aux excès alimentaires : pyrosis, dyspepsie acide, flatulences, constipation, selles pâteuses, copieuses et fétides.

Dus à l'alcoolisme concomitant :

Poussées d'hépatite subaiguë avec troubles gastriques.

b. **Les troubles génitaux.** — Manquent rarement.

Chez l'homme survient vite la frigidité parfois une azoospermie véritable; chez la femme se manifestent constamment des troubles ovariens; si chez la jeune fille la menstruation est précoce, les époques sont peu abondantes et apparaissent irrégulièrement; chez la femme adulte, on note de l'aménorrhée le plus souvent, parfois des ménorragies et presque toujours la stérilité; les causes de celles-ci sont complexes et sont de nature mécanique, instinctive, passionnelle et surtout glandulaire.

c. **Troubles respiratoires.** — Ils consistent surtout en dyspnée tenant à des causes diverses : gêne des mouvements diaphragmatiques, troubles de la circulation périphérique, et plus tard défaillance du myocarde.

C'est à cette dernière cause que ressortissent le plus souvent les véritables accès de pseudo-asthme que présentent parfois les obèses.

d. **Troubles circulatoires.** — Ce sont eux qui font en partie le pronostic de l'obésité; « ils s'opposent au traitement ».

Parmi les troubles de la circulation périphérique, les varicosités des pommettes, les varices, les hémorroïdes, les épistaxis fréquentes, les ecchymoses au moindre traumatisme, l'œdème, le refroidissement, la cyanose des extrémités sont fréquemment rencontrés; ils ressortissent à des causes variables.

Très souvent, chez la plupart des obèses se manifestent des phénomènes qu'on peut interpréter comme de petits signes d'insuffisance cardiaque : tels la dyspnée, l'effort, l'œdème malléolaire, la cyanose des extrémités.

Ce ne sont que des signes prémonitoires à très longue échéance de manifestations évidentes de la défaillance du cœur : dyspnée permanente avec palpitations et angoisse précordiale, tachycardie, congestion hépatique, congestion des bases pulmonaires. L'action des tonicardiaques est faible et passagère et cette véritable asystolie, rapidement irréductible n'est pas une cause rare de mort chez les obèses.

L'*hypertension artérielle*, déjà notée chez les obèses par de nombreux auteurs (Bouchard, von Noorden, Le Noir), a fait l'objet d'une étude d'Aubertin et Coursier; ceux-ci ont constaté qu'elle était plus fréquente en milieu hospitalier que dans la clientèle aisée; ils admettent un lien de parenté entre l'obésité et l'hypertension, mais ne croient pas que celle-ci puisse être produite par l'obésité seule.

Si elle est habituelle chez les obèses âgés, les obèses jeunes, au contraire, présentent une tension artérielle basse qu'on peut attribuer à la défaillance du myocarde. Cette opposition a conduit M. Labbé à penser que l'hypertension des obèses est due à une sclérose rénale dont elle peut représenter, pendant des années, l'unique symptôme.

L'*albuminurie* des obèses peut être interprétée de même façon. Chez les jeunes, elle a pour cause des troubles intestinaux ou hépatiques; elle cède à un régime approprié (M. Labbé); vers l'âge de cinquante ans, elle est permanente, elle est un témoin du mal de Bright au même titre que l'hypertension artérielle avec laquelle elle coexiste. La néphrite chronique devient alors la base du pronostic de l'obésité, car elle est dans cette affection, la cause de mort la plus fréquente.

Pronostic. — Le pronostic de l'obésité-maladie, accentuée, est grave.

Les obèses sont une proie facile pour les infections et les intoxications diverses : pneumonie, érysipèles par exemple sont particulièrement redoutables chez eux comme, par ailleurs, les interventions chirurgicales.

Ils peuvent mourir comme des asystoliques : c'est le fait surtout des obèses jeunes.

Ce sont souvent des hypertendus; comme tels, ils sont sujets à des accidents brutaux, angor pectoris, œdème pulmonaire aigu, hémorragie cérébrale; à ce titre aussi ils sont emportés souvent par une défaillance du cœur gauche.

Parfois, ce sont des accidents urémiques qui terminent la maladie. Enfin, on a constaté chez des obèses des cirrhoses atrophiques graves.

Formes cliniques. — 1° **Obésité chez l'enfant.** — Elle est diffuse, atteint la tête et le cou aussi bien que le tronc et les membres. Elle s'accompagne de modifications psychiques spéciales : l'enfant obèse n'aime guère les exercices physiques où il est en état d'infériorité manifeste vis-à-vis de ses camarades; il se plaît aux jeux tranquilles et à la lecture.

Le pronostic de l'obésité chez l'enfant est, en général, moins grave que chez l'adulte; le traitement y est plus efficace. Mais le malade résiste peu aux intoxications et aux infections diverses; il présente souvent un chiffre d'urée supérieur à la normale; les troubles cardiaques sont exceptionnels chez lui.

Et d'ailleurs, il s'agit parfois d'une obésité prépubertaire (Apert) qui peut guérir à la puberté, mais se réveiller ensuite sous l'influence d'une infection (typhoïde, syphilis, tuberculose) ou chez la femme à l'occasion du mariage ou de la grossesse.

2° **Obésité chez le nourrisson.** — Il en existe de curables : ce sont les obésités des nourrissons au sein, dont les parents ne songent pas à se plaindre : elles

disparaissent le plus souvent au moment du sevrage ou des premiers pas.

Mais, des nourrissons peuvent être atteints d'obésité considérable (tour de taille dépassant la longueur du corps); celles-ci sont congénitales et ne font que s'accentuer d'année en année.

*
* *

Telle est la forme généralisée de l'obésité. Les formes localisées revêtent un aspect clinique bien spécial et bien différent. Mais elles trouvent leur place dans la description des obésités car il existe des intermédiaires et les obésités les plus localisées peuvent diffuser et se généraliser à un moment donné de leur évolution.

D'une façon générale, cependant, la graisse est répartie « de façon rarement très irrégulière »; souvent, elles sont presque symétriques en des régions données et bien délimitées.

I. Maladie de Dercum. — Décrite en 1888 par Dercum (de Philadelphie), étudiée en France par P. Marie, elle se caractérise par une localisation de l'adipose au tronc et à la racine des membres, les extrémités restant habituellement indemnes.

Elle réalise, tant l'adipose est considérable, des difformités énormes : l'abdomen, les seins, les fesses, les membres peuvent prendre des proportions formidables (H. Grenet et L. Pellissier).

Très rarement, l'infiltration adipeuse est à peu près égale partout; le plus souvent, elle est irrégulièrement répartie et il se forme sous la peau des nodules lipomateux plus ou moins volumineux.

La peau est craquelée, sèche, tigrée de vergetures et présente dans le creux des sillons formés, les lésions habituelles d'intertrigo et d'eczéma.

Les *douleurs* constituent un signe fondamental du syndrome de Dercum (adipose douloureuse). Elles sont parfois très vives, surtout pendant la période d'accroissement. Mais elles ne sont « ni constantes, ni typiques, ni pathognomoniques » (Léri).

Les sujets atteints de maladie de Dercum sont asthéniques, somnolents; parfois, ils présentent des troubles psychiques à type mélancolique. On a signalé dans leur sang une éosinophilie plus ou moins marquée (Rathery et Briset).

Certains auteurs décrivent de la maladie de Dercum deux formes :

Un type de lipomatose diffuse, segmentaire ou rhizomélique.

Un type de lipomatose nodulaire, dans laquelle les masses adipeuses sont symétriquement réparties : aux malléoles, de part et d'autre des rotules, au creux poplité, dans l'aisselle.

Il n'y a pas à la vérité de démarcation très nette entre les deux formes, et il peut y avoir entre elles des intermédiaires (Babonneix et Mlle Spanowsky); Léri n'admet pas d'ailleurs la distinction qu'on fait entre elles et fait une place à part aux *lipomes symétriques des extrémités* qui représenteraient la forme nodulaire.

M. Labbé et Boulin font d'ailleurs rentrer le syndrome de Dercum dans le cadre de l'obésité généralisée.

II. Adénolipomatose symétrique. — C'est une adiposité à prédominance cervicale; isolée par Launois et Bensaude (1898), elle avait été décrite antérieurement sous forme de cas isolés par différents auteurs (Brodie, Huguier, Mac Cormac, Madelung). Elle se caractérise avant tout par une adipose considérable du cou, formant une large collerette de graisse sous une tête à peu près normale, donnant à celle-ci l'aspect d'une poire.

Cette masse lipomateuse cervicale est d'ailleurs bridée dans les régions où le tissu cellulaire souscutané est dense; elle forme ainsi plusieurs saillies : médiane antérieure, rétromastoïdienne, cervicale postérieure.

Le plus souvent la maladie n'est pas circonscrite à la région cervicale; il existe des masses axillaires, ou inguinales; le cou peut même être intact; enfin l'adipose peut être à prédominance ou à localisation exclusivement thoracique ou abdominale (Balzer et Burnier, Pagniez). Quoi qu'il en soit, les masses lipomateuses sont presque toujours médianes, ou symétriquement réparties.

Les circonstances étiologiques de cette affection sont données par les coexistences pathologiques, douleurs rhumatoïdes, diabète, goitre exophtalmique (Neuwelt), syndrome springomyélique (Danlos et Sourdel), paraparésie spasmodique (Cade et Cordier), mal perforant sans symptômes de tabes (Achard). Launois et Bensaude en ont fait une affection primitive des ganglions. La lipomatose prédomine en effet autour des divers groupes ganglionnaires; si elle se développe en d'autres points, c'est qu'il peut exister des ganglions partout dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le fait qu'on ne trouve pas toujours de formations lymphoïdes au milieu des masses adipeuses prouve simplement qu'elles ont pu être envahies par la graisse (Marcel Labbé et Ferrand). La pathologie générale apprend d'ailleurs que certaines affections, comme la tuberculose peuvent être lipogènes, ce qui justifie la thèse de Launois et Bensaude.

Les masses graisseuses de l'adénolipomatose peuvent être extirpées chirurgicalement; Lenormant et Verdun ont réuni 58 cas d'interventions semblables.

III. Lipodystrophie progressive. — Affection curieuse, décrite par Campbell, Baraquez en 1906, étudiée ensuite par Simons (1911) puis par Parkes Weber, Laignel-Lavastine et Viard, elle est caractérisée par la coexistence d'atrophie progressive de la graisse de la face et de la partie supérieure du corps (tronc et membres supérieurs) et d'adipose des fesses, des cuisses et des jambes. La maladie débute vers l'âge de six ou huit ans, chez les filles surtout; elle n'est pas absolument progressive et peut présenter des rémissions; elle défigure les malades, leur donne l'aspect de phtisiques (Comby) mais n'est pas grave par elle-même.

*
* *

Telles sont les principales formes localisées de l'adipose; d'autres formes en existent; elles sont plus rares et sortent du cadre de l'obésité pour entrer dans celui des adiposes locales. Tels les pseudo-

lipomes sus-claviculaires de Verneuil, la lipomatose symétrique des régions sous-trochantériennes (Schwartz et Chevrier). Ce sont là plus des processus locaux, que des témoins d'un trouble nutritif d'ordre général.

Formes étiologiques. — Suivant les symptômes qui les accompagnent, les conditions dans lesquelles elles apparaissent, on peut décrire aux obésités des formes étiologiques.

L'alimentation, l'importance des dépenses énergétiques, les modalités des échanges respiratoires appartiennent trop à l'étude de l'obésité en général pour qu'on puisse étudier des modalités cliniques suivant la variation de ces trois facteurs.

Aussi sont-ce surtout les obésités endocriniennes qui méritent par leurs particularités cliniques des mentions spéciales. Encore le rôle de chaque glande endocrine dans l'obésité, sera-t-il à discuter à la pathogénie.

On peut décrire :

1. Une obésité thyroïdienne, associée au myxœdème;

2. Une obésité testiculaire;

3. Une obésité ovarienne;

4. Une obésité surrénale. Celle-ci est souvent associée au syndrome d'hirsutisme (Apert) en cas de tumeur de la corticale;

5. Une obésité épiphysaire, associée à un développement précoce et exagéré des organes génitaux (macrogénitosomie) avec pilosité;

6. Alors que les précédentes ne présentent de particulier que les circonstances étiologiques qui les entourent, seule l'obésité dite hypophysaire présente des caractères cliniques assez spéciaux. *C'est le syndrome adiposo-génital* de Babinski (1900)-Fröhlich (1901), dont la description a été reprise en 1910 par Launois et Cléret. L'adiposité est totale, mais prédomine au tronc; elle est de type « ventral ». La peau est sèche; la sudation en est diminuée; il existe des troubles trophiques aux phanères, poils et ongles. L'hypoplasie génitale est toujours marquée (absence de désirs vénériens; chez la femme, aménorrhée et dysménorrhée).

Les malades ont un habitus infantile.

Parfois l'obésité peut prendre ici le type de l'adipose douloureuse de Dercum et s'en rapproche d'ailleurs par beaucoup de points (Weill [de Lyon], Aschner, Durante, Cushing).

Le syndrome adiposo-génital est souvent associé à des signes de lésions de la base de l'encéphale : traumatismes anciens (Marañon et Pintos); hydrocéphalie (Babonneix et H. David, Babonneix et Denoyelle); tumeurs de la région hypophysaire (Biedl, Lereboullet, Mouzon et Cathala); encéphalite épidémique (Ch. Achard, Villaret, van Bœckel, Rivet, Rouquès et Jany), méningite chronique de la base (Sainton et Péron).

Ces diverses causes dont nous essaierons d'interpréter l'action au chapitre « Pathogénie » donnent des symptômes propres associés.

7. *Obésité et diabète* (G. Mouriquand). — La coexistence est fréquente, elle réalise d'ailleurs une forme de diabète bien nettement individualisée; le diabète gras, diabète sans dénutrition, justiciable avant tout du régime approprié.

Le passage de l'obésité au diabète peut se faire assez brusquement; généralement il est progressif et précédé d'une diminution de la tolérance des hydrocarbonés; l'épreuve de la glycosurie alimentaire chez beaucoup d'obèses permet de s'en rendre compte (G. Mouriquand).

Étiologie et pathogénie. — « Il est impossible, dit Marcel Labbé, de séparer ces deux chapitres. Il ne suffit pas d'annoncer successivement des obésités par suralimentation, par sédentarite, des obésités infectieuses, toxiques ou endocriniennes; il faut étudier avec soin le mécanisme pathogénique de ces diverses formes de la maladie. »

I. Causes prédisposantes. — SEXE. — L'obésité est plus fréquente chez la femme, plus prédisposée par sa vie sédentaire et par les événements de sa vie génitale; « sur trois femmes obèses, l'une l'est devenue après sa première grossesse ».

HÉRÉDITÉ. — Ou bien c'est une hérédité similaire, ou une diathèse familiale « bradytrophique », ou « arthritique ».

Il y a souvent transmission héréditaire « d'une prédisposition diathésique », d'une *activité nutritive vicieuse*, qui, « ayant engendré chez les parents l'obésité, entre autres maladies, pourra la reproduire chez l'enfant, entre autres maladies » (Le Gendre).

C'est ainsi qu'on retrouve souvent, tant chez les ascendants de l'obèse que chez lui-même (Bouchard), des antécédents tels que : migraines, lumbagos, eczéma, lithiase urinaire ou biliaire, asthme, dyspepsies diverses.

L'obésité héréditaire commence vers l'âge de vingt ou vingt-cinq ans; parfois elle est congénitale.

Mais ces faits ne sont-ils pas sous la dépendance de similitudes familiales de professions, d'habitudes, d'alimentation, d'hygiène? [Obésité des Juifs, des Orientaux, des riches] (M. Labbé).

II. Circonstances occasionnelles. — Différentes affections semblent marquer le début de l'obésité.

Des intoxications, comme l'intoxication par l'arsenic. Citons l'exemple classique de l'obésité des « arsenicophages » du Tyrol et de Styrie. On sait par ailleurs que les médications arsenicales déterminent de l'embonpoint.

Des infections se trouvent parfois à l'origine de l'obésité : convalescence de fièvre typhoïde, suppurations chroniques. La tuberculose joue un rôle particulièrement important; les sujets porteurs de tuberculose à évolution lente engraissent beaucoup; l'influence du repos et de la suralimentation est indéniable; mais d'autres facteurs interviennent dans la production de l'obésité chez ces malades qui réalisent les « tuberculeux gras » de Laënnec.

L'encéphalite épidémique, des troubles respiratoires ou circulatoires prolongés, l'anémie, la chlorose (Bauer), enfin les circonstances physiologiques de la vie génitale chez la femme constituent autant de facteurs qui, avec des mécanismes divers réalisent l'adipose exagérée.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1928)

De l'existence dans l'anneau de Vieussens de fibres sensitives à effets presseurs. Importance de cette notion pour le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — MM. R. LERICHE et R. FONTAINE. Il y a dans l'anse de Vieussens des fibres ascendantes et sensitives à effets presseurs, pour lesquelles le ganglion étoilé joue le rôle de centre de réflexes.

Ces fibres, venues des viscères ou des gros vaisseaux, rejoignent le tronc du pneumogastrique quoique appartenant au système sympathique. Elles le quittent au niveau du ganglion moyen, passent par l'anse de Vieussens, surtout dans sa branche antérieure, et aboutissent au ganglion étoilé, leur centre réflexe.

L'existence de ces fibres, qui n'a pas été signalée jusqu'ici, donne à penser que dans l'angine de poitrine et dans certaines aortalgies, il y a lieu de compléter par la section de l'anneau de Vieussens les diverses sympathectomies que l'on essaie depuis quelques années dans le traitement de ces malades et qui ont donné dans de nombreux cas de très remarquables résultats.

La verdunisation dans la lutte contre la fièvre jaune. — M. P. BUNAU-VARILLA. On sait que la verdunisation consiste dans l'introduction automatique de 1 gramme de chlore par 10 mètres cubes dans l'eau pompée et cela immédiatement avant l'arrivée de l'eau à la pompe, cette opération détruisant tous les germes pathogènes et conférant à l'eau un pouvoir antiseptique.

M. Bunau-Varilla montre quel a été le rôle de la verdunisation dans l'arrêt de la fièvre jaune en Amérique et sur la côte occidentale d'Afrique.

Vaccination contre le venin de vipère et la rage expérimentale par les mélanges virus-venin avec excès de virus. — Mme PHISALIX.

Election d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Félix Lagrange, décédé.

Au premier tour de scrutin, M. Simon Flexner obtient 21 suffrages; M. Auguste Lumière, 21; M. Jean Cantacuzène, 2; M. Jacques Abelous, 1; M. Georges Weiss, 1.

Au second tour, M. Auguste Lumière est élu par 24 suffrages contre 23 à M. Simon Flexner.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1928)

M. le doyen H. Roger, revenu de sa mission au Paraguay, assiste à la séance.

Eloge de Depage. — M. TUFFIER donne lecture du discours sur Depage qu'il a prononcé au nom de l'Académie, à l'occasion de l'inauguration du buste du grand chirurgien belge, au siège de la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge.

Mission médicale en Orient. — M. ACHARD, rendant compte d'une mission qu'il vient d'accomplir en Orient, donne des détails sur le rôle de la médecine française en Perse, où le gouvernement fait appel à des professeurs français pour réorganiser l'enseignement à la Faculté de médecine de Téhéran. Convaincu de la nécessité d'une bonne culture générale, ce gouvernement a fait aussi venir de France des professeurs d'enseignement secondaire. Il vient d'envoyer dans notre pays une centaine d'étudiants dont seize pour la médecine. Un conseiller d'hygiène français a été appelé.

Les hôpitaux en Perse sont très insuffisants, si l'on excepte Téhéran. Il y a, en somme, dans ce pays, une œuvre médicale considérable à accomplir pour l'honneur de la France.

A Beyrouth, la Faculté française a besoin de nouveaux services pour l'Hôtel-Dieu de France et trouve difficilement des subsides que sa rivale américaine obtient à profusion. Il importe qu'une collaboration étroite s'établisse entre les deux institutions dont les représentants ont tout intérêt à se rencontrer plus souvent et à se mieux connaître.

A Damas, une nouvelle Faculté syrienne s'apprête à restaurer l'éclat de l'ancienne Université arabe qui faisait de cette ville une des capitales intellectuelles de l'Islam. Elle compte quatre professeurs français. Des livres ont été composés en arabe pour ses étudiants et ses dirigeants sont très favorables à l'influence française. Elle attire surtout des élèves musulmans et l'on peut espérer qu'elle deviendra bientôt la rivale de celle du Caire.

Celle-ci, fondée il y a un peu plus de cent ans par un médecin français Clot Bey, est florissante et se trouve sous le contrôle anglais.

Au Caire est un hôpital français très bien aménagé. A Alexandrie, en revanche, où l'influence de la France est pourtant dominante, le petit hôpital français contraste fâcheusement avec le grand hôpital italien, où règne l'activité et dont l'installation est toute moderne.

M. Achard conclut de son exposé que la France ne doit pas ménager ses ressources aux œuvres médicales qui sont un des plus sûrs moyens de soutenir son influence en Orient.

L'instabilité humorale, ses causes, ses effets et ses remèdes. — M. Auguste LUMIÈRE. Un grand nombre d'affections chroniques relèvent d'altérations humorales. Ces altérations résultent de la formation, dans les liquides circulants ou interstitiels, de précipités insolubles. Ceux-ci sont dus à la pénétration dans la circulation, à la suite d'une infection locale ou d'un traumatisme qui rompent la continuité des épithéliums ou des téguments, d'albumines alimentaires ou microbiennes qui créent l'état anaphylactique. Toute imprégnation par une albumine étrangère détermine dans le plasma l'aptitude à précipiter spécifiquement par ce même antigène. Ainsi, à la suite des multiples infections des divers appareils, les liquides organiques acquièrent une instabilité de plus en plus grande. En outre, l'excès ou le défaut des sécrétions internes rendent les humeurs de plus en plus aptes à la floculation.

La thérapeutique doit, symptomatiquement, chercher à atténuer la sensibilité organique, ce qui est le rôle des sédatifs du système nerveux sensitif et sympathique. Elle doit en outre viser à désensibiliser l'organisme contre les albumines qui ont créé l'état anaphylactique. Lorsque l'albumine en cause est connue, cette désensibilisation est fréquemment réalisée. Si elle est ignorée, on s'adresse à la peptonothérapie qui échoue souvent parce qu'il n'y a pas une peptone, mais des peptones différentes. Contre les sensibilisations par les protéines microbiennes (bacille de Koch et bacterium coli notamment) les dermo-vaccins donnent de très intéressants résultats.

Quand l'instabilité humorale n'est pas spécifiquement déterminée, il ne convient pas de recourir d'emblée aux protéines qui peuvent déterminer de nouvelles sensibilisations. Il faut s'adresser aux corps qui tendent à empêcher la formation des floculats et à dissoudre ceux-ci, comme l'hyposulfite de magnésium en injections intramusculaires ou à ceux qui provoquent l'hyperleucocytose et parmi lesquels les plus actifs paraissent présentement être les huiles (huile de chènevis). L'autohémathérapie et l'opothérapie sont encore des modificateurs puissants de l'état humoral.

Les différents types des néphrites avec azotémie, leur diagnostic différentiel. — MM. Léon BLUM, VAN CAALAERT,

et P. GRABAR (de Strasbourg). Les auteurs montrent qu'à côté de la néphrite azotémique classique, il existe une néphrite avec un syndrome azotémique dû au manque de sel. Cliniquement ces deux formes sont très difficiles à séparer et ont été confondues jusqu'ici. Le diagnostic se fera à l'aide de la détermination du chlore dans le plasma, dans les globules et dans le liquide céphalo-rachidien. La détermination de la réserve alcaline est également nécessaire.

Enfin il existe une néphrite avec syndrome azotémique d'origine mixte ou à l'azotémie d'origine rénale se superpose une azotémie due au manque de sel.

Les états dits urémiques peuvent être différenciés selon les mêmes principes.

Ce démembrement des néphrites azotémiques comporte les conclusions suivantes :

1. Dans toute néphrite azotémique la détermination du chlore est aussi nécessaire que la détermination de l'urée.

2. Les règles établies par Widal pour le pronostic restent vraies pour l'azotémie rénale, mais elles ne s'appliquent à l'azotémie par manque de sel que dans les cas où la cause érvitable de l'azotémie n'est pas reconnue.

3. L'azotémie rénale accompagnée de chloropexie réclame la suppression de tout apport de sel dans la nourriture. L'azotémie par manque de sel exige, au contraire, l'apport immédiat de sel.

Les gaz de combat. — M. DELEPINE donne lecture de son rapport sur le vœu de M. Sieur relatif à la protection contre les gaz de combat. Les conclusions en seront discutées dans une prochaine séance.

Vacances de Noël. — Le Conseil a décidé que la séance du mardi 25 décembre serait remise au *mercredi 26 décembre*.

Il n'y aura pas de séance le mardi 1er janvier. La première séance de l'année aura lieu le *mardi 8 janvier*.

Séance annuelle. — La séance annuelle aura lieu le mardi 11 décembre 1928.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1928)

Anesthésie dans la chirurgie abdominale haute. — M. P. DUVAL fait un rapport sur un travail de M. HORTOLOMEI (de Jassy) qui a étudié toutes les méthodes d'anesthésie, préférant pour la chirurgie gastrique en particulier employer la rachianesthésie avec anesthésie locale de la paroi.

Traitement du goitre exophtalmique. — M. DUVAL présente un travail de M. WELTI sur le traitement chirurgical du goitre exophtalmique qu'il est allé étudier récemment en Amérique.

Invagination intestinale. — M. VEAU fait un rapport sur une observation de M. MÉTIVET; invagination intestinale aiguë chez un enfant, avec sphacèle au voisinage de l'invagination; guérison.

Colique appendiculaire. — M. MÉTIVET (rapport de M. VEAU) envoie une observation de colique appendiculaire.

A propos du spina bifida. — M. LEVEUF (rapport de M. VEAU) a opéré douze enfants atteints de spina bifida; neuf sont encore vivants et ces beaux résultats sont dus, d'après le rapporteur, à ce que M. Leveuf a fait supporter à ces opérés un décubitus ventral prolongé, supprimant ainsi l'action nocive du liquide céphalo-rachidien.

M. OMBRÉDANNE fait quelques réserves; ayant déjà guéri des malades atteints de spina bifida sans les faire coucher à plat ventre; il pense que les enfants présentant ces lésions sont des malformés du crâne comme ils le sont du rachis.

Luxation de l'astragale. — M. MOCQUOT fait un rapport sur une observation de M. DANIS (de Commercy), de luxation de l'astragale.

Péritonite bacillaire. — M. SAUVÉ fait un rapport sur une observation de M. SOLCART, de péritonite fibreuse bacillaire comprimant l'estomac et le duodénum. Guérison après gastro-entérostomie.

Cancer recto-sigmoïdien. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur un travail de M. LECLERC (de Dijon) qui, dans les cancers recto-sigmoïdiens, complète l'opération de Hartmann en abaissant le bout supérieur et en conservant le sphincter.

Insuline et chirurgie. — M. SAUVÉ fait une communication montrant l'utilité de l'insulinothérapie avant et après les interventions chirurgicales.

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1928)

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. HAUTEFAGE (rapport de M. MARTIN) envoie une observation de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, chez un homme de quarante-cinq ans, traitée par vissage osseux; bon résultat.

Perforation du duodénum par corps étranger. — M. DOUBRÈRE (d'Ajaccio) [rapport de M. MARTIN] a opéré un enfant de quinze mois ayant avalé une épingle; perforation du duodénum recouverte par des adhérences; guérison.

Abcès mésocœliaques. — M. MIRIZZI (rapport de M. MOCQUOT) a adressé deux observations d'abcès appendiculaires mésocœliaques, soulevant un point important de technique : l'ouverture de ces abcès développés entre les anses intestinales et limités à droite par le cæcum et le côlon ascendant.

Sympathectomie artérielle pour troubles trophiques des pieds. — M. ROUX-BERGER présente un travail de M. VONCKEN (de Liége) montrant les résultats éloignés de la sympathectomie dans le traitement des troubles trophiques et douloureux consécutifs aux gelures du pied.

Traumatisme fermé du crâne. — M. ROUX-BERGER étudie un important travail de MM. STULZ et STRICKER (de Strasbourg) sur huit observations de traumatismes fermés du crâne suivis d'hypotension aiguë du liquide céphalo-rachidien, traités par les injections intraveineuses d'eau distillée.

Hystérectomie vaginale. — M. AUMONT (de Versailles) [rapport de M. BASSET] envoie une observation de polypes fibreux avec fibrome utérin gangréné, traités avec succès par l'hystérectomie vaginale.

Irruption pelvienne de la tête fémorale. — M. GUILLEMIN (de Nancy) [rapport de M. BASSET] adresse deux observations d'irruption pelvienne de la tête fémorale; l'auteur a pu dans le premier cas réduire sous anesthésie par traction directe en flexion et adduction forcées de la cuisse et plâtre consécutif.

M. DUJARIER a observé récemment un cas semblable qu'il a pu réduire; très bon résultat fonctionnel consécutif.

A propos de la surrénalectomie. — M. LERICHE (de Strasbourg) fait une communication sur les résultats de la surrénalectomie dans la gangrène des extrémités.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1928)

Schéma symptomatologique. — M. GUTMANN expose un schéma symptomatologique permettant au praticien un diagnostic rapide des grandes affections de l'appareil digestif; douleurs continues : viscérite; irrégulièrement intermit-

tentes : névrosisme; douleurs post-prandiales régulières pendant de longues périodes avec des rémissions de plusieurs mois simulant la guérison; ulcus; douleurs intenses et de courtes durées à intervalles irréguliers : colécystite.

Insufflation des trompes. — M. Raymond PETIT continue la discussion sur les avantages et les inconvénients de l'insufflation et de la lipiodolisation des trompes. Il conclut à la supériorité de la seconde sur la première comme procédé d'exploration; par contre, l'insufflation est préférable comme agent thérapeutique post-opératoire. Manœuvre délicate à réserver à certains cas bien déterminés entre des mains expérimentées.

Sur l'éphédrine. — M. BOYER.

Eczéma et hémocrinothérapie. — M. FILDERMAN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EN FAVEUR DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE

Notre excellent confrère *La Médecine internationale,* à la suite d'un article publié par lui dans son numéro de novembre, sous la signature de notre ami, le docteur R. Molinéry, a reçu de M. le sénateur André Honorat la lettre suivante que nous sommes tout heureux de reproduire *in extenso* dans nos colonnes.

La Presse médicale tout entière soutiendra certainement les vues de l'ancien ministre qui a voué sa vie à la plus grande extension de la pensée française par l'Université et des amitiés internationales intellectuelles par la réalisation de la *Cité universitaire*.

« Paris, 26 novembre 1928.

Mon cher docteur,

Je vous remercie bien vivement du précieux concours que vous nous apportez. Il nous est d'autant plus utile que l'œuvre est à peine ébauchée.

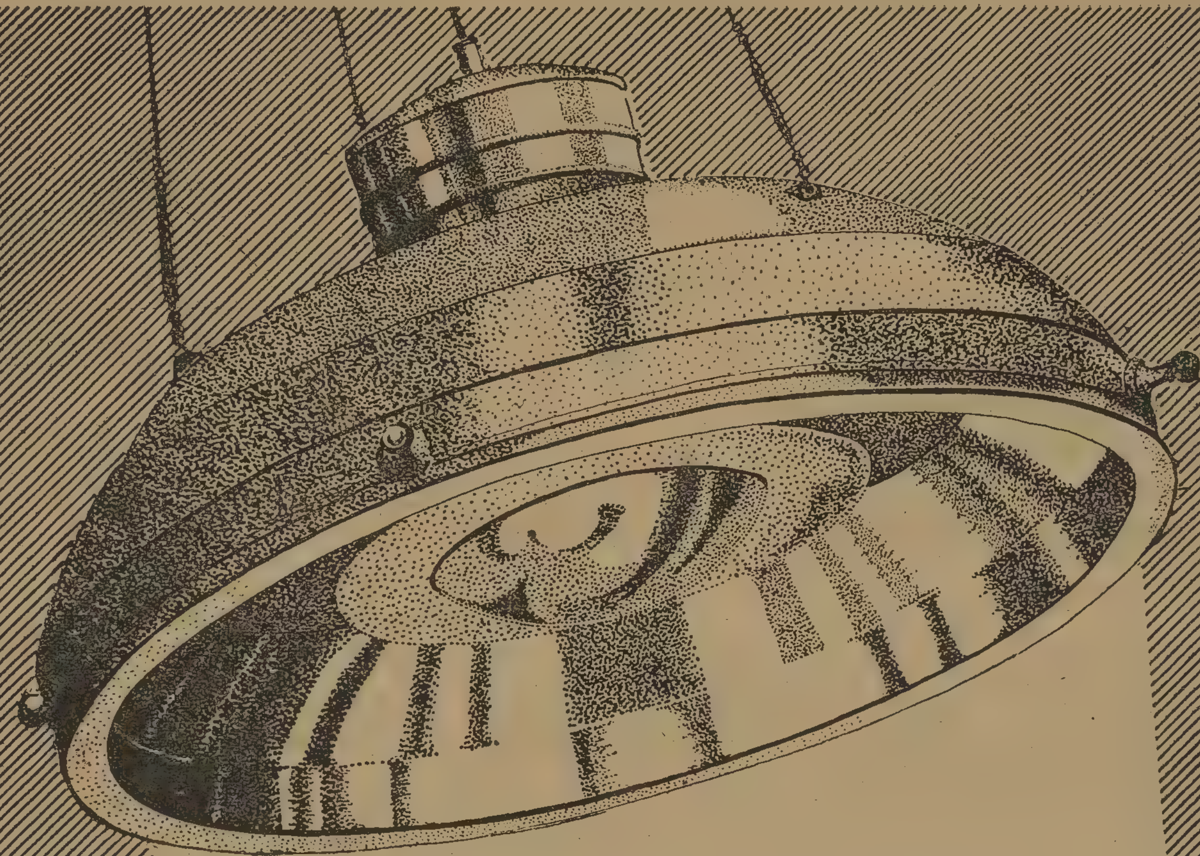
Si vous abordez de nouveau le sujet, je vous demanderai d'insister sur un point que je considère comme essentiel, à savoir que les familles qui n'ont pas d'enfant seraient heureusement inspirées en prenant des dispositions testamentaires *en faveur de l'Université de Paris* pour la Cité universitaire.

Vous savez l'énormité des droits qui frappent les successions de ces familles. Vous savez que l'Université de Paris étant un établissement public de l'Etat reçoit les biens qui lui sont donnés ou légués sans avoir à acquitter de taxes ni de droits. Nul doute que si les Français qui n'ont pas d'enfant y étaient davantage incités, ils profiteraient de cette latitude que leur laisse notre législation pour employer une partie de leurs biens à des fins spirituelles.

Point n'est besoin qu'ils aient de grosses fortunes pour qu'ils puissent faire ainsi œuvre utile.

Exemple : un de mes amis nous a donné une rente de 8.000 fr. pour l'entretien de notre bibliothèque. Comme celle-ci n'est pas encore construite, nous plaçons chaque année les intérêts et, petit à petit, nous arriverons à avoir ainsi à notre disposition une dizaine de mille francs. Cela sera sans doute bien insuffisant pour répondre au but, mais que deux, trois, quatre ou cinq personnes suivent cet exemple, tout sera changé. Nous n'aurons plus à tendre la main pour assurer l'entretien de notre bibliothèque. Nous pourrons porter notre effort sur un autre objet.

Des initiatives de même nature peuvent être prises pour aider au fonctionnement de notre service médical, à l'entre-



tien de nos terrains de jeux, de nos salles de culture physique, de notre service musical, de notre parc et de l'administration générale de la Cité.

Rien n'empêche même de nous laisser des propriétés à la campagne pour nous permettre de disposer de quelques résidences en dehors de Paris au profit des étudiants qui ne peuvent aller passer leurs vacances en famille.

La Cité se prête à tout. Avec elle, chacun, suivant ses goûts, ses tendances d'esprit ou ses moyens, est toujours en mesure de faire œuvre utile.

Je vous renouvelle, mon cher docteur, avec tous mes remerciements, l'assurance de mes sentiments de bien vive sympathie. ANDRÉ HONORAT. »

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale a eu lieu à Paris le jeudi 11 octobre 1928.

Plus de 100 chirurgiens assistaient aux débats.

Après une allocution du Président, le professeur J.-L. Faure, l'exposé du rapport du secrétaire général et la discussion des questions à l'ordre du jour, les résolutions suivantes ont été votées :

Rapports entre médecins et chirurgiens. — Lorsqu'une maladie doit entraîner une intervention chirurgicale, il est de l'intérêt du malade qu'une collaboration s'établisse entre le médecin et le chirurgien. C'est le rôle du chirurgien de faire comprendre au client que cette collaboration est utile et qu'en s'en privant il s'expose à le regretter tôt ou tard.

Pour le règlement des honoraires, deux modalités peuvent être employées au gré du chirurgien.

Il est préférable que chacun des praticiens présente sa note isolée au client.

On peut toutefois admettre, au cas d'opération, la remise au client d'une note commune, à condition que celui-ci sache exactement quels confrères sont honorés et le taux respectif de leurs honoraires.

Hospitalisation des malades payants. — Indépendance absolue entre les frais d'hospitalisation et les honoraires du chirurgien.

Discussion avec les Compagnies d'assurances au sujet de l'élaboration du tarif chirurgical hospitalier en matière d'accidents du travail, tarif qui doit rester celui de la responsabilité patronale.

Statuts du syndicat. — Ne peut faire partie du Syndicat des chirurgiens que tout praticien qui en fait exerce uniquement la spécialité chirurgicale et est qualifié pour exercer cette spécialité, cette qualification pouvant être prouvée soit par des titres universitaires ou hospitaliers, soit par une pratique exclusive dans la chirurgie de cinq ans.

Rapports du Syndicat des chirurgiens avec la Confédération des syndicats médicaux français. — Le Syndicat des chirurgiens pose le principe que, pour toutes les questions concernant l'exercice de la chirurgie, aucune décision ne pourra être prise que d'accord avec le Syndicat des chirurgiens français.

Le rapport du trésorier, docteur Iselin, a été adopté à l'unanimité.

Trente-quatre nouveaux membres ont été admis.

Le Conseil d'administration, composé des chirurgiens dont les noms suivent, a été élu pour trois ans :

MM. Baumgartner (de Paris), Bérard (de Lyon), Deniker et J.-L. Faure (de Paris), Guillaume (de Tours), Guyot (de Bordeaux), Iselin (de Paris), Jeanbrau (de Montpellier), Lambret (de Lille), Lecène (de Paris), Leclerc (de Dijon), Lemarchal (de Laon), Lenormant (de Paris), Marquis (de Rennes), Michel (de Nancy), Miginiac (de Toulouse), Jacques Petit (de Rouen), Renon (de Niort), Stolz (de Strasbourg), Viannay (de Saint-Etienne).

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE

Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0g25.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — M. le professeur Maurice Villaret continuera le cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques au petit amphithéâtre de la Faculté, les jeudis et samedis, à 16 h., à partir du jeudi 6 décembre 1928.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et climatologie thérapeutiques au lit du malade.

Une affiche ultérieure fera connaître l'époque et le lieu de cet enseignement.

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-ANTOINE. — Durant l'absence du professeur Bezançon, envoyé en mission au Caire, les leçons continueront à avoir lieu comme précédemment, le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique. Elles seront faites par le docteur M.-P. Weil, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de la Clinique médicale Saint-Antoine.

Les leçons porteront sur les sujets suivants :

7 décembre : Le coma diabétique, avec étude clinique, physiopathologique et thérapeutique.

14 décembre : La maladie de Basedow (étude clinique, physiopathologique et thérapeutique).

21 décembre : Les arthrites chroniques de la hanche (étude clinique, diagnostique et thérapeutique).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 10 décembre. — Jury : MM. Legueu, président; Loeper, Harvier et Lardennois. — M. DELABY. Action anti-infectieuse d'un extrait de levure à base de lipoïdes.

Mercredi 12 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Gosset, Tanon, Dechambre et Moussu. — M. CHOQUART. Les marchés de bestiaux au Tonkin. — M. LEROY. Appréciation zootechnique. — M. TANO. Du contrôle laitier (état normal et pathologique).

Jeudi 13 décembre. — Jury : MM. Claude, président; Cunéo, Roussy et Olivier. — M. ALAROZE. Etude sur la syphilis héréditaire. — M. MATILLON. La péri-artérite noueuse. — M. ACHARD. Etude des compressions médullaires.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — RÉPARTITION, DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1929. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions, et ceux qui [illegible] nommés à la suite des derniers concours, sont préve- [illegible] sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, [illegible] des concours de l'administration, rue des Saints- [illegible] à leur répartition dans les établissements de [illegible]istration pour l'année 1929, savoir :

[illegible] les élèves internes pour entrer en fonctions le 5 janvier 1929) : internes et externes en premier, le vendredi 21 décembre 1928, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes pour entrer en fonctions le 15 janvier 1929) : ceux de 6e, 5e et 4e année, le samedi 5 janvier 1929, à 14 h. 15; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1926), le mardi 8 janvier, à 14 h. 15; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1927), le jeudi 10 janvier, à 14 h. 15; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1928), le samedi 12 janvier, à 12 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le jury est provisoirement composé de MM. Martin, qui accepte; Brodin et Alajouanine, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— PRIX FILLIOUX. — *Jugement des mémoires.* — MM. Ombrédanne et Lallemand, 28; Gaston, 26; Fillière de Tanoucarn, 24.

Epreuve clinique. — MM. Ombrédanne, 20; Lallemand et Gaston, 19; Fillière de Tanoucarn, 17.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — L'Assistance publie la liste alphabétique des candidats admis :

MM. Achard (Pierre), Adrianopoulos, Alaurent, Allilaire, Amphoux, Arviset, Attal, Auclair (Paul), Aucler (André),

Bacquelin, Barbier (Léon), Mlle Barnaud, M. Barraya, Mlle Barré (Marguerite), MM. Bauvois, Beauchef, Becam, Benguigi, Bernard (Jacques), Bernard (Ph.), Mlle Bermi, MM. Bigey, Bismut (Gaston), Bloch (Henri), Blumen (Milu), Bobard, Boisseau, Boissonnet, Boivin, Boquet, Borde, Botton (René de), Boucher (Marcel), Boudonnet, Boulle, Boutakoff, Bouteau, Boutron, Bourdeau, Mme Bourgeois, née Proche, MM. Boyé (Pierre), Boyer (Jean), Brault (André), Braunstein, Mlle Brenot, MM. Brocard (Henri), Brosson, Broutman, Brunot, Mlles Burdin, Buttner, MM. Bzowski,

Cadars, Cailleux, Cahen (Pierre), Callôt, Camard, Camelot, Carrez, Catz, Mlle Caubet, MM. Cauhépé, Cazettes, Mlle Challiot, MM. Chambon, Champeau (Daniel), Chancerel, Chanel, Chapireau, Charlot, Chatain, Chazel, Chevallier (André), Chevé, Claudet, Mlle Comby, MM. Copelovitch, Cordebar, Cormelié, Cornetet, Coustenoble, Cucherousset,

Dangauthier, Danis, David (Ernest), David (René), Davidovici, Daum, Daunois, Mlle Dauban, MM. Dechaume-Moucharmont, Defossez, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delie, Divet, Djian, Domart, Dongar, Doukan, Duchemin, Duflo, Duperrat,

Mlle Epstein, MM. Ernoux, Escarre,

Fabre (Albert), Fabre (Edouard), Falk, Faugeron, Feldstein, Fenichel, Ferrieu, Ferval, Mlle Feydit, M. Filhoulaud, Mlles Finkelstène, Flajoliet, MM. Fleury, Florence, Flourens, Foret, François-Dainville, Fresquet, Frouin, Frumusan, Fulconis,

Garfunksl, Gaignerot, Mme Gaston, MM. Gâtel, Gaube, Gaultier (Michel), Gautier (Jacques), Gelbert, Gérard, Gesta, Ghozland, Gilbert, Giordan, Giraud (Georges), Gôico, Got, Goudot, Goyer, Grabli, Mlle Grangette, M. Grepinet, Mlle Grillo, MM. Grumbach, Grunberg (Bercu), Guébel, Guermann, Guichard, Guison, Guny,

Habrekorn, Haguier, Hai, Halbron, Hamburger, Hechter, Henry, Hilaire, Hinard, Huberman, Huguier, Huriez,

Jacquot, Jalkh, Jeulain, Jones, Jouanneau Journe, Judet,

Kalmanovitch, Mlle Karcher (Annette), MM. Karcher (Henri), Klein, Kraüter, Krivine, Kun,

Laboureau, Labourelx, Lachaud, Lachmann, Lacombe (Pierre), Laguzet, Mlle Lair, MM. Lamasson, Lamirand, Laplagne, Lauriat (Charles), Lauriat (Ernest), Lauthier, Mlle Lautmann, MM. Laval, Lavergne, Lebé, Le Beau, Le Cœur, Le Foll, Mlle Legagneux, Mme Le Goff, MM. Lejbowicz, Léon, Lesauvage, Lesguillons, Levecq (Léon), L'Huillier, Lichtenberg, Longuet (André), Lortat-Jacob, Losay, Ludmer, Mlle Luneau, MM. Lurie,

Macrez, Mlle Mahieu, MM. Maillard (Jean-Pierre), Malartic, Manil, Marçais, Marcland, Margout, Mlle Marion, MM. Maroger (Bernard), Maroger (Frank), Marques (Samuel), Martin (Jean-Ernest), Martin (Jules-Jean), Martin (Noël), Martini, Martinot, Martrou, Masson (Roger), Mathiot-Beaugendre, Mathivat, Maurice, Maury, Mlle Melon, MM. de Mestier du Bourg, Meyer (Louis), Mlle Mieczyk, M. Mifaud, Mlle Millaut, MM. Mirebeau (Gilbert), Mirbeau (Gérard), Mme Mollaret, MM. Monceau, Montaigne, Morax, Moreau (Gilbert), Moreno, Morin, Mouchotte (Jean), Mouchotte (Maurice), Mougin, Moulinier, Mlle Moyen, MM. Muhlrad,

Nardi, Nastorg, Naud (Hubert), Netter, Nicaise, Nuridsany,

Mlle Oehmicheu, MM. Olivier (Claude), Opolon, Oster, Oudin, Ovary (Zolton),

Pagès, Palangié, Papazoglou, Pasquereau, Pasquier, Payet, Pécher, Perret, Mlle Petitet, MM. Peyaud, Peyne, Picquart, Pinto, Piroux, Poirier, Poisson, Pottier, Pouhin, Pouyol,

Rachstein, Rambert, Raybaut, Renet, Richard (Eugène), Ripard, Roche (Jean), Rodier, Rogé, Rosanoff, Rosenbach, Rosenstein, Mlle Rothiel, MM. Ronchy, Rouvillois, Roux (Marcel), Roux (Maurice),

Mlle Sabetay, M. Salamon, Mlle Salembiez, MM. Salleron, Schneyder, Seguin, Seringue, Simon (Gaston), Sobel, Solomon (Jacques), Solomon (Mendel), Soulignac, Szigati,

Tantin, Temerson, Tempier, Torver, Theurkauff, Mlle Thueux, MM. Touzé, Tran-Ba-Huy, Traut, Trépsat,

Ullmann,

Vachlas, Vaissière, Vallancien, Valot, Vannier (Henri), Vannier (Léon), Varangot, Varay, Vautier, Vélez, Vendryes, Veysset, Vige, Vildé, Vincent (Georges), Vincent (Philippe), Vintzel,

Wattez, Mlle Weissberg, MM. Weisz, Wimphen, Winter,

Yaïch,

Zaepffel,

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Boursier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours du clinicat.* — Sont nommés :

Clinique chirurgicale : M. Magendie, chef de clinique; M. Cueille, chef de clinique adjoint.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie : M. Guérin, chef de clinique; M. Roudil, chef de clinique adjoint.

Clinique des maladies nerveuses et mentales : M. Laubie, chef de clinique.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Lecoulant, chef de clinique.

CONGRÈS. — Le Ier Congrès de l'Association médicale panaméricaine se tiendra à la Havane, du 29 décembre 1928 au 4 janvier 1929. Il sera présidé par le docteur Francisco Maria Fernandez.

AVIS DE VACANCE DE POSTE DE DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Maubeuge.

Le traitement alloué est fixé à 3.600 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — L'A. P. M. B. vient de tenir son assemblée générale statutaire, sous la présidence de M. Watry, président.

Elle a procédé au renouvellement de son bureau pour 1929. M. de Nobele, professeur à l'Université de Gand, rédacteur en chef du *Journal belge de radiologie*, a été élu président. M. Albert Delcourt, rédacteur en chef de *La Pathologie infantile*, a été élu vice-président. MM. Beckers et Rosenthal (*Le Journal dentaire belge*) ont été maintenus dans leurs postes de secrétaire général et de trésorier. MM. Hoedemakers (*La Revue médicale*) et Achille Lust (*Bull. de la Soc. belge d'oto-rhino-laryngol.*) ont été nommés membres du Conseil d'administration.

M. René Ledent (de Liége) [*Le Scalpel*] a été élu membre correspondant national.

MM. les professeurs Loeper (*Le Progrès médical*) et Cruchet (*Le Journal de médecine de Bordeaux*) ont été élus membres correspondants étrangers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edmond Laskowsky, professeur d'anatomie à l'Université de Varsovie; Pietro de Amicis (de Gênes), Lemort (d'Etterbeek).

HÔPITAL BEAUJON. (Laboratoire du docteur AUBOURG.) — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE RŒNTGENTHÉRAPIE. — Les lundis, jusqu'au 3 juin, à 11 h., MM. Aubourg, électro-radiologiste des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital Beaujon, et Marcel Joly, électro-radiologiste des hôpi[illegible] adjoint du laboratoire de l'hôpital Beaujon, feron[illegible] férences suivies d'applications pratiques.

— DÉMONSTRATIONS PRATIQUES D'ÉLECTRODIAGNOSTIC ET D'ÉLECTROTHÉRAPIE. — Le jeudi 13 décembre 1928 et les jeudis suivants, à 10 h., M. W. Vignal, électro-radiologiste des hôpitaux, chef adjoint à l'hôpital Beaujon, fera une conférence suivie d'applications pratiques.

L'assistance à ces conférences et démonstrations, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

XVIe CONGRÈS FRANÇAIS

D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Paris, 17 octobre 1928 (1)

PREMIER RAPPORT

LA PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE EN OTOLOGIE

MM. A. Sargnon et P. Bertein (de Lyon), rapporteurs.

Les paralysies faciales dites auriculaires, celles en particulier qui intéressent le plus l'otologiste, paralysies inflammatoires, opératoires, zostériennes, sont rares, souvent incomplètes. Un traitement approprié en amène la régression fréquente.

Le nerf facial étant un nerf mixte, ses paralysies ne doivent pas seulement être étudiées au seul point de vue des troubles moteurs créant l'asymétrie faciale. Les modifications de la sensibilité, un peu délaissées jusqu'ici, doivent être étudiées tout spécialement dans les paralysies auriculaires, proprement intrapétreuses, c'est-à-dire dépendant d'une lésion du nerf mixte après la réunion de ses deux racines et avant l'abandon des collatérales sensitives.

Ces modifications de la sensibilité subjective et objective seront recherchées au niveau de l'oreille externe et des deux tiers antérieurs de la moitié linguale correspondante. Malheureusement, elles sont d'une étude difficile. Au niveau de l'oreille, notamment, des suppléances sensitives interviennent pour fausser les résultats de l'exploration. Ces troubles de la sensibilité, les douleurs en particulier, sont surtout marqués dans la variété zostérienne de la paralysie. Elle est, en effet, conditionnée par l'infection primitive du ganglion sensitif de la VIIe paire.

Les paralysies inflammatoires sont surtout dues à la compression du nerf par la muqueuse congestionnée, s'exerçant sur les deuxième ou troisième portions du facial à la faveur de déhiscences de l'aqueduc de Fallope. La névrite intervient plus rarement et plus tardivement.

La paralysie faciale ne complique pas seulement l'otite moyenne suppurée, l'otite congestive non suppurée peut aussi la conditionner. Il y a lieu cependant d'être réservé dans l'attribution de la paralysie faciale à un catarrhe latent de l'oreille. On recherchera attentivement les manifestations subjectives et objectives de ce dernier avant de poser le diagnostic de l'étiologie otitique de la paralysie.

Les paralysies opératoires relèvent, elles aussi, souvent de la compression ou de la contusion nerveuse, plus rarement de la section.

Celle-ci est plus fréquente dans les plaies de l'oreille par projectiles.

Les paralysies zostériennes sont des complications assez fréquentes de l'infection du ganglion géniculé. Les manifestations éruptives et sensitives de cette dernière, précédant et accompagnant la paralysie, caractérisent celle-ci. Cependant ces manifestations peuvent être discrètes et fugaces. Il faut les chercher avec attention parfois dans d'autres territoires ganglionnaires que celui de l'oreille, intéressés en même temps que lui, tout particulièrement du côté de la VIIIe paire.

Les paralysies a frigore sont aujourd'hui rares, une fois mises à part les paralysies zostériennes frustes les névrites infectieuses souvent syphilitiques ou toxiques, les catarrhes discrets oto-mastoïdiens. Elles semblent parfois répondre, d'après les idées neurologiques nouvelles à des troubles vasculaires inflammatoires, d'origine encore imprécise, du noyau bulbaire.

(1) *Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*

Le traitement de la paralysie faciale auriculaire est avant tout un traitement otologique : drainage précoce des cavités infectées, antisepsie naso-pharyngée dans la paralysie otitique ; toilette et désinfection de la plaie traumatique opératoire ou accidentelle en vue d'éliminer toutes causes de compression et d'éviter l'infection secondaire du nerf contus.

L'électrothérapie est un adjuvant utile dont il y a lieu de régler l'emploi avec prudence.

Le traitement antisyphilitique sera mis en œuvre éventuellement aussi pour modifier un terrain défavorable et préciser un diagnostic.

On ne doit intervenir qu'avec réserve dans les paralysies tardives. La régression spontanée d'une paralysie d'apparence définitive avec réaction de dégénérescence totale peut s'observer après six mois et plus. A notre avis, il faudra donner la préférence aux méthodes thérapeutiques indirectes, lesquelles visent, sans action sur le nerf, à rétablir l'équilibre de la face : tarsorraphie, relèvement commissural, opératoire ou par crochet, opération sympathique.

DISCUSSION

M. Hennebert a observé un cas de paralysie faciale au cours d'un zona « intercostal » sans symptômes dans le domaine otique.

M. Lafite-Dupont (de Bordeaux) rappelle le fait rare, rapporté par Bergonié, de la conservation de la motilité dans une petite zone paramédiane de l'orbiculaire du côté paralysé.

M. Mygind et Mme Dederding (de Copenhague) ont étudié l'influence du métabolisme sur l'oreille. Ils ont trouvé qu'en produisant une diminution du poids de 1, 2 kilogrammes, à l'aide d'un diurétique, on peut, dans certains cas, augmenter l'ouïe notablement.

M. A. Barré (de Strasbourg) rappelle qu'il a mis en relief avec Alexandrowitch les hypotonies faciales unilatérales d'origine sympathique, associées ou non à des troubles du trijumeau.

Les meilleurs signes différentiels entre paralysies faciales centrale et périphérique sont :

1. Le réflexe de Mac Carthy (conservé dans la paralysie centrale, diminué ou aboli dans la paralysie périphérique).

2. Le signe du mode de la fermeture de l'orbiculaire palpébral. Quand on commande au malade de fermer l'œil, s'il s'agit d'une paralysie centrale, l'œil se ferme presque toujours complètement, mais la fermeture ne peut être maintenue au degré initial; dans la paralysie périphérique, l'œil ne se ferme pas complètement, mais chaque effort de fermeture est suivi d'une augmentation de l'occlusion.

DEUXIÈME RAPPORT

LA PHYSIOLOGIE DE L'AUDITION

M. Bonain (de Brest), rapporteur.

En dehors de l'orientation et de l'accommodation auditives, questions subsidiaires, l'étude de l'audition comprend trois points capitaux : 1° la transmission des ondes vibratoires acoustiques au limaçon; 2° la dissociation, dans cet organe, de ces ondes pour ainsi dire complexes; 3° la sensibilisation, par ces ondes dissociées, des cellules sensorielles auditives de l'organe de Corti.

Le rapporteur repousse la transmission classique des sons à l'oreille interne, survivance d'une doctrine périmée, dans laquelle les organes vestibulaires jouaient encore un rôle dans l'audition, la transmission par le tympan, la chaîne des osselets, la fenêtre ovale et le vestibule n'est pas acceptable pour deux raisons principales qui semblent péremptoires : la première est la persistance d'une audition suffisante, d'aucuns disent même parfois presque normale, malgré l'immobilisation de la chaîne des osselets, malgré aussi la disparition du tympan, des osselets et la condamnation de la fenêtre ovale;

la seconde, plus convaincante peut-être encore, est l'intégrité des organes vestibulaires : saccules, utricules et ampoules des canaux demi-circulaires, à la suite des traumatismes sonores de l'oreille, on sait que ces traumatismes sonores, soit professionnels, soit expérimentaux, déterminent, dans le limaçon des lésions plus ou moins graves, pouvant aller jusqu'à la destruction partielle ou totale de l'organe de Corti.

La membrane basilaire et l'édifice cellulaire qu'elle supporte sont les premiers atteints. La membrana tectoria, ou membrane de Corti, est plus rarement atteinte; et, quand ces deux membranes sont dilacérées, on les trouve refoulées vers la rampe vestibulaire du limaçon. Par contre, tous les auteurs sont d'accord sur l'intégrité, en pareil cas des organes vestibulaires. C'est tout au plus si, à la suite de détonations répétées d'armes à feu à l'entrée du conduit auditif, on a trouvé quelques altérations de ces organes. Il ne s'agit plus ici de traumatismes par transmission de sons particulièrement nocifs, mais d'une véritable commotion par vibrations d'amplitude considérable, directement communiquées à tout le temporal, et portant surtout leur action sur la partie la plus facilement accessible du labyrinthe : le limaçon qu'on trouve complètement désorganisé.

Devant ces constatations, est-il raisonnable de croire que si les sons étaient transmis par la fenêtre ovale et le vestibule, sous forme d'ondes vibratoires de vibrations ou de pressions, comme le veulent quelques-uns, les organes de Corti puissent rester indemnes de toute altération à la suite des traumatismes sonores? Dans le limaçon lui-même, si les sons étaient transmis, de la fenêtre ovale la fenêtre ronde, par le vestibule et la rampe vestibulaire, les membranes de Reissner et de Corti ne devraient-elles pas être les premières atteintes, les plus fréquemment lésées; et, en cas de rupture, ne devraient-elles pas se trouver refoulées vers le canal cochléaire et la rampe tympanique?

La dissociation des ondes acoustiques ou analyse des sons est, pour les physiciens, le pivot d'une théorie de l'audition. Depuis Helmholtz, cette question a divisé les physiologistes de l'oreille en deux camps opposés, les uns tenant pour l'analyse périphérique, les autres pour l'analyse centrale, c'est-à-dire par le cerveau. Ces derniers n'ont évidemment pas vu l'équivoque créée par le terme d'analyse cérébrale qui, en effet, porte sur toutes les sensations perçues par le cerveau, n'a rien de commun avec l'analyse physique. Le cerveau percevant une sensation de lumière blanche, l'analyse cérébralement, c'est-à-dire la juge, la compare et la différencie d'autres sensations; mais il lui est impossible d'en faire l'analyse physique, d'en reconnaître les éléments constitutifs : les couleurs du spectre. Il ne pourra le faire que si l'onde lumineuse complexe, origine de cette sensation, a été avant sa pénétration dans l'œil, dissociée en ses éléments simples : les éléments spectraux, par le procédé physique du prisme ou du réseau optique.

Il en est de même pour la sensation sonore. Mais l'oreille possède ce privilège spécial de pouvoir dissocier elle-même les ondes acoustiques complexes qui lui parviennent.

Elle ne reçoit pour ainsi dire, que des ondes complexes, l'onde simple étant exceptionnelle, et l'onde complexe étant rarement dissociée naturellement en dehors de l'oreille. La dissociation des ondes; l'analyse des sons, par cet organe, sont donc indispensables pour la netteté et la précision de l'audition.

Les partisans de l'analyse périphérique ne consentant plus, pour la plupart, à voir, dans les stries de la basilaire, les résonnateurs individuels et différenciés imaginés par Helmholtz, ont recherché une autre explication de l'analyse des sons par l'oreille et ont émis diverses hypothèses qui, réellement ne sont pas satisfaisantes. Le rapporteur pense avoir résolu ce problème en attribuant la dissociation des ondes acoustiques complexes à leur diffraction à travers les réseaux latéraux du tunnel de Corti. Le procédé est connu en optique comme en acoustique; l'appareil qui le réalise existe dans l'oreille, connu depuis longtemps, minutieusement décrit et, malgré cela, resté sans emploi dans l'audition. C'est le tunnel à claires-voies formé par la juxtaposition des arcades de Corti et s'étendant de la base au sommet de la spire cohléaire. C'est une réalité s'opposant avec avantage à l'hypothèse plus vague, à l'hypothèse douteuse des résonnateurs différenciés et aux autres hypothèses plus vagues, émises pour la remplacer.

Il est toutefois probable que l'analyse physique des sons ne se borne pas à cette dissociation des ondes complexes, et qu'il s'opère dans la rampe tympanique du limaçon un triage préalable des ondes, suivant leur longueur. Ce triage doit se faire aux divers tours de la spire cochléaire, en raison de la différence du mode de réflexion des ondes de longueur différents. Nous savons que les ondes vibratoires d'une fréquence supérieure à 4.000 ne se réfléchissent pas tout à fait comme celle d'une fréquence inférieure à ce chiffre. Tandis que les premières suivent à peu près la loi de réflexion des rayons lumineux, les secondes sont réfléchies généralement à angles plus larges et peuvent même contourner les obstacles. Les ondes courtes des sons aigus, d'une fréquence supérieure à 4.000 doivent donc, en raison de leurs réflexions plus nombreuses dans le premier tour de spire et de l'obstacle que leur oppose le coude formé par l'union de ce premier tour avec le second, pénétrer dans le tunnel de Gorti, la base même du limaçon, au niveau du premier tour et de son union avec le second. A l'appui de cette hypothèse existent des faits précis, observés à la suite des traumatismes sonores soit professionnels, soit expérimentaux par audition prolongée de sons de tonalités différentes. C'est ainsi que dans les examens anatomopathologiques des limaçons de chaudronniers, ainsi que des limaçons d'animaux soumis à l'action prolongée de sons aigus on a constaté la limitation des lésions au niveau du premier tour de la spire cochléaire, avec prédominance de ces lésions à l'union du premier et du second tour. Dans les expériences faites avec des sons de moins grande fréquence, les lésions observées atteignaient les tours plus voisins du sommet de l'organe.

Comme il n'est plus possible d'attribuer la localisation des lésions observées à la spécialisation intrinsèque des stries de la basilaire, on ne peut guère attribuer à ces faits d'autre explication logique que la pénétration à des niveaux différents de la basilaire, des divers sons, suivant leur longueur d'onde.

Cette conception du triage et de la dissociation des ondes acoustiques dans le limaçon, domine la physiologie de l'audition, telle qu'elle est exposée dans ce rapport. Pour être triés dans la rampe tympanique, puis dissociés à travers les réseaux du tunnel de Corti, les sons doivent être transmis à l'oreille sous forme d'ondes vibratoires progressives et pénétrer dans la rampe tympanique du limaçon par la voie la plus directe : la loge postérieure de la caisse du tympan et la fenêtre ronde. Il faut que ces ondes cheminent par réflexions le long de cette rampe et pénètrent dans le tunnel de Corti aux divers tours de la spire cochléaire, par la partie la plus perméable de la basilaire : la zone lisse comprise entre les piliers internes des arcades.

La sensibilisation des cellules sensorielles auditives dissociées, ne saurait avoir un mécanisme très différent de celui de la sensibilisation des cellules sensorielles vestibulaires. Tous les organes labyrinthiques sont essentiellement formés de cellules sensorielles ciliées et d'un élément d'origine épithéliale, tendu ou suspendu à leur contact : membrana tectoria pour l'organe de Corti membranes otolithiques pour le saccule et l'utricule, cupules pour les ampoules des canaux demi-virculaires.

Or, nous savons actuellement que la sensibilisation des cellules sensorielles vestibulaires provient de l'action de l'élément suspendu sur les cils de ces cellules. Il doit en être de même pour les cellules sensorielles auditives de l'organe de Corti.

Mais comme le but de ces cellules est de faire connaître au cerveau les diverses modalités des vibrations sonores des corps pondérables, il faut nécessairement que ces modalités leur soient transmises. Elles ne peuvent l'être que par les divisions de la membrana tectoria en contact avec les cils de chaque cellule sensorielle. En leur qualité de membrane, ces divisions doivent être le siège de vibrations secondaires, reproduisant, très atténuées comme amplitude, les vibrations primaires des sources sonores. L'onde vibratoire acoustique ne pouvant par elle-même déterminer directement ces vibrations secondaires, il faut donc qu'elle développe au niveau des divisions de la membrana tectoria des ondes stationnaires ou mouvements vibratoires produits, comme on le sait, par interférence de l'onde réfléchie avec l'onde directe. Ce sont ces ondes stationnaires qui entraînent les vibrations des divisions de la tectoria.

DISCUSSION

M. Baratoux rappelle ses travaux antérieurs (1884) touchant l'organe de Corti.

M. Escat. La clinique semble confirmer le rôle accommodateur de l'appareil tympano-ossiculaire.

M. Ramadier fait des réserves étant donnés les troubles liés à l'ankylose stapedienne.

MM. Gault et Jacques demandent des preuves ou des explications.

M. Bard rappelle l'accommodation auditive, qu'il a décidée il y a vingt ans pour la différence de tension entre les deux moitiés du tympan, ainsi que le syndrome de presbytie auditive chez le vieillard.

COMMUNICATIONS DIVERSES

GÉNÉRALITÉS

Syndrome hyperthermique postopératoire chez un nourrisson. Guérison. — M. Roger Bertein (de Lyon) rapporte l'observation d'un nourrisson de neuf mois qui, opéré pour mastoïdite latente, présente après l'intervention une température à 41°5 sans signes de localisation et dont l'allure rappelait le syndrome de « mort rapide » des nourrissons opérés avec pâleur et hyperthermie. La ponction lombaire montra un liquide clair fortement hypertendu, sans modifications cytologiques; sa répétition amena la guérison. Peut-être s'agissait-il d'une poussée hypertensive intracranienne d'origine sympathique, agissant sur les centres de la régularisation thermique.

M. Lafite-Dupont (de Bordeaux) demande si la pression du liquide céphalo-rachidien a été prise.

M. J.-M. Le Mée (de Paris) préconise à titre préventif la médication adrénalinienne; son efficacité curative est douteuse.

De la mort rapide du nourrisson après bronchoscopie. — M. Moreau (de Saint-Etienne) communique l'observation d'un nourrisson de onze mois mort dans l'hyperthermie à la suite de l'extraction d'un grain de café de la bronche gauche et dont l'autopsie a montré des lésions de nécrose aiguë dans la substance médullaire des capsules surrénales.

Pour ce qui est de la localisation des corps étrangers bronchiques, l'auteur insiste sur le peu de valeur de l'auscultation et sur les erreurs d'interprétation de la radioscopie.

Les accidents mortels au cours de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. — M. G. Canuyt (de Strasbourg). Les accidents ne sont pas tous publiés. Ils s'expliquent par la toxicité des produits dont la grandeur est évaluée par l'auteur et par certaines prédispositions individuelles (sensibilité, état psychique). L'emploi des produits purs et bien titrés et l'introduction lente dans l'organisme doivent être conseillés.

M. Bourgeois (de Paris) pratique une injection de scopolamine-morphine avant l'intervention, et chez les nerveux, la veille au soir, administre une dose de gardénal.

M. G.-M. Le Mée (de Paris) craint que la seule considération des accidents fasse déprécier ce type d'anesthésie; il demande quels sont les moyens préventifs susceptibles d'être employés contre eux.

PHARYNX. ŒSOPHAGE

Contribution à l'étude de l'agranulocytose. — M. J. Vialle (de Nice). Observation d'une angine agranulocytique caractérisée par une leucopénie extrême (720 leucocytes) et une anémie intense (1.040.000 hématies) qu'accompagnait un état hémorragique sérieux. Il s'agirait, du point de vue hématologique, d'un type intermédiaire entre l'agranulocytose de Schutz et l'insuffisance médullaire aiguë totale.

Phlegmons et abcès de l'amygdale. — M. Hicquet (de Bruxelles). Les collections de cette région ne sont jamais intra mais péri-amygdaliennes. Elles siègent plus souvent qu'on ne le croit au niveau du pilier postérieur et sont alors caractérisées par l'absence de trismus et œdème de la luette. L'amygdale peut, dans certains cas (terrain), participer à l'infection péritonsillaire; l'état général est alors grave, l'abcédation se fait difficilement; l'aspect est celui des angines anormales décrites par Sallard. Le traitement est l'incision; si on ne trouve pas de pus, traitement antiseptique ou vaccin de Delbet.

Technique chirurgicale de l'ouverture des abcès péri-amygdaliens d'accès difficile. — M. Dutheillet (de Limoges).

Les interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes chez les « porteurs de germes ». — M. Worms (de Paris). A part la tuberculose pour laquelle l'auteur recommande l'abstention et le streptocoque qui commande la circonspection, M. Worms n'a jamais relaté d'accident chez les porteurs de germes diphtériques ou méningococciques.

L'iodothérapie interne dans la cure de la tuberculose chronique de la gorge. — M. Jacques (de Nancy). L'iode ingéré à dose moyenne (2 grammes IK) est un médicament de choix contre les ulcères tuberculeux chroniques et le lupus de la gorge, du fait de l'élimination du métalloïde par les glandes buccopharyngées.

Remarques au sujet du diagnostic radiologique des corps étrangers de l'œsophage. — M. Fernand G. Eeman (de Gand) insiste sur l'examen radiographique qui complète heureusement la radioscopie et sur les détails de technique permettant de déceler des corps étrangers perméables aux rayons X. L'examen radiologique n'est cependant pas infaillible et la persistance des symptômes après un examen négatif aux rayons X est une indication de l'œsophagoscopie.

OREILLES

Paralysie isolée de la corde du tympan dans l'otite moyenne suppurée chronique. — M. Robert Rendu (de Lyon). La paralysie de la corde du tympan est beaucoup plus fréquente au cours des otorrhées que la paralysie faciale. Si on la signale rarement, c'est que l'hémi-hypo-esthésie sensitivo-sensorielle de la langue qu'elle détermine passe le plus souvent inaperçue.

Paralysie faciale otogène à récidives multiples. — M. Collet (de Lyon) relate l'observation d'un otorrhéique qui présenta à plusieurs reprises de véritables attaques de paralysie faciale qui durèrent de un à quatre mois. Au cours de la dernière, un évidement fut conseillé mais la paralysie régressa encore spontanément.

Sinus latéral ampulaire extra-cranien. — M. R. MOREAUX (de Nancy). Observation d'un malade chez lequel le diagnostic de kyste dermoïde de la région mastoïdienne avait été porté; il s'agissait, en réalité, d'un sinus latéral très dilaté, ampulaire ayant usé la paroi osseuse. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic.

Otorrhée tuberculeuse avec intégrité de la caisse et de la mastoïde. — M. André VIELA rapporte deux observations de tuberculose de l'arcade zygomatique et une observation d'abcès froid ganglionnaire parotidien, fistulisés dans le conduit, la mastoïde et la caisse étant saines. Le pronostic de l'otorrhée est lié au pronostic de l'affection de la caisse.

L'examen otologique est important afin d'éviter toute intervention intempestive sur la caisse ou la mastoïde.

Thrombo-phlébite du sinus latéral. — M. MASSIER (de Nice).

Les mastoïdites récidivantes. — M. Jean RATEAU. Elles se présentent plusieurs années après la première atteinte de mastoïdite. Les déformations anatomiques de la caisse du fait de l'otorrhée chronique, les mauvaises cicatrisations de la première antrotomie y prédisposent ainsi que l'état général du malade.

Traitement : mastoïdectomie ou évidement et vaccinothérapie.

Le lavage seul mode de pansement après l'évidement petro-mastoïdien. — MM. G. LAURENS, C. GIRARD, C. HUBERT. Les lavages avec une solution de Dakin étendue, pratiquée deux à trois fois par jour par le malade lui-même, à partir du troisième jour après l'opération, ont le grand avantage d'être simples et indolores. Les résultats sont identiques à ceux obtenus par les autres procédés.

Aspect clinique et traitement des abcès cérébraux d'origine otique ou sinusienne. — M. PORTMANN (de Bordeaux). Les plus fidèles parmi les symptômes classiques sont les signes infectieux et en particulier l'amaigrissement massif, et la céphalée.

Le ralentissement du pouls est inconstant, la stase papillaire rare.

Importance de la ponction lombaire.

Théorie de l'audition. — M. MYGIND et Mᵐᵉ Dida DEDERDING (de Copenhague). Tout point de la « membrana tectoria » joue le rôle de récepteur pour une longueur d'onde déterminée. Longueur d'onde diminuant de la base de la cochlée vers l'apex.

Les sons se décomposent donc en ondes secondaires présentant la longueur d'onde optima pour leur perception.

Quelques considérations au sujet de la membrane de la fenêtre ronde. — Sir James DUNDAS GRANT (de Londres). La fenêtre ronde peut servir à la transmission des sons même plus élevés que ceux qui sont conduits par l'appareil tympanique. Elle sert, en outre, de soupape de sûreté pour la fonction de l'équilibre : cas d'un sujet dont l'étrier était immobilisé dans la fenêtre ovale et chez lequel la pression sur le tragus occasionnait un vertige.

Importance de l'organe de l'équilibre. — M. F. H. QUIX (d'Utrech) a étudié les déviations d'équilibration chez les animaux privés d'un ou des deux labyrintes, ainsi que les phénomènes observés dans la surdimutité de l'homme et des animaux.

Les résultats sont d'autant plus nets que les malades perdent subitement les deux labyrinthes à un âge plus avancé.

L'action labyrinthique des médicaments vaso-moteurs. M. TERRACOL (de Strasbourg). L'adrénaline semble prépondérante; elle agit surtout par régulation (Vernet). L'action de l'acétylcholine et des glandes à sécrétion interne, semble douteuse.

Du diagnostic et des effets thérapeutiques de la chaleur dans le syndrome angiospatique du labyrinthe. Observations cliniques. — M. D. SIEMS (de Nice).

De l'emploi de l'air chaud en otologie. — M. Come FERRAN (de Lyon).

LARYNX. TRACHÉE ET BRONCHES

Le précancer du larynx. — M. BENJAMINS. Tout papillome, toute hyperkeratose est susceptible de dégénérescence maligne et doit être traitée comme telle.

M. BOURGEOIS rappelle les travaux de J. Poyet sur la leucoplasie laryngée.

Sur quelques cas d'épithéliomas du larynx traités avec succès par le radium et la chirurgie. — M. GAULT (de Dijon).

Quatorze cas de tuberculose du larynx traités par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre. — M. A. SOUCHET (de Rouen).

Critique des procédés actuels d'irradiations ultraviolettes endolaryngée, présentation d'un nouveau dispositif laryngo-radiophore. — M. G. AUZEMOUR.

Un cas de paralysie des dilatateurs du larynx par névrite récurrentielle éberthienne. — M. J. N. ROY (de Montréal) affirme cette pathogénie au sujet d'un malade typhoïdique qui atteint d'une double paralysie des cricoaryténoïdiens postérieurs dû être trachéotomisé. Après guérison de la typhoïde, la canule étant enlevée, les cordes avaient recupéré leur mobilité jusqu'à la position intermédiaire.

Paralysie traumatique du nerf récurrent; à propos de trois cas personnels. — M. REBATTU (de Lyon). Ces paralysies isolées sont exceptionnelles. Si le récurrent peut être atteint directement par un instrument tranchant ou une balle; il peut être comprimé par un hématome cervical dont la résorption explique la régression de la paralysie. Il peut aussi être le siège d'un épanchement séreux ou sanguin.

M. COULET (de Nancy) cite le cas d'un blessé de guerre dont le larynx avait été traversé par une balle. La guérison laisse, après elle, une paralysie récurrentielle unilatérale,

M. SARGNON (de Lyon) n'a jamais vu de paralysie récurrentielle traumatique bilatérale vraie.

Cas de diagnostic et de thérapeutique trachéo-bronchoscopique. — M. GUISEZ. Un cas de papillome trachéal, un cas de compression adénopathie. L'auteur insiste sur la valeur diagnostique dans ce dernier cas de l'élargissement de l'éperon de bifurcation.

FOSSES NASALES ET SINUS

Relations anatomiques entre le sinus maxillaire, l'ethmoïde antéro-externe et le sinus frontal. — M. VILAR FIOL (de Valence). Les recherches de l'auteur (60 cadavres) ont montré l'existence d'un conduit maxillo-ethmoïdo-frontal. Parfois même le sinus frontal communique directement avec le sinus maxillaire par l'intermédiaire de ce conduit.

Névrites optiques guéries ou améliorées en l'absence de toute lésion naso-sinusale par l'exérèse du cornet moyen et la simple ouverture large du sinus sphénoïdal. — M. E. ESCAT (de Toulouse). Les névrites optiques de cause obscure, même en l'absence de toute lésion des fosses nasales et des sinus postérieurs, peuvent bénéficier de la chirurgie rhinologique. S'appuyant sur des cas observés avec divers oculistes et sur onze interventions qui ont donné presque toutes des résultats excellents et souvent inattendus, M. Escat préconise la trépanation sous anesthésie locale par voie endo-nasale du sinus sphénoïdal après ablation du cornet moyen. Chez un sujet émotif et chez l'enfant, on peut combiner à l'anesthésie

locale l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. L'attaque du sinus sphénoïdal par voie transorbitaire doit être réservée au cas où une atrésie excessive de la fosse nasale rend la région du cornet moyen inaccessible par voie naturelle. Bien qu'il soit recommandé d'intervenir le plus précocement possible, l'atrophie partielle de la papille optique n'est pas une contre-indication; M. Escat a obtenu des résultats très appréciables dans des cas où elle était très avancée.

Le signe du cul-de-sac conjonctival inférieur dans la translumination de l'antre maxillaire. — M. Delobel (de Lille) montre que la transillumination du sinus maxillaire est souvent incertaine chez des sujets à ossature particulièrement développée; il suffit alors d'éverser le cul-de-sac conjonctival inférieur pour le voir se dessiner sous la forme d'un croissant lumineux.

Aspect radiographique des sinus de la face au cours d'un syndrome du ganglion sphéno-palatin. — M. J. Hesmoortel (d'Anvers) note l'opacité relative mais persistante (diagnostic rétrospectif) des sinus de la face au cours du syndrome. Elle est due probablement à des altérations de la muqueuse des sinus d'ordre tropho-neurotique.

Résultats de quelques expériences sur le rôle trophique du ganglion sphéno-palatin. — MM. A. Moulonguet et P. Collin (de Paris) ont pratiqué chez le chien l'ablation unilatérale du ganglion sphéno-palatin ; elle n'a jamais été suivie d'aucune modification pathologique de la muqueuse nasale. Les coupes histologiques des cornets n'ont rien décélé. Ils concluent à la non-participation du ganglion sphéno-palatin dans la pathogénie de l'ozène.

Bloc sphéno-palatin sympathique cervical et ozène. — MM. Jung, Tagand et F. Chavanne (de Lyon). Les recherches expérimentales effectuées depuis quatre ans par les auteurs sur quarante chiens leur ont montré que :

1° A l'exception de quelques fibres apportées directement par le nerf maxillaire supérieur, les filets excito-sécrétoires de la muqueuse nasale empruntent la voie nerf vidien, ganglion de Meckel et rejoignent les terminaisons nasales du nerf maxillaire supérieur ;

2° Le ganglion cervical supérieur et ses efférents à destination nasale ont une action fréno-sécrétoire pour la muqueuse nasale, tout en étant vaso-dilatateurs;

3° La résection isolée ou collective des éléments du bloc sphéno-palatin et du sympathique cervical n'entraîne aucun trouble trophique immédiat ou tardif de la muqueuse nasale.

Les nerfs modificateurs de la sécrétion nasale sont donc incapables de déterminer un syndrome tel que celui de la rhinite atrophique simple ou de l'ozène.

M. Dutheillet de Lamothe (de Limoges). Jamais les résections du maxillaire supérieur qu'il a pratiquées n'ont donné de troubles trophiques.

M. Bourguet (de Paris). Pas plus chez l'homme que chez l'animal les résections du ganglion sphéno-palatin n'amène de modifications dans les fosses nasales.

M. Vernet (de Paris). Le ganglion sphéno-palatin joue un rôle limité; il pense qu'un trouble sensitif trigémellaire favorise l'apparition de l'ozène.

M. Halphen (de Paris). Aucune théorie nouvelle n'est satisfaisante. L'origine sympathique et endocrinienne doit subsister et la thérapeutique s'exercer dans cet ordre d'idées.

M. Baque (de Luchon) préconise l'influence curative du traitement sulfureux.

Ozène expérimental. — M. H. Proby (de Lyon). Le bacille de Friedlander, inoculé à un lapin à la dose de 1 milliard par centimètre cube, provoque une rhinite purulente avec croûtes. Le coccobacille de Perez est beaucoup plus rarement en cause. Il reste à déterminer si d'autres microbes peuvent reproduire l'ozène.

Sur une tache éruptive paranasale dans certains cas de rhinite aiguë. — M. Batier (de Strasbourg). Une observation. Comme pathogénie l'auteur invoque une névrite compliquant la rhinite.

Les plaques et papules œdémateuses de la pituitaire dans les affections spasmodiques d'origine ou à manifestations nasales. — M. H. Daudin-Clavaud (de Dunkerque). Le siège de prédilection de ces papules est la tête du cornet moyen et moins souvent la cloison. Leur destruction au galvanocautère amène une amélioration, peut-être en diminuant le pouvoir absorbant de la muqueuse nasale à l'égard de substances sensibilisatrices.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS ET D'APPAREILS

Audiomètres et audiométrie. — M. Miegeville (de Paris) présente son audiomètre conçu de telle façon qu'il est possible de tracer un audiograme indépendamment de toute suggestion du sujet ou du médecin.

L'appareil permet de déterminer le degré de surdité et de faire toutes les épreuves d'acoumétrie ainsi que les épreuves de fatigabilité auditive. Il facilite les expertises et les examens d'aptitude auditive.

Instruments d'utilité diverse en oto-rhino-laryngologie. — Sir James Dundas-Grant (de Londres). 1° Crochet d'acier destiné surtout à l'extraction des corps étrangers de l'oreille et du nez.

2° Pipette en verre en forme d'U permettant de faire facilement un prélèvement dans un fond de caisse.

P. TRUFFERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 8 novembre 1928)

Nanisme hypophysaire. — Mme et M. Schiff présentent un malade de quatorze ans et demi, dont la croissance corporelle est complètement arrêtée depuis l'âge de neuf ans. A cette époque, un syndrome d'hypertension cranienne s'est manifesté par des céphalées intenses et par des vomissements. Deux ans plus tard, l'enfant est devenu brusquement et totalement aveugle. Les céphalées ont toujours persisté depuis lors.

Actuellement, il existe une atrophie complète des nerfs optiques, une hydrocéphalie légère, un élargissement considérable de la selle turcique à la radiographie. Outre le nanisme, on note un abaissement de 26 p. 100 du métabolisme basal et une sclérose testiculaire. Le malade, avec son cou bref et ses épaules tombantes, ressemble au cas de MM. Souques et Chauvet.

Le Bordet-Wassermann du sang est négatif chez le sujet et chez sa mère. Un traitement spécifique, prolongé pendant quatre ans, s'est montré inefficace.

Les auteurs discutent l'indication d'une intervention chirurgicale (ablation transsphénoïdale, ponction transfrontale), malgré la perte irrémédiable de la vision, et l'utilité de la radiothérapie qui devra être très prudente à cause de la grande radiosensibilité des cellules nerveuses de l'enfant.

Paralysie globale unilatérale des nerfs craniens par tumeur de la base. — M. Kojevnikoff.

Encéphalographies dans les encéphalopathies infantiles. — M. Kojevnikoff montre en projection des radiographies obtenues par encéphalographie, après injections d'air par la ponction lombaire, dans des types divers d'encéphalopathies infantiles. Ces épreuves montrent souvent l'atrophie des circonvolutions, la distension, l'asymétrie ou l'oblitération des

ventricules, quelquefois de véritables poches kystiques, avec niveau liquide. Les quantités d'air injectées atteignaient 400 à 500 centimètres cubes lors des premières expériences. Actuellement, l'auteur n'en injecte pas plus de 100 centimètres cubes. Sur 300 ventriculographies, il n'a pas eu d'accidents sérieux. Il y a parfois seulement un peu d'élévation de température et quelques nausées, mais pas de somnolence.

M. Cl. VINCENT, à propos de cette communication, énumère les avantages qui lui font préférer la ventriculographie (injection d'air par la voie ventriculaire) à l'encéphalographie (injection d'air par la ponction lombaire), du moins dans les tumeurs cérébrales.

La ventriculographie est moins dangereuse pour la vie des malades parce qu'elle permet de mesurer la tension intraventriculaire et de ne jamais dépasser la tension initiale. Or, on sait la fragilité extrême des malades atteints de tumeurs cérébrales, chez lesquels on ne peut, sans danger, soustraire de grandes quantités de liquide céphalo-rachidien, ni injecter de grandes quantités d'air, comme cela est nécessaire pour l'encéphalographie par voie lombaire.

De plus, la ventriculographie donne des renseignements plus précis. Après l'encéphalographie, la présence d'air à la surface des circonvolutions gêne l'étude des ventricules. L'absence d'air dans les ventricules ne permet pas, avec cette méthode, d'affirmer la présence d'une néoformation au niveau des trous de Luschka, de Magendie ou de Monro. Au contraire, la ventriculographie permet de recueillir des renseignements précieux sur la situation, sur la capacité, sur la pression de la corne ventriculaire, souvent aussi sur sa perméabilité.

M. Cl. Vincent pratique la ventriculographie avec un appareil dérivé de l'instrumentation de Küss pour le pneumothorax; il peut ainsi mesurer la quantité d'air qu'il injecte, et, à chaque moment, la pression à laquelle il l'injecte.

M. HAGUENAU développe des conclusions analogues.

Ostéoarthropathie hypertrophiante de type pneumique chez une jeune fille ayant une hépatomégalie et un syndrome basedowien. — M. R. DEBRÉ et Mlle Cl. VOGT. Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'ostéoarthropathie hypertrophiante de type pneumique tout à fait typique. La radiographie a montré les lésions d'ostéite engaînante décrites dans cette affection. La cause de cette ostéopathie est plus difficile à établir. Elle est peut-être consécutive à l'hépatomégalie considérable de cause inconnue présentée par cette malade. Mais il existe, en outre, un syndrome pluriglandulaire où domine la note basedowienne qui est peut-être pour quelque chose dans l'installation des déformations osseuses.

M. SOUQUES pense que l'ostéopathie se rattache sans doute à l'affection hépatique et reste indépendante du syndrome endocrinien.

Quadriplégie spasmodique familiale avec cyanose des extrémités. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, R. MOURGUE et H. DESOILLE présentent un cas de maladie familiale spasmodique, avec cyanose des extrémités et atrophie légère. L'étude physiologique de leur malade, en particulier par l'épreuve à l'acétylcholine et par la mesure des chronaxies, les amène à cette conclusion qu'il n'y a pas lieu de décrire une nouvelle forme de paraplégie spasmodique familiale, ni même de rattacher ce cas à la forme amyotrophique de cette paraplégie.

En outre, les auteurs rapportent de curieux détails sur la psychologie familiale : les malades s'entendent pour dissimuler leurs tares.

M. SOUQUES fait remarquer combien le syndrome ressemble à celui de la sclérose latérale amyotrophique. Cependant la lenteur de l'affection, son caractère familial et l'absence des troubles bulbaires établissent la distinction.

Narcolepsie cryptogénétique. Production dactylographique pendant le sommeil. — M. JEAN LHERMITTE et Mlle Alice ROQUES présentent une malade de dix-neuf ans atteinte de crises de narcolepsie quotidiennes. La malade s'endort régulièrement entre 2 heures et 4 heures de l'après-midi, soit au cours de son travail, soit au repos, soit dans les voitures publiques, soit même en marchant.

En dehors de la crise narcoleptique, la malade présente deux phénomènes particuliers : d'une part, une dissolution soudaine et subite du tonus statique; d'autre part, des hallucinations tactiles qui sont limitées à la face et qui ressemblent à certaines auras. Le premier de ces phénomènes est indiscutablement une ébauche de cataplexie; le second, purement subjectif, est analogue à certaines impressions hypnagogiques.

Contrairement aux autres sujets qui ont été étudiés ces derniers temps par les auteurs, on ne retrouve dans le cas actuel aucune circonstance étiologique, ni aucune donnée clinique qui permettent de penser à une altération du système nerveux central; en revanche, l'obésité pathologique, dont la malade est atteinte, et dont le début coïncide exactement avec celui des crises narcoleptiques, semble bien traduire une perturbation de l'appareil endocrinien et on est autorisé à voir ici une relation directe entre l'obésité et l'hypersomnie paroxystique.

Ce qui est intéressant dans le cas actuel, c'est que la malade, dactylographe, continue souvent son activité professionnelle au cours du sommeil et frappe alors une série de mots, qui parfois forment des phrases ayant un sens, et d'autres fois sont complètement incohérentes. Lorsque les phrases ont un sens, on retrouve toujours l'origine de celui-ci dans les préoccupations personnelles et surtout dans les souvenirs tout récents. La psychanalyse est tout à fait inutile pour expliquer ces opérations automatiques.

Ablation chirurgicale d'une tumeur volumineuse de la région paracentrale (gliome extériorisé et pédiculisé). — MM. ALAJOUANINE, PETIT-DUTAILLIS, BERTRAND et DUCAS présentent un malade qui, depuis quatre ans, avait des crises épileptiques, avec aura sensitive partant du gros orteil gauche crises qui se sont peu à peu accompagnées de parésie transitoire de l'extrémité du membre inférieur, puis, depuis un an, de paralysie permanente et progressive (monoplégie crurale d'abord pure, puis s'étendant depuis peu, de façon discrète, au membre supérieur). Malgré l'absence de signes d'hypertension intracranienne (liquide céphalo-rachidien normal, céphalée discrète, absence de troubles du fond de l'œil), l'intervention chirurgicale fut pratiquée, devant l'allure progressive des troubles parétiques. Elle permit de trouver une tumeur volumineuse, de 4 centimètres sur 3 de large, dont le pôle postérieur était lisse et arrondi, et dont la partie antérieure se prolongeait dans le lobule paracentral. L'ablation fut pratiquée sans incident. Les suites, en dehors d'une parésie transitoire du membre supérieur, ont été excellentes; il n'y a plus eu, depuis lors, de crises comitiales, et, un mois après l'intervention, on note la réapparition des mouvements des orteils et du pied, qui étaient abolis auparavant. L'examen histologique a révélé un gliome à noyaux bourgeonnants et monstrueux, du type de l'ancien gliosarcome.

Hallucinose préhypnique, automatisme ambulatoire et verbal nocturne, éclipses confusionnelles paroxystiques, chez une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique, avec syndrome de Parinaud respectant les mouvements automatico-réflexes, et crises toniques des membres à type de crampes vespérales. — MM. ALAJOUANINE et GOPCEVITCH présentent une femme atteinte d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique, auquel s'associent deux ordres de manifestations. 1° Des *manifestations neurologiques* : un syndrome de Parinaud avec impossibilité des mouvements volontaires d'élévation, d'abaissement et de convergence, alors que les mêmes mouvements sont conservés lorsqu'ils résultent d'un mécanisme automatico-réflexe, de

manière à réaliser un type particulier du syndrome de Parinaud, sur lequel ils ont déjà insisté; des mouvement cloniques de la face, provoqués par l'occlusion des yeux ou par la percussion de certains points du massif facial; des crises hypertoniques figeant la malade dans une attitude déterminée pendant un quart d'heure ou une demi-heure; enfin des crampes douloureuses, d'une durée semblable, qui apparaissent presque tous les soirs à la fin de la journée. 2° Des *manifestations psychiques et psychosensorielles* : en premier lieu, des phénomènes hallucinatoires : hallucinations visuelles à type cinématographique survenant au début de la nuit avant le sommeil, qui, peu à peu, sont devenues conscientes, et ne s'accompagnent plus maintenant de réactions affectives; d'autre part, de l'automatisme verbal et même ambulatoire pendant le sommeil; enfin des éclipses confusionnelles transitoires de dix à quinze minutes, avec troubles de l'orientation, troubles de la reconnaissance d'objets ou de personnes familiers.

Les auteurs insistent sur la richesse du tableau symptomatique présenté par cette malade et soulignent, d'une part, les caractères des phénomènes toniques à type de crampes vespérales, qu'ils ont déjà notés plusieurs fois à la suite de l'encéphalite; et, d'autre part, les troubles psychiques qui apparaissent au début du sommeil, et qui réalisent un type spécial d'hallucinose et un aspect particulier d'automatisme psychique nocturne, liés aux lésions de l'encéphalite.

M. Alajouanine distingue nettement les syndromes de Parinaud avec perte des mouvements automatiques, qui sont liés à des lésions nucléaires, et les syndromes de Parinaud avec conservation des mouvements automatiques, dont la cause est supranucléaire.

Dysrythmie respiratoire post-encéphalitique (polypnée et tic de soufflement) guérie en quelques jours par des injections intraveineuses de sulfate d'atropine. — MM. Alajouanine, Horovitz et Gopcevtch rapportent une observation de troubles respiratoires post-encéphalitiques, caractérisés par de la polypnée permanente et par un tic de soufflement, apparus sept ans après l'encéphalite initiale. Lors de la première phase, il avait déjà existé du hoquet et un peu de polypnée. Des injections intraveineuses de sulfate d'atropine, à des doses allant de 1 demi-milligramme jusqu'à 2 milligrammes, ont amené une sédation d'abord temporaire, puis permanente, et une véritable guérison au bout du huitième jour. Cette guérison persiste depuis six semaines. Les auteurs font remarquer qu'il s'agit d'une thérapeutique admirablement tolérée, qui leur a donné un résultat analogue dans un cas de hoquet persistant chez un pseudo-bulbaire; ils discutent l'interprétation pathogénique de son action (véritable vagotomie pharmacodynamique), et notent l'intérêt de ce fait, concernant un trouble considéré jusqu'ici comme rebelle à la thérapeutique.

Trois cas de sclérose en plaques traités par sérothérapie hémolytique. — MM. Laignel-Lavastine et Koressios présentent trois malades atteints de sclérose en plaques, qu'ils ont traités par du sérum de lapins qui avaient reçu des globules sanguins et le liquide céphalo-rachidien des malades eux-mêmes, suivant le procédé du professeur Pettit.

Dans un cas de sclérose en plaques évoluant depuis six mois, le malade présentait une paraplégie spastique avec impossibilité d'exécuter tout mouvement volontaire : la guérison a été complète. Le malade est présenté une année et demie après son traitement. Il est parfaitement bien portant, et n'a pas fait de rechute.

Dans un second cas de sclérose en plaques diagnostiqué au deuxième mois de l'évolution de la maladie, deux injections de sérum ont considérablement amélioré le malade du point de vue fonctionnel, malgré la persistance de certains signes d'altération organique. Le malade est présenté six mois après son traitement. Il n'a pas fait de rechute.

Dans un troisième cas de sclérose en plaques évoluant depuis cinq ans, une injection de sérum a fait disparaître la spasticité des membres inférieurs et a amélioré le tremblement.

M. Cl. Vincent étudie depuis deux ans, avec MM. Krebs, Garnier, M. David, le traitement de la sclérose en plaques. Il pense qu'on ne pourra jamais guérir la sclérose en plaques confirmée, non plus qu'on ne guérit l'ataxie locomotrice. Mais on pourra fixer la maladie à ses stades initiaux, comme on peut le faire maintenant pour le tabes monosymptomatique, et surtout pour la méningite syphilitique.

Il a utilisé principalement les vaccins T. A. B. ou la vaccineurine en injection intraveineuse, dans diverses formes de névraxites susceptibles d'évoluer ultérieurement vers la sclérose en plaques, et croit que, en dehors de l'action de choc, certains vaccins peuvent exercer une action spécifique. Il joint, d'ailleurs, la chimiothérapie à la vaccinothérapie.

Disparition progressive de la raie vaso-motrice après section des nerfs intercostaux. Contribution à l'étude de l'axone-réflexe. — M. Tinel a pu observer les modifications de la raie vaso-motrice à la suite de la section des nerfs intercostaux (cinquième et sixième).

Comme on pouvait s'y attendre, l'anesthésie, dans le territoire des racines sectionnées, est immédiate et complète. Inversement, on voit persister intégralement la raie blanche, de même que la raie rouge provoquée par une pression forte; ce sont en effet, comme l'avait déjà montré l'auteur, des réactions locales, purement mécaniques, sans rapport avec une action vaso-motrice véritable.

Mais il n'en est pas de même de la raie vaso-motrice vraie, celle que l'on provoque par la friction légère d'une pointe d'aiguille. Celle-ci disparaît bien, comme on le sait, dans le territoire des racines sectionnées, et se comporte, par conséquent, *en apparence*, comme un véritable réflexe vaso-dilatateur. Mais elle ne disparaît en réalité que progressivement, et ne cesse complètement que vers le septième jour. C'est un *pseudo-réflexe*, un *axone-réflexe*, selon la conception des auteurs anglais, et sa disparition suit les progrès de la dégénération périphérique des nerfs sectionnés.

Sclérose en plaques, peut-être d'origine poliomyélitique. — M. Félix Rose. Un jeune homme est pris brusquement, en juin 1926, au cours d'une épidémie de maladie de Heine-Medin à manifestations polymorphes, d'un engourdissement des membres droits, avec difficulté pour écrire et pour jouer du piano, et incertitude de la jambe droite dans la marche. Il y a exagération des réflexes tendineux, plus accusée à droite, ébauche de clonus des pieds, abolition des réflexes abdominaux inférieurs, dysmétrie du membre inférieur droit, légère parésie faciale droite. La ponction lombaire est négative. Quelques jours après, les troubles fonctionnels disparaissent. Le malade fait son service militaire de dix-huit mois, sans gêne. En juillet 1928, de nouveaux troubles apparaissent, surtout à gauche. Actuellement, le tableau est celui de la sclérose en plaques la plus typique.

Sur un type anatomo-clinique spécial d'atrophie cérébrale et cérébelleuse subaiguë avec foyers nécrotiques disséminés. — MM. G. Guillain et J. Bertrand.

LIVRES NOUVEAUX

Les Rayons ultraviolets (1), par les docteurs E. et H. Biancani assistants d'électro-radiologie des hôpitaux.

Ce livre est destiné avant tout aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, qui y trouveront les principales don-

(1) Un vol. in-8 (20 × 13) de 218 pages. 1928. — Prix : 20 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

nées physico-chimiques et physiologiques nécessaires à l'étude de l'actinothérapie, les indications de cette méthode thérapeutique et les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Les auteurs se sont reportés constamment à leur expérience personnelle et se sont efforcés d'être pratiques en évitant toutefois de devenir schématiques.

Le livre est divisé en deux parties :

Dans la première, les auteurs envisagent successivement les modes d'émission du rayonnement ultraviolet, son analyse et sa mesure, puis les actions physico-chimiques de ces rayons, leurs action photo-chimiques, photo-électrique et les phénomènes de fluorescence. Ils terminent cette partie par une étude des propriétés physiologiques des radiations ultraviolettes, abordant successivement l'étude de leur absorption par la matière vivante, de leurs actions abiotiques, des réactions cutanées, oculaires, sanguines, nerveuses et glandulaires, et enfin de l'action de ces radiations dans les processus de nutrition et de croissance.

Dans la partie consacrée aux actions thérapeutiques, après une étude de l'appareillage médical et de la technique générale des irradiations, les auteurs envisagent successivement les différentes affections contre lesquelles la mise en œnvre des ultra-violets a été couronnée de succès. Les chapitres les plus importants sont consacrés aux maladies des nourrissons et des enfants, aux diverses localisations de l'infection tuberculeuse, aux maladies de la peau et du cuir chevelu. Suivent deux chapitres consacrés aux autres indications de l'actinothérapie en pathologie médicale et chirurgicale.

Le livre se termine par une brève étude des incidents, accidents et contre-indications de l'actinothérapie, et par quelques considérations sur le rôle des ultra-violets en hygiène sociale.

Les différentes questions passées en revue ont été mises au point d'après les recherches les plus récentes. C'est dire que les spécialistes de l'actinothérapie eux-mêmes pourront bénéficier de sa lecture, également facile et instructive.

NOTES POUR L'INTERNAT

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MÉNISQUES DU GENOU[1]

4. Ces accidents entraînent une *impotence fonctionnelle* qui peut être grave quand ils sont souvent répétés.

Examen du malade. — L'*interrogatoire* révélera un des signes fonctionnels que nous venons d'étudier. Il faudra s'attacher à faire préciser avec soin l'accident initial.

Inspection. — Le genou est parfois un peu augmenté de volume. Atrophie musculaire de la cuisse, plus rarement du mollet, parfois appréciable à la vue.

Palpation. — Rechercher les *points douloureux*.

Sur l'interligne articulaire, entre le bord du ligament rotulien et le bord du ligament latéral interne il y a un point *douloureux très net, électif caractéristique* (Mouchet). On le retrouve en dehors des périodes de douleurs spontanées.

Parfois la douleur est moins localisée, tout l'interligne est douloureux.

On peut trouver également des points douloureux au-dessus

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 98, p. 1750.

ou au-dessous de l'interligne, sur les faces latérales du tibia ou du fémur. Ils n'ont pas la valeur du point douloureux à la partie interne de l'interligne.

Parfois le *ménisque interne fait saillie* et l'on peut le palper en explorant l'interligne de haut en bas avec le dos de l'ongle.

Le *choc rotulien* est fréquent, mais non constant. Il témoigne de l'existence d'une hydarthrose que l'on voit souvent apparaître après les accidents de blocage. Elle est donc sujette à des alternatives de disparition et de récidives. Pas d'épaississement du cul-de-sac sous-tricipital.

L'*atrophie musculaire* doit être recherchée par la palpation et au besoin par la mensuration. Elle est également sujette à des variations d'intensité.

Examen des mouvements du genou. — En dehors des crises de blocage, l'extension et la flexion sont à peu près normales.

Rechercher les *mouvements anormaux* :

Mouvements de latéralité (rupture du ligament latéral, interne surtout).

Mouvements de tiroir (rupture du croisé antérieur).

Mouvements de rotation de la jambe en demi-flexion autour de son axe.

Ils sont assez rares.

Un certain nombre de *signes négatifs* ne sont pas sans valeur dans certains cas : pas de chaleur locale, pas d'empâtement, pas d'adénopathie rétrocrurale.

Radiographie. — Ce sont des renseignements négatifs qu'elle fournit le plus souvent : pas de fracture, pas de corps étrangers, pas de pincement de l'interligne articulaire.

Radiographie après insufflation d'air dans l'articulation. C'est une méthode infidèle et qui n'est pas entrée dans la pratique courante.

L'*arthroscopie pratiquée* sous anesthésie et bande d'Esmarch, après insufflation d'air dans le genou, est également peu employée.

L'*arthrotomie exploratrice* paraît plus simple (Mouchet).

Evolution. — Extrêmement variable. Alors que certains sujets ne présentent que de rares accidents de blocage, sans hydarthrose et sans atrophie musculaire, chez d'autres la répétition des accidents entraîne une atrophie persistante, une hydarthrose constante qui compromettent gravement la valeur du genou.

Il est rare de voir de véritables phénomènes d'arthrite sèche se surajouter.

Dans tous les cas les *lésions ne guérissent jamais anatomiquement*, et chez les sujets qui n'ont pas eu d'accidents depuis des années une *rechute est toujours possible*.

Formes cliniques. — Elles sont infiniment nombreuses.

1. **Formes avec blocage**. — Sans douleur, sans hydarthrose.

2. **Formes sans blocage**. — *a*. FORMES FRUSTES. — Uniquement douloureuses.

Crises de douleurs à répétition.

Valeur du point douloureux fixe à la partie interne de l'interligne.

b. FORMES LARVÉES. — α. A *type d'hydarthrose* à répétition simulant de tous points une hydarthrose tuberculeuse, parfois pas de douleurs spontanées, faire au besoin une ponction et l'inoculation au cobaye.

β. A *type de douleurs rhumatismales* banales.

γ. A *type d'entorse* du genou.

c. FORMES MIXTES. — Ce sont le plus souvent des formes frustes évoluant vers la forme typique après une série de douleurs ou d'hydarthrose aboutissant à un blocage franc.

d. FORMES ÉVOLUTIVES. — Nous les avons signalées plus haut.

Diagnostic. — 1. **Diagnostic de l'accident initial**. — Si le malade s'est bien rendu compte de ce qui se passait le diagnostic est facile.

Si l'accident a été moins typique ou si le malade n'a pas analysé nettement ses sensations, il faut éliminer :

L'hémarthrose et l'hydarthrose simples (ponction).

L'entorse banale.

Parfois, au contraire, on pourrait croire à une lésion méniscale. On ne trouverait cependant rien en opérant précocement.

2. **Diagnostic des accidents évolutifs**. — La périodicité des blocages et des douleurs a une valeur diagnostique considérable. Il faut parfois faire le diagnostic avec :

a. Le RHUMATISME simple : il a un aspect périodique mais ne frappe pas avec constance la même articulation. Il n'y a pas de point douloureux fixe à la partie interne de l'interligne.

b. L'HYDARTHROSE TUBERCULEUSE et la TUMEUR BLANCHE du genou au début.

La chaleur locale.

L'épaississement de la synoviale.

L'empâtement du genou.

L'adénopathie rétrocrurale.

S'il y a du liquide, la persistance, l'indolence, l'évolution en tous cas tranchent le diagnostic.

c. L'HYDARTHROSE SYPHILITIQUE indolente, bilatérale souvent. Recherche des stigmates.

d. LES CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES. — Ils peuvent *bloquer* l'articulation, mais en général blocages courts et frustes. Parfois ils sont palpables et réductibles dans l'articulation. Ils peuvent en imposer pour une lésion parcellaire des ménisques, mais la *radiographie* tranche la difficulté, si le corps étranger est composé d'une partie de tissu osseux.

e. LES BLOCAGES EXTRAARTICULAIRES sont très rares, dus par exemple à l'accrochage des tendons de la patte d'oie sur une exostose.

f. CERTAINES AFFECTIONS RARES : FRANGES SYNOVIALES, MALADIE DE HOFFA peuvent donner des douleurs et de faux blocages, diagnostic souvent très difficile avec une lésion méniscale fruste.

g. LES FRACTURES DE L'ÉPINE tibiale, la rupture des ligaments latéraux ou croisés sont des diagnostics plus faciles.

Traitement. — *a*. **Non sanglant**. — Il n'est que palliatif en général.

1. LA RÉDUCTION DU BLOCAGE est plus souvent faite par le malade lui-même.

2. CONTRE LES DOULEURS, le repos au lit, la chaleur, les massages ont une heureuse influence.

3. L'IMMOBILISATION PROLONGÉE des cas récents serait curative (Robert Jones). Elle risque d'entraîner une atrophie du quadriceps (Mouchet et Tavernier). Elle semble cependant suffire dans certains cas bénins complétée par le port d'une genouillère mais ces malades restent exposés à une rechute.

b. **Traitement sanglant**. — 1. LA MÉNISCOPEXIE est abandonnée.

2. LA MÉNISCECTOMIE est le véritable traitement des lésions méniscales.

Mouchet et Tavernier préconisent l'ablation du ménisque par *arthrotomie transversale* en mordant sur le ligament latéral interne et en le sectionnant au besoin. Cette voie donnerait des résultats excellents, mais il faut appliquer un plâtre pendant une quinzaine de jours, la marche est reprise vers le quarante-cinquième jour.

Indication. — Dans les cas récents où le diagnostic est fait il faut intervenir mais par voie longitudinale pararotulienne interne. Mais si le diagnostic n'est pas sûr il faut attendre et suivre l'évolution.

Dans les cas anciens dès que la gêne fonctionnelle est notable il faut intervenir.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le jury est définitivement composé de MM. Martin, Brodin et Alajouanine.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Delorme, Ray, Finck, Linard, Morelon, Mlle Cinqualbre, MM. Peyrache, Robert, Seguin.

Internes provisoires : Mlles Sicard, Kopp, M. Moraux, Mlles Beau, Garitey, MM. Leynaud, Pauget, Mlle Rentenauer, M. Gamby.

— MARSEILLE. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Audier, Aillaud (Gustave), Fus, Cormaty, Guillot, Aillaud (Charles), Commeret, Jouglard, Masson, Matteï.

Internes provisoires : MM. Gueirard, Blanc, Dusan, Mathieu, Appaix, Casalta.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Ponthieu, de Mouzon, Donnet, Damez, Bassac, Faye, Mari, Flori, Mlle Saillet, MM. Sauvet, Artaud, Jouve, Sivan, Gervy, Vasserot, Sarradon, Blanc, Mlle Cristofari, MM. Aubert, Bartoli, Pellicot, Ventre, Bonnet, Mlle Berthon, MM. Saltet de Sablet d'Estières, Bouillon, Seatelli, Callamand, Debbasche, Mlle Santelli, M. Vernet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour une place d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de M. Denis, interne des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Sont nommés :

Chef de clinique de chirurgie infantile : M. le docteur Georges Darcourt.

Chef adjoint de clinique médicale (chaire de M. le professeur Gaujoux) : M. le docteur Ed. Giraud.

Aide de clinique ophtalmologique : M. le docteur Morenon.

Chef des travaux de physique : M. Jean Guillot.

Préparateurs : de pathologie interne et générale, M. le docteur Jean Olmer ; de physiologie, M. Commeret.

Préparateurs de chimie : MM. Malet et Ardissone.

Préparateurs : d'histoire naturelle, M. Claustre ; de cryptogamie : M. Sibourg.

Préparateur de pharmacie : M. Girault.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour six places d'interne en médecine titulaire des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle s'ouvrira à Paris le lundi 11 mars 1929.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), tous les jours, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., sauf les dimanches.

Inscriptions du 13 au 23 février 1929 inclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BUENOS-AIRES. — M. le professeur Ombrédanne vient d'être élu membre honoraire de l'Académie de médecine de Buenos-Aires.

GUERRE. — Sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire dont les noms suivent :

MM. Freyche, hôpital militaire de Toulouse ; Rodet, Chaudey, Azema, Bergondi, Campredon, Miquel, Le Quement, Protar, hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Moulinié, salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier ; Massias, Nogardel, hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Barrat, hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris ; Fournié, hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Par le même décret et par application des dispositions de

la loi du 6 janvier 1923, modifiée par la loi du 24 décembre 1925, ces officiers prennent rang dans le grade de médecin sous-lieutenant, sans rappel de solde, du 31 décembre 1925, et sont promus au grade de médecin lieutenant pour prendre rang, sans rappel de solde, du 31 décembre 1927. Par décision ministérielle du même jour, ils sont maintenus provisoirement dans leur affectation actuelle.

— OUVERTURE D'UN CONCOURS POUR L'OBTENTION DU TITRE D'ASSISTANT DES HÔPITAUX MILITAIRES. — Un concours s'ouvrira en 1929 pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires.

Le nombre et la nature des emplois mis au concours en 1929 sont fixés comme suit :

Médecine, trois : deux à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; un à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Chirurgie, cinq : deux à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; un à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; un à l'hôpital militaire Plantières, à Metz; un à l'hôpital militaire Maillot, à Alger.

Bactériologie, quatre : deux au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; deux au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Electroradiologie, deux : un à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; un à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux militaires de ces différentes catégories, nommés à ce concours, est fixée à trois ans. Elle commencera à dater du 2 novembre 1929.

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel), avant le 1er avril 1929 au plus tard, en indiquant le ou les deux sections choisies et en donnant la liste, par ordre de préférence, des emplois auxquels ils désireraient être affectés en cas de succès.

LA REMISE DES PRIX NOBEL. — La remise des prix Nobel vient d'avoir lieu solennellement à Stockholm en présence du roi de Suède, des princes, du Corps diplomatique et du gouvernement. Le ministre de France représentait M. Bergson et M. Charles Nicolle, retenus, l'un à Paris, l'autre au Caire où il est délégué par l'Académie des sciences pour le Congrès médical.

Le prix Nobel s'élève cette année à 1.071.000 fr.

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. LE PROFESSEUR JEANSELME. — Dimanche dernier, à l'hôpital Saint-Louis, les élèves et les amis de M. le professeur Jeanselme lui ont remis, à l'occasion de sa nomination de professeur honoraire, une médaille due au maître graveur Dropsy.

Successivement ses collègues, ses élèves, ses amis vinrent lui dire d'une façon très émouvante leur attachement.

M. le professeur Hutinel prit le premier la parole, puis MM. Achard, Roger, Teissier, Hudelo, Ménétrier, Sieur, Siredey, Queyrat, Durand et Lotte apportèrent au maître de Saint-Louis l'expression de leur admiration. Très ému, M. le professeur Jeanselme remercia ses amis de cette manifestation de sympathie.

MÉDAILLE DU DOCTEUR PAUL LE NOIR. — La remise de la médaille au docteur Le Noir aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 23 décembre 1928, à 10 h. 1/2, amphithéâtre Moïana (entrée de l'hôpital : faubourg Saint-Antoine, n° 184).

Au cours de cette cérémonie, la grande médaille frappée à son effigie par le maître Dammann lui sera remise solennellement. Une réplique petit modèle sera distribuée, à l'entrée, aux membres participants qui en feront la demande ou adressée à ceux qui n'auront pu y prendre part.

MÉDAILLE DU DOCTEUR HUDELO. — La cérémonie de la remise de la médaille commémorative, offerte à M. Hudelo, aura lieu le dimanche 16 décembre, à 10 h., dans le musée de l'hôpital Saint-Louis.

IVe CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE. — Le IVe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française aura lieu à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, les 25, 26 et 27 juillet 1929.

Président : M. Sabouraud (de Paris); vice-présidents : MM. Milian (de Paris), le professeur Nicolas (de Lyon), le professeur Ehlers (de Copenhague); secrétaire général : M. Clément Simon (de Paris); secrétaire général adjoint : M. Pignot (de Paris); trésorier : M. Rabut (de Paris).

Rapports. — 1° « Les érythèmes polymorphes » : MM. Lortat-Jacob (de Paris) et Ramel (de Lausanne);

2° « Les prurigos » : MM. le professeur Favre (de Paris) et Civatte (de Paris);

3° « La malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis » : MM. P. Chevalier (de Paris) et Dujardin (de Bruxelles).

N. B. — Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports.

La cotisation est de 200 fr., toutefois pour les membres de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française la cotisation est réduite à 150 fr.

Un banquet aura lieu dont la cotisation est fixée à 80 fr.

Prière d'adresser les adhésions et les cotisations au trésorier, M. le docteur Rabut, 57, rue de l'Université, Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur Clément Simon, 104, avenue Malakoff, Paris.

INSPECTEUR DU SERVICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — L'emploi d'inspecteur du service départemental d'hygiène, dans le département de la Moselle, est susceptible d'être prochainement vacant.

Le traitement attribué à la fonction est fixé à 27.500 fr. pour atteindre 37.500 fr. par échelons successifs de 2.500 fr. Les frais de déplacement sont fixés à 6.720 fr. Indemnité de résidence et pour charges de famille (barème de l'Etat). Eventuellement, indemnité familiale (marié, 800 fr.; un enfant, 1.000 fr.; deux enfants, 1.200 fr.; trois enfants, 1.500 fr.; quatre enfants, 1.800 fr.; cinq enfants, 2.200 fr., etc.). Affiliation à un régime de retraite.

Le nouveau titulaire de l'emploi sera désigné après un concours sur titres.

Les inscriptions sont reçues à la préfecture de la Moselle.

Les candidats devront indiquer s'ils ont la connaissance de la langue allemande. (*J. O.*, 28 nov. 1928.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gonthier (de Moutiers).

REVUE GÉNÉRALE

LES OBÉSITÉS[1]

Par J. DELARUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

III. **Causes déterminantes.** — Trois facteurs sont à étudier successivement :

l'hygiène,
les glandes endocrines,
le trouble nutritif général.

1° HYGIÈNE. — A. *Suralimentation.* — Un grand nombre d'obésités sont dues à ce fait.

La plupart des obèses sont de gros mangeurs et réalisent le type des « obèses bedonnants » (Carnot). C'est ainsi que certaines professions favorisent l'obésité (bouchers, charcutiers).

C'est sur le compte de ce facteur étiologique qu'on peut mettre beaucoup d'obésités : celle du nourrisson, suralimenté au lait maternel ; celle des convalescences longues (fièvre typhoïde, etc.); jusqu'à un certain point celle qui survient au cours de la grossesse et de l'allaitement ; enfin au cours de la tuberculose pulmonaire, la suralimentation intensive jointe au repos forcé est génératrice d'engraissement.

« Lorsque les recettes alimentaires excèdent les besoins de l'individu, une partie des aliments échappe à la combustion et se met en réserve dans l'organisme sous forme de graisses ». Mais l'organisme sain est capable de lutter en augmentant les combustions.

Cette notion a été critiquée par Rubner, Atwater, von Noorden. Elle est admise aujourd'hui et constitue ce que Ch. Richet, Liebig ont appelé la « *consommation de luxe* ».

« *Le métabolisme basal* » ou dépense de fond est alors augmenté « en raison directe de la quantité de matériaux inutiles « (Achard) » comme il s'abaisse en cas de régime insuffisant longtemps prolongé (Zuntz et Lœwy, Bernstein et Falta, de Graefe). M. Labbé a montré que, pour un même travail fourni, le régime peut être très différent : grâce à la consommation de luxe, l'équilibre pondéral est conservé. Mais cette défense de l'organisme a une limite ; lorsqu'elle est dépassée, l'engraissement se produit.

Certains aliments sont-ils capables, plus que d'autres, de favoriser l'obésité ?

L'alimentation *riche en graisses* est, plus que toute autre facteur d'obésité (Lapons, Esquimaux).

L'eau ingérée en grande quantité intervient aussi ; on a traité les obèses par la réduction des boissons. Les auteurs ne sont pas tous d'accord quant à l'interprétation de l'action de l'eau : Debove et Flamant ne l'admettent pas ; Neumann et Hawk pensent que l'ingestion de l'eau favoriserait l'excrétion de l'azote ; pour Maurel, la réduction de boissons fait maigrir parce qu'elle diminue l'appétit.

La rétention des chlorures entraîne la rétention aqueuse, mais non l'obésité (H. Labbé et Furet) ; cependant les obèses ont une certaine tendance à la rétention chlorurée, du fait des altérations rénales qu'ils présentent.

L'alcool, à doses modérées et répétées est un facteur d'obésité ; il épargne la consommation des hydrates de carbone et des graisses, et selon Carnot, il excite la nutrition. Les alcooliques présentent, en outre, des dyspepsies qui favoriseraient l'engraissement, des lésions hépatiques qui diminuent la lipolyse. Leur obésité revêt un type souvent spécial que Carnot appelle la « maladie des marchands de vin. »

B. *Réduction des dépenses énergétiques.* — Elle joue un rôle spécial.

a. L'obésité est fréquente chez les *sédentaires* (employés de bureaux, ecclésiastiques, etc...) et rare chez les ouvriers effectuant un travail pénible. Elle apparaît souvent à la suite d'un repos forcé qui n'entrave pas l'alimentation (fractures des membres, arthrites subaiguës, tuberculose dans certains cas). L'obésité du nourrisson disparaît souvent au moment des premiers pas.

b. Le séjour dans un climat chaud, le port de vêtements chauds *diminue les dépenses calorifiques*, et « l'énergie non dépensée se met en réserves sous forme de graisses, en dehors de toute modification de régime ».

c. Enfin, jusqu'à un certain point, l'absence de préoccupations morales intervient (Achard).

Ces deux causes : suralimentation et réduction des dépenses énergétiques se trouvent le plus souvent associées dans la pathogénie de l'obésité (preuve donnée par les élevages de bétail ou de volaille).

2° RÔLE ÉTIOLOGIQUE DES TROUBLES ENDOCRINIENS. — Marcel Nathan, au Congrès de pédiatrie de 1913, résuma les connaissances alors acquises sur le rôle des glandes endocrines dans l'obésité. Depuis lors, de nouveaux éléments se sont ajoutés aux données du problème.

A. *Insuffisance thyroïdienne.* — Certains faits cliniques mettent en évidence son rôle dans la genèse de l'adipose.

Par opposition, l'insuffisance thyroïdienne produit l'engraissement, alors que les syndromes d'hyperthyroïdie entraînent l'amaigrissement.

On trouve le myxœdème à la base de quelques obésites localisées ou généralisées. La maladie de Dercum a pu sembler parfois relever de l'insuffisance thyroïdienne (Bourneville, Marfan et Guinon, Hertoghe, Thibierge, Achard et Laubry).

Heckel décrit un type d'obésité surtout inférieure atteignant cependant parfois les membres supérieurs, atteignant surtout les femmes et les jeunes filles et coexistant avec une petite taille, de la pâleur, de la constipation, une tension artérielle basse, des troubles menstruels, qui serait la forme la plus fréquente de l'obésité thyroïdienne.

On retrouve aussi des signes d'hypothyroïdie chez les malades atteintes d'adiposité cyanotique des membres inférieurs qui semble, par certains points, se rapprocher du type précédent.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 99, p. 1757.

Hertoghe a provoqué expérimentalement l'obésité avec des lésions du corps thyroïde.

Mais le rôle de l'insuffisance thyroïdienne, dans l'étiologie de la maladie, s'il est indéniable, est loin d'être constant; parmi les obèses, M. Labbé et Stévenin n'en ont trouvé que 26 p. 100 présentant un métabolisme basal inférieur à la normale.

B. *Rôle adipogène des insuffisances des glandes génitales.* — Il est connu de longue date et résulte non de l'altération des fonctions ovulaires ou spermatiques, mais de celle de la sécrétion interne des glandes.

Testicules. — La diminution de la puissance génitale de l'obèse, l'obésité des animaux châtrés, des eunuques et des cryptorchides constituent autant d'arguments en faveur du rôle de l'insuffisance testiculaire. Mais ces arguments perdent beaucoup de leur valeur après une critique plus serrée des faits. Les animaux châtrés sont souvent suralimentés; il est des eunuques grands et maigres et chez les autres, s'ils ne sont point sédentaires et obèses de ce fait, il y a plus tendance à la morphologie féminine qu'obésité vraie; enfin, l'opothérapie testiculaire n'agit pas et l'étude des échanges respiratoires ne montre pas un ralentissement des combustions comme chez les myxœdémateux.

Ovaires. — La castration chirurgicale est souvent suivie d'obésité (Jayle, J.-A. Sicard); l'obésité survient dans les « différentes étapes de la vie génitale » (P. Carnot) : obésités pubérale (Lereboullet et Boulanger-Pilet); post-nuptiale, maternelle, obésité de l'allaitement, de la ménopause, ce qui tend à montrer les rapports entre la fonction ovarienne et le métabolisme des graisses.

Ici encore, les faits perdent leur valeur si l'on envisage les modifications de régime et d'activité générale qui se produisent au cours de ces différentes étapes.

Le métabolisme basal serait volontiers abaissé dans de tels cas (M. Labbé et Stévenin, Marañon).

M. Labbé remarque que l'opothérapie ovarienne n'agit pas sur l'obésité avec amenorrhée, tandis que l'amaigrissement fait souvent reparaître les règles; la suppression de celles-ci lui semble être plus une conséquence qu'une cause de l'obésité.

C. *Obésité épiphysaire.* — L'obésité a été signalée dans quelques cas de tumeurs de l'épiphyse avec macrogenitosomie et hyperpilosité (Marburg).

Mais la surcharge graisseuse peut être un phénomène secondaire, comme dans le cas de Klippel, Minvielle et M. P. Weill, et elle peut manquer complètement (cas de Lereboullet, Maillet et Brizard). L'obésité épiphysaire n'est donc pas prouvée.

Il en est de même de l'

D. *Obésité surrénale*, malgré les observations d'Apert qui ont montré que l'obésité pouvait faire partie du syndrome d'hirsutisme ou de virilisme surrénal avec pilosité, par tumeur cortico-surrénale.

E. *Obésité dite hypophysaire.* — Elle est beaucoup plus importante. Elle réalise avant tout le *syndrome adiposo-génital.*

Toute une série de travaux très importants a cherché à préciser le rôle de l'hypophyse dans la genèse de ce syndrome.

a. *Théorie glandulaire.* — On l'a rattachée d'abord à un trouble de la sécrétion interne de l'hypophyse et surtout à la suractivité du lobe postérieur, le lobe antérieur tenant sous sa dépendance l'acromégalie et la glycosurie.

Mais l'action des extraits hypophysaires dans l'obésité est obscure et mal connue.

Robbe a obtenu quelque amélioration chez des malades atteints de syndrome adiposo-génital par les extraits de lobe antérieur, mais les extraits de lobe postérieur ont donné aussi des améliorations.

Certains *faits expérimentaux* semblent plaider en faveur de la théorie glandulaire : Harwey Cushing, Biedl, Blair Bell ont vu des hypophysectomies partielles suivies d'adiposité avec hypoplasie génitale; réciproquement, l'ablation d'une tumeur de l'hypophyse a été suivie d'une amélioration du syndrome.

Les faits cliniques que nous avons vus venaient à l'appui de ces faits; il n'est pas jusque dans le syndrome de Dercum que P. Vallery-Radot et M. A. Dollfus n'aient trouvé de lésions radiologiques de la selle turcique.

b. *Théorie nerveuse.* — Mais les recherches fondamentales de J. Camus et Roussy (Rev. neurol. 1922) ont montré que l'ablation de l'hypophyse chez le chien ne reproduit pas constamment le syndrome adiposo-génital, comme avaient semblé l'établir les expériences de Cushing, Blair Bell, Ascoli et Legnani.

Au contraire, il est reproduit par des lésions des noyaux gris de la région infundibulo-tubérienne.

Ces expériences ont été confirmées par Bailey et Bremer qui ont constaté l'existence de lésions histologiques dans les noyaux du tuber cinereum et l'intégrité de l'hypophyse.

A la lumière des résultats d'une expérimentation minutieusement conduite, *les faits cliniques* s'interprètent mieux et forment autant de bases à la théorie nerveuse.

On a observé chez l'homme, en effet, un certain nombre de syndromes adiposo-génitaux avec intégrité de l'hypophyse et lésions de la région infundibulo-tubérienne.

Vigouroux et Delmas, Pfeiffer ont trouvé une hypophyse intacte enchatonnée dans une tumeur; Armstrong, une tumeur épendymaire suprapituitaire; P. Lereboullet, Mouzon et Cathala, une tumeur du IIIe ventricule; dans le cas classique de Marañon et Pintos, il s'agissait d'une balle de revolver ayant atteint l'infundibulum en respectant l'hypophyse.

« Aussi, l'hypophyse est-il dépossédé » (Achard) et l'on revient à la conception d'Erdheim, on rattache le syndrome adiposo-génital à des lésions basilaires du cerveau et plus précisément aux cellules des noyaux infundibulo-tubériens qui prolongent *la grisea centralis peri-épendymaire* et sont considérés par Edinger comme des formations sympathiques.

On comprend mieux alors l'association du syndrome adiposo-génital avec divers autres syndromes rattachés à des lésions des noyaux infundibulo-

tubériens, tels que : polyurie; acromégalie (Babonneix et Paisseau, Cushing, Achard et Rouillard); gigantisme; nanisme (Souques et Chauvet); infantilisme (Lereboullet, Mouzon et Cathala).

Cette théorie nerveuse explique le syndrome adiposo-génital consécutif à l'encéphalite épidémique, à la fièvre typhoïde et à la pneumonie (Massalongo et Piezza).

On conçoit qu'une intervention chirurgicale « libérant la loge hypophysaire, ait pu (Lecène et Morax) par la décompression transphénoïdale de la région sellaire » guérir un syndrome adiposo-génital, comme d'ailleurs la radiothérapie (Lereboullet).

c. *Théorie mixte.* — Il convient d'ajouter que, selon certains auteurs, la sécrétion interne de l'hypophyse pourrait elle-même agir sur les centres nerveux (R. Collin, de Nancy). « C'est une hypothèse » (Achard). Quoi qu'il en soit, le syndrome adiposo-génital dit hypophysaire ne paraît pas un exemple d'obésité endocrinienne, mais d'obésité d'origine nerveuse.

Comment agit le centre tubérien sur le métabolisme des graisses? Il semble que, comme l'a pensé R. Collin, il n'agisse que de façon indirecte. Des expériences paraissent devoir confirmer sa manière de voir : W. Raab, récemment, en dosant les graisses du sang par la microméthode de Bang, a montré que le taux de celles-ci est abaissé considérablement par l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, et de lobe postérieur seul; mais cet extrait cesse d'agir s'il y a des lésions de l'infundibulum ou du tuber, de même qu'une section de la moelle en C_5-C_6 ou une interruption des splanchniques.

« Le rôle du système nerveux, et pas seulement de l'hypophyse, se précise » (Boulanger-Pilet), dans la genèse de l'obésité.

F. *Obésité et syndromes pluriglandulaires.* — Plusieurs auteurs (Mouriquand, Rathery, Lereboullet) ont invoqué une insuffisance pluriglandulaire; et il il n'est pas rare d'observer des obésités associées à ces syndromes décrits et mis en valeur par Claude et Gougerot.

3° Troubles nutritifs. — Dans la pathogénie de l'obésité, il ne semble donc pas qu'un seul facteur puisse être en cause; ceux qui interviennent, pour un cas donné, sont complexes.

Qu'intervienne ou non un trouble endocrinien, la part de la suralimentation reste grande, comme celle d'ailleurs, de la diminution des dépenses énergétiques, mais ce qu'il importe surtout de mettre en valeur, c'est le trouble nutritif lui-même.

Bouchard admettait chez beaucoup de sujets un ralentissement de la nutrition, une diminution de la combustion cellulaire.

A. *Ration d'entretien.* — M. Labbé et Boivin ont repris l'étude de la question et ils ont montré que la ration d'entretien minima des obèses est identique à celle des sujets sains, sauf en cas de lésions cardiaque ou rénale. Pour la mesurer, il faut calculer le poids corporel idéal de l'individu, en faisant abstraction de la graisse qui constitue une cause d'erreur dans l'interprétation des résultats.

En revanche, la ration d'entretien maxima qui fait intervenir la « consommation du luxe » de Liebig se trouve fort diminuée. « l'obèse se révélant faible lutteur contre l'engraissement, puisque la consommation de luxe est très réduite ». C'est là, dit M. Labbé, la caractéristique de la nutrition de l'obèse.

B. *Recherches sur les échanges respiratoires.* — Rubner, M. Lévy, von Noorden, ont constaté que les échanges respiratoires à jeun sont identiques chez les obèses à ceux des sujets normaux, à condition de défalquer le poids de la graisse qui ne joue aucun rôle dans les échanges, et que l'on se rapporte au poids corporel idéal.

M. Labbé et Weiss obtiennent des résultats analogues; les échanges sont légèrement augmentés cependant au cours d'une cure d'amaigrissement.

Jaquet et Svenson ont constaté que l'augmentation des échanges après les repas était plus faible chez les obèses que chez les sujets normaux.

C. *Recherches sur le métabolisme basal.* — [Rapport des échanges respiratoires avec la surface corporelle (Benedikt et du Bois)].

M. Labbé et Stévenin trouvent le métabolisme basal chez les obèses : normal dans 68 p. 100 des cas, diminué dans 20 p. 100 des cas, et ce, dans la proportion de 16 à 31 p. 100. Le ralentissement de la nutrition ne se voit donc pas dans toutes les obésités et c'est dans la « fixation du métabolisme basal » chez les obèses qu'interviennent probablement les glandes endocrines, thyroïde en particulier, et parfois hypophyse (M. Labbé, Stévenin et van Bogaert).

Récemment, Robert Faillie et Paul Mathieu, après calcul du métabolisme basal d'un grand nombre d'obèses arrivent à conclure que les gros obèses hommes, ont le plus souvent un métabolisme basal normal ou augmenté et que les métabolismes inférieurs, traduisant des insuffisances endocriniennes, se voient surtout chez les femmes et les petits obèses.

L'étude du quotient respiratoire de Pflüger, d'autre part, permet de juger l'utilisation des graisses par le sujet examiné, la « lipodiérèse », à l'étude de laquelle de nombreux travaux ont été consacrés (Roger, Binet, Verne, Grigout). A lipodiérèse normale ou augmentée, quotient respiratoire bas; à lipodiérèse diminuée, quotient respiratoire élevé.

Sur l'étude de ces deux éléments, Faillie et P. Mathieu établissent une classification ingénieuse des obésités :

Si le métabolisme basal est augmenté avec une lipodiérèse normale, cela signifie que l'obèse fait une consommation de luxe; c'est un gros mangeur, et la réduction de l'alimentation pourra le faire maigrir.

Si, avec une lipodiérèse normale, le métabolisme est bas, le sujet engraisse, même avec une ration au-dessous de la normale; il « réalise des économies sur son métabolisme de base ». C'est alors qu'interviennent les glandes endocrines qui sont troublées dans leur développement ou insuffisantes (ovaire, thyroïde, etc...).

Si le métabolisme est augmenté avec une lipodiérèse insuffisante, le malade a des combustions actives

en particulier pour les hydrocarbonés, mais n'utilise pas les graisses ingérées.

Et ceci de deux façons :

Par lésion des organes où se fait normalement la lipodiérèse (insuffisance hépatique, sclérose pulmonaire, atrophie musculaire);

Par manque d'oxygène mis à la disposition des tissus (anémie, métrorragies, intoxication par l'oxyde de carbone, chlorurémie, troubles digestifs qui entraînent une destruction de l'oxygène par les substances toxiques d'origine intestinale).

Si le métabolisme est inférieur avec lipodiérèse insuffisante, il y a association des faits précédents avec une insuffisance endocrinienne.

Grâce à ce cadre, R. Faillie et P. Mathieu ont donné une étiquette à la plupart des obésités, et trouvé un guide thérapeutique.

Mais les auteurs même de cette classification reconnaissent qu'elle n'a rien d'absolu, que toutes les transitions et les combinaisons sont possibles, et que les différents types d'obésités peuvent évoluer de l'un à l'autre.

D'ailleurs, si la pathogénie des obésités diffuses peut être éclairée par ces considérations, les syndromes d'adipose à localisation prédominante relèvent souvent de troubles trophiques locaux encore inconnus.

Traitement. — Nous ne nous arrêterons pas aux traitements locaux des obésités localisées. Seul, le traitement général nous occupera ; les directives en sont données par les circonstances étiologiques qui ont accompagné l'apparition de l'obésité, par l'âge du sujet, par la connaissance enfin des principaux facteurs pathogéniques intervenant dans la genèse de la maladie.

Quatre modes de traitement prennent une inégale importance suivant la forme à laquelle on a affaire : l'hygiène, le régime, les médications internes, les cures hydrominérales.

A. **Régime.** — L'obèse présente des troubles profonds de ses glandes digestives : la digestion des graisses est profondément troublée. Les hydrates de carbone sont également très souvent transformés en graisses jusqu'au moment où ils ne sont plus tolérés; le diabète survient alors progressivement en général (Mouriquand). Il n'est pas prouvé que les albuminoïdes soient transformés en corps gras (M. Labbé).

Le régime a pour but de diminuer l'apport de graisses dans l'organisme; il équivaudra à une faible quantité de calories, si bien que l'obèse vivra en partie sur ses réserves graisseuses.

De nombreux régimes ont été proposés pour le traitement de l'adipose. Nous ne ferons que citer les principaux.

Parmi ceux-ci, « il en est qui ne réduisent pas les aliments (régimes non prohibitifs), d'autres qui les réduisent, diminuent leur quantité et modifient leur nature » (Achard).

1. *Le régime d'Albert Robin* est le type de régime non prohibitif. Le nombre des repas, augmenté, produit seulement une diminution de l'appétit.

2. *Parmi les régimes prohibitifs*, citons : *Le régime de Dancel* qui comprend avant tout une réduction des liquides ingérés, des graisses et des féculents.

Le régime d'Harvey-Banting : suppression du sucre, restriction sur les féculents et l'eau;

Le régime de Banberg : suppression des sucres, des féculents et des graisses, restriction sur l'eau; albumines autorisées;

Le régime d'Œrtel : réduction des sucres et des albumines, réduction légère des graisses; pas de boissons pendant les repas, petite quantité de liquide dans leur intervalle;

Le régime de Dujardin-Beaumetz, plus éclectique, qui comporte une réduction globale des aliments et des boissons avec diminution surtout des hydrocarbones; mais il est avant tout opportuniste et varie avec le travail que fournissent les malades; il est associé à la cure « de terrain »;

Le régime de Schwenninger, appliqué jadis au prince de Bismarck, analogue au précédent et comportant de petits repas répétés;

Le régime de Maurel, qui réduit les aliments, mais varie avec le poids du malade, le climat et la saison, suivant des tables établies en tenant compte de ces facteurs;

Le régime d'Ebstein, reprend, en somme, le procédé déjà indiqué par Hippocrate (Dujardin-Beaumetz), diminue considérablement la quantité des hydrocarbonés, mais donne beaucoup de graisses; ce dernier fait supprime l'appétit, donne des troubles digestifs et par suite fait maigrir.

Tels sont les principaux régimes prohibitifs.

Ils ont tous pour but de diminuer la ration au point qu'elle devienne inférieure à la ration d'entretien minima qui équivaut environ à 40 calories; la plupart d'entre eux réduisent ce chiffre de moitié à peu près.

D'autres régimes sont plus sévères encore; tel celui de Bouchard qui comprend 1.250 grammes de lait et 5 œufs pris en cinq repas.

On peut réduire davantage la ration alimentaire en prescrivant des cures de jeûne, comme celle de Guelpa (trois jours de diète hydrique avec purgation quotidienne et ceci chaque semaine).

Tous ces régimes font maigrir la plupart des obèses et surtout ceux qui ont une consommation de luxe. Mais ils ont de graves inconvénients : ils entraînent des troubles digestifs et, d'ailleurs, ils sont parfois difficiles à suivre et réellement pénibles : tel celui de Bouchard, telle la cure de Guelpa. Un autre danger réside dans la réduction des boissons qui altère les éliminations rénales et prédispose à la goutte, à la lithiase rénale, à l'azotémie, au point que Kisch permettait de boire aux obèses pléthoriques et Mathieu aux obèses qui n'ont pas pas d'altération rénale.

Certains régimes ont cherché à obvier à ces inconvénients tout en gardant les directives générales : réduction globale de la ration, réduction particulière des graisses et des hydrocarbures; tels le régime de Debove et celui proposé par M. Labbé. Leur but est de donner des aliments agréables, variés, mais qui ne stimulent pas l'appétit, des aliments lentement assimilables et formant gros volume tout en

ayant une faible valeur nutritive et, à ce point de vue, Debove propose surtout des aliments frais, qui rassassient, qui ne constipent pas; grâce à eux aussi la restriction alimentaire, réelle pourtant, n'entraîne pas de carence vitaminique. Les viandes crues, les légumes verts, les fruits crus, le lait écrémé constituent la base de l'alimentation.

Les boissons ne doivent être réduites que légèrement et avec précautions.

Les cures de jeûne ne seront pas souvent répétées.

Une fois qu'on a prescrit à un obèse un régime alimentaire, il faut suivre de très près :

Son application; son efficacité (contrôler par des pesées répétées l'amaigrissement du malade).

Il faut aussi rechercher souvent les troubles qu'il peut entraîner, et si ceux-ci existent, modifier les prescriptions.

Tel régime qui convient à un obèse, ne conviendra pas à un autre présentant une obésité analogue à tous points de vue.

B. **Hygiène.** — Le premier but du traitement de l'obésité est de diminuer la ration alimentaire; le second sera d'augmenter ses dépenses énergétiques.

1° Kinésithérapie. — Un exercice musculaire suffisant sera prescrit à l'obèse : gymnastique de chambre, systématique et progressive, gymnastique avec poids, marche répétée à différents moments de la journée, pratique des sports qui est moins fastidieuse et mieux acceptée par les malades.

La kinésithérapie active sera souvent remplacée avantageusement par la mécanothérapie ou par la gymnastique électrique.

Celle-ci consiste en *faradisation musculaire généralisée* (méthode de Bergonié) et réalise une véritable « *ergothérapie passive* » (Le Gendre).

Le travail mécanique imposé aux obèses sera prudent, variera avec chaque cas particulier. Il sera formellement contre-indiqué chez les sujets en état d'insuffisance cardiaque ou rénale (M. Labbé), et dans cet ordre d'idées la gymnastique électrique de Bergonié peut être avantageusement prescrite chez les sujets « qu'une affection cardiaque ou une arthropathie empêche de se livrer à la gymnastique volontaire ».

Il faut donner des prescriptions détaillées au malade et se rappeler que le travail musculaire doit être réglé de telle sorte qu'il n'entraîne pas de surmenage, pas de sudation exagérée, pas d'excitation de l'appétit, pas trop de sommeil et qu'il soit proportionné aux forces actuelles du malade (Achard).

2° Thermothérapie. — La balnéation chaude, les bains de vapeurs, les bains de boues minérales chaudes (Dax, Barbotan), de sable chauffé sont des moyens fréquemment employés autrefois; ils sont trompeurs, car ils provoquent avec une sudation considérable, une perte d'eau immédiate, récupérée grâce aux boissons (M. Labbé).

3° Hydrothérapie. — L'hydrothérapie froide est au contraire très utile et sera prescrite souvent. Comme d'ailleurs l'électrothérapie galvanique, ou statique qui développe l'appareil musculaire et est salutaire au système nerveux des obèses.

4° Massage. — Celui-ci est un traitement illusoire, il ne produit pas l'amaigrissement, mais peut être fait dans un but esthétique, car il augmente la résistance du tégument.

C. **Médications.** — 1° Chimiothérapie. — Les médicaments constituent des adjuvants précieux. On donnait jadis aux obèses du vinaigre scillitique qui entraînait souvent des troubles gastriques graves; le savon à haute dose (15 à 20 grammes) provoquait bien vite une répulsion insurmontable.

Ce sont des médications très anciennes absolument abandonnées.

Parmi celles qu'il convient d'employer chez les obèses, les *purgatifs salins* auront pour effet d'entraîner une perte de poids, de favoriser la sécrétion des glandes digestives, et de décongestionner le foie; on pourra les donner à dose purgative une fois par semaine et à dose laxative deux ou trois fois par semaine.

Le sulfate de soude, le sulfate de magnésie sont avantageusement remplacés parfois par des eaux minérales purgatives salines (de Carlsbad, Brides, Châtel-Guyon).

Les alcalins comme le *bicarbonate de soude* auront pour but de hâter la disparition de la graisse par oxydation (eau de Vichy).

La *valériane*, l'*ipéca*, peuvent rendre service parce qu'elles calment l'appétit (M. Labbé).

La *belladone*, diminue la sécrétion glandulaire, et comme les deux médicaments précédents calme la faim.

L. Tissier a traité les obèses par des *métaux colloïdaux* qui favorisent l'oxydation des graisses.

L'*iode* et les iodures ont été employés sans résultats appréciables.

Enfin des médications symptomatiques doivent être employées avec avantage; la spartéine chez les malades à cœur déficient, des médicaments hypotenseurs chez les obèses pléthoriques, des diurétiques comme la théobromine, chez les sujets dont l'élimination rénale se fait mal.

2° Opothérapie. — C'est avant tout l'*opothérapie thyroïdienne* (Keichterstern) qui a été employée, et a paru à certains le remède héroïque de l'obésité.

On peut employer soit des extraits de glandes desséchées soit la glande fraîche qui paraît plus active.

Mais l'opothérapie thyroïdienne est loin d'être indiquée dans toutes les obésités. Von Noorden la considérait comme inactive.

Cette opinion est justifiée pour les formes avec pléthore, les formes des gros mangeurs qui sont nombreuses.

Mais la médication thyroïdienne reste indiquée dans les obésités associées au myxœdème, dans les cas où le régime ne suffit pas à entraîner l'amaigrissement et surtout, dans les obésités à métabolisme basal abaissé (M. Labbé).

C'est une médication qui dans ces cas peut donner des résultats remarquables. Elle demande à être maniée non seulement « à bon escient », mais encore « sous une surveillance médicale attentive » (M. Labbé), car elle est dangereuse et a pu provo-

quer des accidents mortels. Elle est à proscrire chez les malades à cœur déficient. Il faut donner des doses très progressives en surveillant le pouls; on commencera le traitement par de très faibles doses, administrées deux fois par semaine seulement avec mise au repos du patient (Claisse) et si le cœur le permet, celui-ci pourra prendre chaque jour un lobe et demi de corps thyroïde de mouton ou 0g20 à 0g30 de poudre de glande desséchée.

En tout cas le traitement ne sera pas donné trop longtemps, sinon des signes d'hyperthyroïdisme se manifesteront (Le Gendre).

Les opothérapies ovariennes, testiculaires et hypophysaires, indiquées en cas d'insuffisance endocrinienne, sont incapables, à elles seules, d'amener quelque résultat.

D. **Cures hydrominérales.** — L'obèse se trouvera bien de séjours à Brides, à Châtel-Guyon, à Vichy, à Carlsbad, à Marienbad, à Vittel. Les eaux de ces différentes stations ont des actions différentes; elles ne suffiront pas en tout cas à guérir l'obésité; à la cure hydrominérale doivent s'associer une cure de régime et surtout la kinésithérapie. Ce n'est que par l'association de ces trois modes de traitement qu'on a vu des séjours dans des stations hydrominérales amener des résultats surprenants.

* *

Plus que nulle part ailleurs peut-être, les indications thérapeutiques dans l'obésité varieront avec chaque malade.

Un examen préalable complet du sujet s'impose. On cherchera à connaître son alimentation, son hygiène, son genre de vie, son hérédité et ses antécédents pathologiques et les circonstances dans lesquelles a débuté l'affection; on fera un examen somatique complet en s'aidant des secours de la radiologie et de la chimie, si besoin est; on se rappellera que l'insuffisance lipodiérétique peut tenir à une lésion hépatique, pulmonaire, pancréatique, qu'elle peut résulter de troubles gastro-intestinaux, d'insuffisance musculaire, d'anémie, d'altérations du système endocrino-sympathique, de lésions nerveuses.

On fera, en un mot, le bilan des troubles fonctionnels et des lésions organiques et à ce point de vue l'établissement du métabolisme de base et l'étude du quotient respiratoire constituent des recherches indispensables.

Ce n'est que muni de toutes ces données, qu'on pourra instituer un traitement.

Robert Faillie et P. Mathieu préconisent un traitement différent pour chacune des formes d'obésité qui résultent de leur classification.

Tel obèse, qui fait une consommation de luxe importante, sera très amélioré par la cure hygiéno-diététique seule; tel autre qui a des troubles endocriniens, avec métabolisme abaissé se trouvera bien de l'opothérapie thyroïdienne; tel autre enfin dont le quotient respiratoire est élevé, aura besoin d'un traitement spécialement adapté aux lésions des organes chargés de la lipodiérèse.

Le cadre donné par Faillie et Mathieu paraît encore trop étroit, et ce n'est que l'examen de chaque sujet qui donnera les directives du traitement qu'il faut appliquer et que le malade peut supporter (enfants, femmes, tuberculeux, alcooliques, goutteux, etc...). « En somme, dit Achard, il ne faut pas de formules rigides, ni de recettes immuables; il faut au contraire varier ses prescriptions suivant chaque cas particulier ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1928)

M. Jules RENAUT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1928.

M. le président BÉCLÈRE proclame ensuite les noms des lauréats.

Éloge de Davaine. — M. Ch. ACHARD, secrétaire général, prononce l'éloge de Casimir Davaine.

A Davaine revient « l'honneur d'avoir, le premier, par ses patientes observations, trouvé le microbe d'une maladie humaine, et ce n'était pas par une simple formule de politesse mais avec un sentiment de vraie justice que Pasteur lui écrivait en 1879 : « Je me félicite d'avoir été si souvent le continuateur de vos savantes recherches. »

« Casimir-Joseph Davaine naquit le 19 mai 1812 à Saint-Amand-les-Eaux, le sixième de neuf enfants. Ayant perdu sa mère à l'âge de neuf ans, il fut envoyé pour faire ses classes au collège de Tournai en 1826, puis à Lille. Venu à Paris en 1830, il y commença ses études de médecine. Cinq ans après il était externe de Rayer à la Charité, où il se liait avec Claude Bernard, et deux ans plus tard, le 13 décembre 1837, il soutenait sa thèse, sous la présidence de Velpeau, sur l'hématocèle de la tunique vaginale..... »

Rayer, qui tenait une place éminente dans le monde médical de l'époque, utilise les talents de Davaine pour ses publications. Lorsqu'il fonde la Société de biologie en 1848, il fait appel à ses élèves, et Davaine devient bientôt trésorier archiviste de la jeune Société et se trouve mêlé à son mouvement scientifique.

Le célèbre *Atlas d'anatomie* de Bourgery et Jacob doit son texte, on le sait, à Claude Bernard, mais ce furent les préparations de Davaine qui servirent à la rédaction du chapitre consacré au cerveau.

Attiré vers l'histoire naturelle, Davaine s'adonne pendant sa jeunesse à l'étude des vers parasites, des anguillules et des « animalcules infusoires ».

« Mais ce n'étaient que des préludes. Ce qui a fait sa gloire et inscrit son nom parmi ceux des fondateurs de la microbiologie, ce sont ses travaux sur la bactéridie du charbon. Familier de l'étude des parasites gros et petits, animaux et végétaux, il était bien porté à chercher dans des parasites microscopiques la cause, souvent soupçonnée mais encore insaisissable, de maladies humaines. Ses travaux sur le charbon non seulement ont assigné à cette maladie une cause vivante et spécifique, mais en ont fait la base la plus solide sur laquelle aient pu s'édifier la microbiologie naissante et la pathologie des infections. »

Ici, M. Ch. Achard fait une magistrale étude du charbon dont les noms et les formes multiples étaient, à cette époque, aussi mal définis que les causes. Il montre les étapes successives des recherches de Davaine, de Rayer, recherches bientôt étayées par les travaux de Pasteur, en 1861.

Davaine prend nettement position en faveur de la spécificité

du virus et poursuit ses recherches au milieu d'interminables discussions.

Avec Raimbert, en 1884, il trouve les bactéridies dans la pustule maligne de l'homme et s'attache parallèlement à l'étude de la septicémie.

« ... Comprenant tout l'intérêt du monde nouveau des micro-organismes pathogènes que ses travaux contribuaient à dévoiler, Davaine avait entrepris l'étude générale de ce qu'on appelait encore les vibrioniens, le mot microbe n'ayant été créé par Sédillot qu'en 1878. Tandis que la tendance générale était de considérer ces êtres microscopiques comme des animaux, c'est parmi les végétaux qu'il les rangea, en les rapprochant des conferves.

« Le praticien qui doublait en lui le biologiste ne pouvait se désintéresser de la thérapeutique. Etudiant l'action des antiseptiques sur les bactéridies charbonneuses en 1873, il donna la préférence à l'iode et traita la pustule maligne par les injections iodées...

« Sans doute, après les recherches de Davaine, restait-il encore beaucoup à faire pour compléter l'histoire de la bactéridie charbonneuse. Koch, en 1876, en découvrit les spores, dont Pasteur révéla le rôle dans l'étiologie de la maladie. Pasteur surtout, en 1881, créa la vaccination par le virus atténué, qui a rendu à l'agronomie de si précieux services. Mais il est juste de reconnaître à Davaine le mérite d'avoir montré, en 1873, l'effet de la chaleur sur la virulence de la bactéridie.

« Si l'on veut bien se représenter les difficultés que rencontrait à cette époque l'étude des microbes pathogènes, comment ne pas être saisi d'admiration pour la patience et l'ingéniosité dont Davaine a fait preuve? »

En 1868, Davaine fut élu membre de l'Académie dans la section de thérapeutique et histoire naturelle en remplacement de Trousseau. L'Institut ne sut pas lui ouvrir ses portes.

Il mourut en 1882 dans sa propriété de Garches « non loin du lieu qui devait voir treize ans plus tard l'agonie de Pasteur.

« Les portraits qui nous ont été conservés de Davaine nous le montrent, au physique, très ressemblant au curieux signalement qu'en a tracé, au double titre d'ami et d'historien de la médecine, son collaborateur Laboulbène : « De taille « moyenne, avec le visage allongé, encadré d'un collier de « barbe et de longs cheveux bruns, les mains longues et « adroites. Le teint était coloré, le front haut, le nez droit. La « bouche, fine et prête à sourire, surmontait un menton proé- « minent, signe de fermeté. Ses yeux bons regardaient fixe- « ment et franchement. Tel je l'avais connu à la Charité dans « le service de Rayer, ajoute Laboulbène, tel il était resté « toujours, très soigneux de sa personne, simple et distingué; « ses cheveux seulement avaient un peu blanchi. »

« Au moral, Davaine était un homme simple et modeste.....

« Contraint par la nécessité à pratiquer la médecine, il avait trouvé auprès de clients fortunés, grâce au bienveillant appui de Rayer, les ressources suffisantes pour assurer sa vie matérielle avec la liberté de consacrer une grande part de son temps à la science, dont il avait la passion et qu'il servit avec honneur.

« En 1870, la guerre ayant interrompu ses travaux, il était devenu médecin d'ambulance pour soigner les blessés et les varioleux dans la capitale investie. Tandis qu'une batterie prussienne, établie sur l'emplacement de sa maison détruite, tirait sur Paris assiégé, il trouvait assez de force d'âme pour écrire, dans ce temps de malheur, un petit livre sur les *Eléments du bonheur*.

« Admirable leçon de philosophie, non point à la manière forte et farouche des héros cornéliens, mais sous la forme vraiment humaine d'une morale éprise de droiture et de bonté supérieure qui, sachant dominer la tristesse présente des biens perdus et de la patrie en deuil, n'en gardait pas moins la foi robuste en l'immanente justice et l'indéfectible confiance en une humanité meilleure. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1928

Prix de l'Académie (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix du Prince Albert Ier de Monaco (100.000 fr. Année 1927). — L'Académie décerne ce prix à M. Nageotte, professeur au Collège de France, à Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice Wolf (de Strasbourg).

Prix Amussat (1.200 fr.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Rouslacroix (de Marseille).

Prix anonyme (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Ravina.

Prix Apostoli (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Etienne Piot (de Paris).

Prix Argut (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Charles Brody (de Grasse).

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Baillarger (2.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix du Baron Barbier (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Luton (de Clermont-Ferrand).

Prix Barthélemy (3.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Berraute (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie décide de partager la somme de 3.092 fr. prélevée sur les arrérages disponibles du prix Berraute entre MM. les Drs Peyron (de l'Institut Pasteur), Corsy, Surmont, Montpellier, Lelièvre, Plantevin et Mlle Péchenard.

Prix Louis Boggio (4.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Valtis (de l'Institut Pasteur).

Prix Boullard (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Henri Bouyer (de Saint-Egrève) et Martin-Sisteron (de Grenoble).

Prix Boulongue (4.900 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Cavaillon (de Paris). Une mention honorable est attribuée à MM. les Drs A. Cachera et R. Demars.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Emile Géraudel (de Paris).

Prix Brault (5.000 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 2.500 fr. au Dr Grigoraki (de Lyon); 2.000 fr. au Dr Lotsy, membre de l'Institut d'Egypte, au Caire; 500 fr. au Dr Roblès (de Guatémala).

Prix Henri Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le professeur Terroine, directeur de l'Institut de physiologie générale de la Faculté des Sciences de l'Université de Strasbourg.

Prix Buisson (12.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bordier (de Lyon).

Prix Elise Caillebet (500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Campbell-Dupierris (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Blanc (de Bordeaux) et Négro.

Prix Capuron (1.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Violle (de Paris).

Prix Chevillon (2.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Civrieux (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Girot (de Paris).

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lamy (de Paris). Elle attribue des mentions honorables à MM. Achille Urbain et Barotte, et à M. le Dr Trabaud.

Prix Daudet (2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Day (Deux titres de rente de 3.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Boyer (de Paris), Max Vauthey (de Vichy) et

Georges Boinot. Les arrérages du prix ont été partagés de la façon suivante : M. Paul Boyer : 900. fr. ; M. Max Vauthey : 300 fr. ; M. Boinot : 300 fr..

PRIX GEORGES DIEULAFOY (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Kourilsky (de Paris).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, ces arrérages sont attribués à titre d'encouragement à M. Redon (de Paris).

PRIX DUTENS (10.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Maurice Renaud (de Paris).

PRIX FALRET (1.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX GAUCHER (1.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean-Etienne Marcel (de Paris).

PRIX ERNEST GODART (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Benda (de Paris).

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — Dix mémoires ont été présentés. L'Académie partage le prix entre MM. les Drs Jacques Decourt, Escalier (de Paris). Des mentions honorables sont décernées à MM. les Drs Worms et Bolotte (du Val-de-Grâce.

PRIX THÉODORE GUINCHARD (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Jean Vergé, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

PRIX PIERRE GUZMAN (Un titre de rente de 2.000 fr.). — L'Académie attribue une somme de 2.000 fr. sur les arrérages du prix Guzman à M. le Dr Dumas (de Lyon). Elle décerne une mention honorable à M. le Dr Francis Bordet (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Raymond Garcin (de Paris).

PRIX HUGUIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne ce prix à M. le Dr Gaston Cotte (de Lyon).

PRIX INFROIT (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Georges Motz (de Paris).

PRIX JACQUEMIER (2.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX LABORIE (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Meillère (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, les arrérages du prix Laval, en 1928, à Mlle Germaine Houzeau, étudiante en médecine.

PRIX JULES LEFORT (300 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX LEVEAU (2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Targowla et Lamache.

PRIX LOUIS (4.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Raymond Boissier (de Paris).

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Cachera (de Paris), et M. Pierquet, ingénieur des Arts et Métiers.

PRIX CLAUDE MARTIN (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bouland (de Paris).

PRIX MAUREL (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri Fischer (de Bordeaux).

PRIX MÈGE (1.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX MEYNOT (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Charles Claoué (de Bordeaux).

PRIX ALPHONSE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie par-

tage le prix de la façon suivante en accordant : 1.000 fr. à M. Velu, vétérinaire-major, chef du laboratoire de recherches du Service de l'élevage du Maroc, à Casablanca; 500 fr. à M. le vétérinaire-major Le Métayer, professeur à l'Ecole de Saumur.

PRIX NATIVELLE (600 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Hérissey (de Paris) et Cheymol.

PRIX ORFILA (2.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix, destiné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie), est décerné à M. Merle d'Aubigné, interne à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Léon Binet (de Paris).

PRIX POURAT (1.200 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX HENRI ROGER (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Etienne Ginestous (de Bordeaux).

PRIX SABATIER (600 fr.) — L'Académie décerne le prix à M. Achille Urbain (de l'Institut Pasteur).

PRIX SAINT-LAGER (1.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX SAINTOUR (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Weinberg, professeur à l'Institut Pasteur, et M. le Dr Ginsbourg.

PRIX STANSKI (1.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Portes (de Paris).

PRIX TREMBLAY (9.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Papin (de Paris).

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie partage le prix entre MM. les Drs O'Followel (de Paris) et Gosselin, d'Argenteuil.

PRIX ZAMBACO (600 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1927.

Médaille d'or, à : M. le Dr G. Ramon.

Médailles de vermeil, à : M. le Dr Darré, M. Lafaille, MM. les Drs Loiseau, Roubinowitch et Zoeller.

Rappel de médaille d'argent, à M. le Dr Marcel Ballenghien (de Roubaix).

Médailles d'argent, à MM. le professeur Lisbonne (de Montpellier); Vaillant, inspecteur départemental d'hygiène du Pas-de-Calais; MM. les Drs Mallart, inspecteur départemental d'hygiène de la Côte-d'Or; Grehant, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Marne.

Médaille de bronze, à : M. le Dr Duyce, ancien médecin de l'Union minière du Haut-Katanga.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1926, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Rappels de médailles d'or, à : MM. les Drs Piatot (de Bourbon-Lancy) et Glénard (de Vichy).

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. les Drs Pelon (de Luchon) et Gardette.

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Blum (de Strasbourg) et Puy (de Capvern).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Roche et Vauthey (de Vichy).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1927 :

Médaille d'honneur, à : M. le Dr Legendre.

Médailles de vermeil, à : MM. le Drs Cacavelli, médecin des troupes coloniales; Darré et Le Mière (de Paris).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Armand (d'Alberville, Savoie), Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne, Savoie), Isidor (de Paris) et Laissus (de Moutiers).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Dalphin (de Dôle), Descouleurs et Faucillon (de Paris); Gibard (de Tananarive, Madagascar), Gravot (du Maroc), Laquièze, médecin des troupes coloniales; Menu (de Laon), Nemorin (du Sénégal) et Picqué (du Maroc).

Rappels de médailles de bronze, à : MM. les Drs Beauvy et Demay (de Paris), Despeignes (de Chambéry), Hitier et Rabant (de Paris), Rousset (de Chamoux), Rouyer et Sainmont (de Paris).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Abadie (de Paris), Alphand (du Sénégal), Arsollier et Barnéoud (de Berguen, Maroc); Beauperthuy (de Paris), Bouvier (d'Albens), Cauvin (de Gao, Niger), Faullimel (de Bichwiller, Bas-Rhin), Forrer (de Dettwiller), Gerst (de Sundhouse), Guibert (de Nogent-sur-Marne), Guillaumont (de Courpière), Hervouet et Hirtz (de Paris), Keesé (de Guebwiller), Kern (de Thann), Killian (de Saverne), Malsang (de Champeix), Maugue (de Martres-de-Veyre), Meyer (de Kaysersberg), Meyer (de Benfeld), Morin (de Ziguincyor), Mosser (de Mulhouse), Perreau (d'Ivry-sur-Seine), Phiquepal d'Arusmont, médecin des troupes coloniales en Afrique française; Pourtier (de Manzat), Rousset (de Chamoux), Schalce (de Wissembourg), Sorgius (de Schiltigheim), Vincent (de Meknès), Voirin (de Bar-le-Duc), et Wallart (de Saint-Louis).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes, pour leurs travaux en 1927 :

Médaille d'or, à M. le Dr Delobel, du service de protection de l'Oise.

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. les Drs Devraigne, accoucheur à l'hôpital Lariboisière; Loir (du Havre), Truffet (de Seyssel) et Cassoute (de Marseille).

Médaille de vermeil, à M. le Dr Nogué, du Service de la protection de l'enfance (Seine).

Rappels de médailles d'argent. — MM. les Drs Londe, du Service de la protection de l'enfance (Seine); Morin, du Service de la protection de l'enfance (Seine); Cougoule, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Garonne.

Médaille d'argent, à M. le Dr Riche, du Service de protection de l'Enfance (Seine).

Rappel de médaille de bronze, à : M. le Dr Sicard, du Service de la protection de l'enfance de la Seine.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Favre, du Service de la protection de l'enfance de Seine-et-Marne; Delebecque, du Service de la protection de l'enfance de la Seine; Bonenfant, du Service de la protection de l'enfance de l'Aisne; Apart, du Service de la protection de l'enfance de l'Indre.

Le Sein, par M. VIRENQUE, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris. In-8 de 14 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Séméiologie chirurgicale, par le docteur Paul GUIBAL (de Béziers), ex-interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de chirurgie. — Paris, N. Maloine.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX DE L'INTERNAT. — Les jurys sont composés de :

Médecine. — MM. Laederich, Binet, Milian, Pruvost et Courtois-Suffit.

Chirurgie et accouchements. — MM. Sauvé, Mauclaire, Bollack, Bréchot, Rudaux.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste par ordre de mérite :

1. Mlle Dauban, MM. Frumusan, Foret, Hamburger, Mlle Lautmann, MM. Morax, Brocard, Mlles Salembiez, Brenot, Bermi,

11. MM. Barraya, Le Beau, Boulle, Rouvillois, Cauhépé, Bernard (Jacques), Lesguillons, Yaïch (Marcel), Gautier, Halbron,

21. Judet, Maury, Seguin, Ullmann, Seringue, Bloch (H.), Netter, Levecq, Grumbach, Mlle Grillo,

31. MM. Cordebar, Nastorg, Lachmann, Varangot, Tempier, Jeulain, Arviset (Abel), Grepinet, Huguier, Mlle Karcher,

41. MM. Rachstein, Sobel, Cadars, Chatain, Cahen (P.-H.), Roux, Maroger, Mlle Weissberg, MM. Gaignerot, Salleron,

51. Broutman, Bismut, Wattez, Got, Vildé, Chazel, Solomon (Jacques), Rambert, Theurkauff, Renet,

61. Martrou, Chapireau, Mlle Epstein, MM. Guny, Lortat-Jacob, Chevallier, Pasquereau, Camelot, Solomon (Mendel), Lacombe,

71. Pagès, Faugeron, Mlle Melon, MM. Picquart, Bernard (Philippe), Mlle Oehmicheu, M. Rosenbach, Mlle Buttner, MM. Gilbert (Ch.), Falk,

81, Duperrat, Pottier, Mlle Burdin, MM. Palangié, Tantin, Poirier, Traut, Guichard, Vincent, Richard,

91. Temerson, Zaepffel, Mlle Barnaud, MM. Raybaut, Jouanneau, Barbier, Nardi, Lesauvage, Rosanoff, Grunberg,

101. Pinto, Fenichel, Losay, Vincent (Ph.), Vannier (Léon), L'Huillier, Bigey, Botton (de), Boudonnet, Martini,

111. Mouchotte, Olivier, Rodier, Meyer, Krivine, Ghozland, Simon, Haguier, Poisson, Flourens,

121. Domart, Jones, Macrez, Escare, Goger, Mlle Flydit, MM. Boquet, Goudot, Longuet (André), Winter,

131. Allilaire, Gaultier (Michel), Auclair (Paul), Brault, Champeau, Martinot, Rouchy, Boutron, Soulignac, Vendryes,

141. Dechaume-Montcharmont, Mlle Caubet, M. Guébel, Mlle Luneau, MM. Fécher, Mifsud, Margout, Ludmer, Ripart, Hinard,

151. Mlle Legagneux, MM. Moreau (Gilb.), Weisz (Alex), Callat, Dangauthier, Moulinier, Doukan, Chancerel, Gaube, Tewer,

161. Huriez (Cl.), Frouin, Braunstein, Daunois, Wimphen, Klein, Gérard (Ant.), Mirbeau (Ger.), Boisseau, Journe,

171. Le Caur, de Mestier du Bourg, Gesta, Mlle Delaage, MM. Moreno, Giraud, Grabli, Hubermann, Becam, Monceau,

181. Lichtenberg, Naud, Charlot, Boivin, Chanel, Carrez, Perret, Attal (Marcel), Hechter, Bourdeau,

191. David (Ernest), Vautier (Jean), Davidovici, Cornetet, Mlle Mahieu, M. Lavergne, Mlle Challiot, MM. Blumen, Gelbert. Aucler (André),

201. Cailleux, Amphoux, Varay, Mlle Mieczyk, MM. Morin, Benguigui, Laboureix, Mlle Thueux, MM. Bontakoff, Camart,

211. Vaissière, Lamasson, Martin (J.-J.), Claudet, Mlle Millaut, Mouchotte, Bouteau (Pierre), Boissonnet, Filhoulaud, Roche,

221. Ferval, Marcland, Mlle Barré (Marg.), MM. Szigati,

Ovary, Copelovitch, Maxil, Mme Mallaret, MM. Murisdany, Delce,

231. Mlle Coinby, MM. Ferrieu, Maroger (Franck), Fabre, (Albert), Lurie, Guermann, Payet, Mlle Marion, MM. Caty, Duflo,

241. Ernoux, Mlle Grangette, MM. Brasson, Dongar, Tran-Ba-Huy, Le Foll, Defossez, Mathivat, Opolon, Beauchef.

251. Habrekorn, Delaitre, Bauvois, Salamon, Fleury, Borde, Gâtel, Ryne, Chambon, Mathiot-Beaugendre,

261. Kun, Rogé, Bacquelin, Adrianopoulas, Mme Le Goff, Masson (Roger), Montaigne, Fresquet (Léon), Vige, Laguzet,

271. Peyaud, Brunot, Mme Lenemann, Mlle Finkelstein, MM. Alaurent, Noukher, Trépsat, Chevet, Achard, Fulconis,

281. Guison, Piroux, Djian, Hilaire, Kalmanovitch, Lejbowicz, Divet, Karcher (H.), Daum, Mlles Moyen,

291. Sabetay, MM. Giordan (Paul), Coustenoble, Vintzel, Pouhin, Maillard, Mlle Petitet, MM. Nicaise, Papazoglou, Oster,

301. Veysset, Mme Gaston, MM. Martin (J.-E.), Fabre (Edouard), Marquet, Laplagne, Mme Bourgeois, MM. Schneyder, Jalkh, Lauriat,

311. Malartic, Martin (Noël), François-Dainville, Mlle Lair, MM. Lebé, Rosenstein, Muhlard, Feldstein, Valot, Touzé,

321. Laval, Mongin, Boyé, Léon, Cazettes, Laboureau, Vallancien, Roux, Maurice, Florence,

331. Pasquier, Cormelié, Mlle Flajoliet, MM. Velez, Goico, Hai-Nguyen, Danis, Pouyol, Lachaud, Bzowski,

341. Garfunkel, Kraüter, Henry, Cucherousset, Mirebeau, David (René), Vannier (Henri), Lauriat, Mlle Weiller (Germ.), MM. Bobard,

351. Duchemin, Marçais, Oudin, Boyer (J.-L.), Lamiraud, Lanthier.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat et de l'externat.* — Ont été admis internes titulaires par ordre de mérite : MM. Laffite, Courradies, Maupetit, Pouyanne, Lapute, Dubany, Beauchesne, Noblia, Surville, Pauly, Mandillon, Fournier.

Jury de l'externat : MM. Parcelin, Massé, Blanchot, Damade, Teulières.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — RÉTRIBUTION DES COURS ET CONFÉRENCES DANS LES FACULTÉS. — Les cours et conférences faits dans les diverses facultés, soit par des fonctionnaires de ces établissements en dehors de leur service normal, soit par des personnes prises en dehors des facultés, sont rétribués au moyen d'une indemnité non soumise à retenues et calculée sur le tarif suivant :

Heure hebdomadaire.	Paris.	Départements.
Pour l'année scolaire.....	4.000	3.000
Pour le semestre.......	3.000	2.000

L'indemnité annuelle est payable par dixième à la fin de chacun des dix mois de l'année scolaire; l'indemnité semestrielle est payable par cinquième à la fin de chaque mois pendant le semestre.

Aucune indemnité pour conférences ou cours complémentaires ne peut être payée que si le service donnant lieu à indemnité est effectivement accompli.

Ces dispositions auront effet du 1er janvier 1927. (*J. O.*, 14 déc. 1928.)

— STRASBOURG. — M. le docteur Reeb, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de gynécologie et accouchements à ladite Faculté (chaire vacante : M. le docteur Schickelé, dernier titulaire. (*J. O.*, 14 déc. 1928.)

FACULTÉ DE PHARMACIE DE STRASBOURG. — M. Lobstein, professeur sans chaire, chargé de cours à la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de matière médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Braemer, dernier titulaire). (*J. O.*, 14 déc. 1928.)

GUERRE. — Les traitements des infirmières des hôpitaux militaires sont fixés comme suit :

Infirmières :	
Stagiaire..................	8.000 fr.
3e classe..................	8.800
2e classe, 1er échelon........	9.600
2e classe, 2e échelon.........	10.400
1re classe, 1er échelon........	11.200
1re classe, 2e échelon........	12.000
Infirmières principales :	
2e classe, 1er échelon........	12.000 fr.
2e classe, 2e échelon.........	13.600
1re classe..................	14.500

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — Assemblée générale de la Société le mercredi 19 décembre 1928, à 17 h. (la date de la réunion a été avancée en raison des fêtes du jour de l'An), au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

Elections pour 1928 des membres du bureau et du Conseil d'administration sortants.

Séance mensuelle, conférence de M. le docteur René Martin, chef de Clinique à la Faculté de médecine : « Travaux récents sur la scarlatine. »

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

COOPÉRATIVE D'ACHAT DES PRATICIENS FRANÇAIS. — Notre regretté confrère Carayon, en fondant la coopérative d'achat des praticiens français, n'avait certainement pas envisagé l'importance que prend cette œuvre confraternelle, encore insuffisamment connue du Corps médical.

Une simple cotisation de 20 fr. par an, adressée à la C. A. P., 5, rue Lacapelle, à Montauban, permet de profiter des avantages fort importants qu'elle procure.

Elle vient d'ouvrir un bureau à Paris, 29, rue Mogador, lui permettant désormais d'être utile aux confrères parisiens et provinciaux de passage à Paris.

CHRONIQUE

LA DERNIÈRE RÉUNION DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Au cours de sa session ordinaire d'octobre 1928, le Comité permanent de l'Office international s'est occupé de différentes questions qui restent toujours au premier plan de ses délibérations.

Par application de la *Convention sanitaire internationale*, le Comité a porté son attention sur le Pèlerinage du Hedjaz de l'année 1928, sur la publication de l'*Annuaire sanitaire maritime international*, sur la question de la dératisation, sur les questions de défense sanitaire qui se posent au sujet des avions venant de pays contaminés, etc.

Le mouvement des *épidémies à travers le monde* a été particulièrement examiné. Voici quelques renseignements à ce sujet :

La petite épidémie de *fièvre jaune* qui a débuté fin mai à Rio de Janeiro, succédant à la poussée diffuse qui avait atteint en Afrique, de 1926 à 1928, le Sénégal, la Côte de l'Or, la Nigeria, le Congo belge, a confirmé la loi qu'un réveil épidémique d'une maladie dans une région est suivi d'éclosions de cette maladie dans d'autres parties du monde. Les documents communiqués à l'Office établissent en effet que le foyer de Rio de Janeiro est sans relation avec les foyers africains, mais se rattacherait plutôt à une existence endémique de la fièvre jaune, sous la forme de cas frustes, dans le Nord du Brésil. L'épidémie a atteint rapidement son maximum d'intensité en juin; elle a ensuite régulièrement décliné jusqu'à mi-août; quelques cas isolés se sont encore produits ensuite, portant le total à 116 à mi-octobre. La destruction des moustiques transmetteurs et la suppression des gîtes à moustiques ont été énergiquement menées; le pourcentage de maisons offrant des gîtes a été abaissé en onze semaines de 14 à 2,25 p. 100. La maladie a surtout frappé des nouveaux arrivés (Portugais), bien que la population de Rio ne puisse bénéficier d'aucune indemnité acquise, la maladie n'ayant pas été constatée dans la ville depuis vingt-trois ans.

Au Mexique, la fièvre jaune n'a plus sévi depuis 1922. Un important service antilarvaire fonctionne avec le concours des agents de l'Etat et de ceux de grandes sociétés pétrolifères ou sucrières.

En ce qui concerne les foyers africains, aucun cas n'a été signalé dans la Nigeria depuis octobre 1927; à la Côte de l'Or, seulement 2 cas, malheureusement mortels, d'infections de laboratoire; 3 cas au Dahomey en juin; 3 cas à la Côte d'Ivoire en juin et août; au Congo belge, depuis la petite épidémie terminée en février, 1 seul cas en juin. Une étude très complète sur la fièvre jaune au Sénégal en 1927 a été présentée au Comité; elle traite en détail de la clinique, l'épidémiologie et la prophylaxie. A ce dernier égard, il est très important de dépister les cas frustes, ce qui implique la déclaration obligatoire des fébricitants suspects, leur isolement dans une chambre grillagée avec observation pendant six jours, et si possible l'inoculation de leur sang au *macacus rhesus*.

Le *choléra*, qui avait presque disparu de l'Indochine en 1923 et 1924, puis commencé dans ce pays un retour offensif en 1925 et 1926, a encore donné plus de 32.000 cas en 1927; la Cochinchine toutefois a été bien moins éprouvée qu'en 1926, peut-être par suite de la campagne massive de vaccination de 1926. Depuis le début de 1928, on assiste à une extinction

graduelle de la maladie. Le nombre des vaccinations prévues pour 1928 est de 5.000.000.

Dans les Provinces-Unies (Inde britannique), le choléra fait en moyenne 62.000 victimes par an, sur une population d'environ 45 millions. Il disparaît entièrement pendant les mois de décembre et janvier, et pendant une période plus longue si l'on envisage chaque foyer séparément.

Deux épidémies locales de *peste* pulmonaire se sont déroulées au cours de l'été 1928, l'une dans la steppe des Kirghiz, l'autre en Mongolie.

En Indochine, la diminution de fréquence de la peste est nettement constatée; elle est allée jusqu'à la disparition complète dans l'Annam en 1927. Dans l'Afrique occidentale française, sans atteindre les chiffres élevés de 1920 (14.500 cas), la peste a encore produit 2.748 cas en 1927 et 1.280 dans les sept premiers mois de 1920. Toutefois, à Dakar, l'énergique campagne de dératisation et de vaccination antipesteuse semble avoir porté ses fruits : il n'a été signalé à Dakar, en 1928, qu'un seul cas importé. Le vaccin le mieux accepté par la population indigène est le lipovaccin, à cause de l'injection unique : lorsque des cas de peste se produisent, beaucoup de Noirs viennent demander à être vaccinés. A Madagascar, la peste est endémique dans la région des plateaux; au moment de l'inondation des rizières, des hordes de rats envahissent les maisons construites en briques crues; une recrudescence de la peste s'ensuit (juillet-août). Il y a, de plus, de petites épidémies familiales de peste pulmonaire. La fréquence de la peste a suivi une courbe ascendante depuis 1923-1924. L'année 1927-1928 a la première été marquée par une baisse, qui paraît être en rapport avec la vaccination intensive : 277.000 personnes vaccinées sur une population de 900.000 habitant la zone infectée. A Tananarive, en particulier, s'il est vrai que 20 cas de peste ont été constatés chez des vaccinés, la fréquence de la maladie a été 5 fois plus grande chez les non-vaccinés. Aux Indes néerlandaises, par contre, les vaccins antipesteux (vaccin de Kolle, de Haffkine) n'ont pas donné de résultats encourageants ou n'ont pas été en faveur auprès de la population.

L'*encéphalite postvaccinale* continue à exister dans les Pays-Bas; pour les six premiers mois de 1928, la proportion de 1 cas pour 2.800 vaccinations reste la même que celle de 1927. On a fait usage pendant cinq semaines d'une lymphe vaccinale provenant d'un pays où aucun cas d'encéphalite postvaccinale n'avait été constaté : il s'en est néanmoins produit un en Hollande, malgré le petit nombre des vaccinations. L'affection est définitivement considérée comme sans lien avec l'encéphalite léthargique; les lésions histologiques sont typiques et identiques à celles des encéphalites consécutives à la variole, la varicelle, la rougeole. L'opinion s'est établie que les accidents postvaccinaux ne se produisaient que dans les pays où la vaccination pratiquée à l'âge scolaire est la première que subissent les enfants. Il y aurait lieu de rechercher minutieusement s'il existe des cas dans des pays, autres que l'Angleterre et les pays-Bas, où la vaccination dans le premier âge n'est pas obligatoire (Belgique, Pays scandinaves). N'y a-t-il pas chez les vaccinés au cours de la première année des cas inaperçus? La vaccination des parents et l'immunité des enfants qui peut en résulter ont-elles une influence? A noter que la réaction vaccinale locale ne présente aucun caractère exceptionnel chez les enfants qui font quelques jours plus tard de l'encéphalite.

L'attention continue à se porter en France et dans divers pays (Suède, Danemark, Suisse) sur la *fièvre ondulante* causée par le bacille de l'avortement épizootique des bovidés.

Au point de vue prophylactique, au Danemark, on exclurait de la consommation le lait des vaches pendant trois mois après l'avortement; la pasteurisation obligatoire du lait n'a pas été envisagée jusqu'à présent.

La *dengue* a sévi en Grèce avec une intensité beaucoup plus grande en 1928 qu'en 1927; le nombre des cas déclarés approche de 800.000 (1).

La question de la contagion de la *lèpre* pourrait être éclairée d'un jour nouveau par des expériences faites avec la *lépromine* de Bargehr. Cette préparation, obtenue à partir de lépromes, provoque chez certains sujets, sur la peau scarifiée, une réaction analogue à la cutiréaction tuberculinique. Négative chez les lépreux à lésions actives ou chez les sujets qui n'ont jamais eu de contact avec les lépreux, elle est positive chez les lépreux dont l'affection est stationnaire ou chez les sujets qui ont été en contact avec des lépreux sans contracter eux-mêmes la maladie; la réaction positive indique donc une certaine immunité. Chez un sujet à réaction négative, on peut obtenir la réaction positive après un certain nombre de vaccinations avec la lépromine. Ceux qui n'acquièrent pas la réaction positive ne seraient pas immunisables et seraient seuls susceptibles de contracter la maladie au contact de lépreux.

Le Comité a encore étudié différentes questions relatives aux hôpitaux, à la protection de la maternité et de l'enfance, au lait, à l'assistance et à l'alcoolisme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 17 décembre. — Jury : MM. Gosset, président; Couvelaire, Lœper et Ombrédanne. — M. RODRIGUEZ POLANCO. L'albuminurie d'origine syphilitique. — M. BERÉNI. A propos d'un cas de pouls lent permanent. — M. FOREST DE FAYE. Etude de la tumeur blanche du poignet. — M. VAISSIÉ. De l'importance qu'il convient d'attacher aux polypes muqueux.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Lemierre, Moussu, Panisset, Coquot et Barrier. — M. MENET. De la castration de quelques oiseaux. — M. GRASSET. Les œufs congelés.

Mardi 18 décembre. — Jury : MM. Lecène, président; Gougerot, Sézary et Moure. — M. REDON. Les épididymites chroniques non tuberculeuses. — M. OZARZABAL-ENRIQUEZ. Traitement des luxations récentes semi-lunaires. — M. BENVENISTE. Le traitement des tumeurs cutanées. — M. PICOT. Etude du traitement des mycétomes. — M. PARNET. Etude sur les ictères survenant chez les syphilitiques.

Jeudi 20 décembre. — Jury : MM. Achard, président; Lejars, Brocq et Olivier. — M. LABORDE. Les défenses sociales contre l'alcoolisme. — Mlle CHEMIN. Corvisart et la clinique. — M. GOTTFRIED. De la radiographie dans le cancer du sein. — M. ODRU. Le pronostic immédiat des ligatures des gros troncs.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Maignon et Nicolas. — M. LAVIEILLE. Réflexions sur la thermométrie.

Vendredi 21 décembre. — Jury : MM. Balthazard, président; Tanon, Duvoir et Lhermitte. — M. MINOR. La légalisation des avortements en U. R. SS. — M. ECHEVARRIA DE LA ROSA. La sprue à Porto-Rico.

Samedi 22 décembre. — Jury : MM. Ménétrier, président; Carnot, Claude et Olivier. — M. BAILLIOT. L'ictère catarrhal prolongé. — M. CLAVEL. Etude du traitement de la syphilis. — M. FROYEZ. Accidents cardiaques au cours de la maladie de Basedow. — M. PERSON. Nouvel essai d'endocrinothérapie intersexuelle. — M. MASTER. La folie de R. Schumann. — M. TELLIER. Descartes et la médecine. — M. HAIMOVICI. L'introspection morbide en littérature. — M. PERNON. Lamarck. Influence de la cécité sur le génie.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 90, p. 1567.

LES SYNDROMES VASCULAIRES MÉDULLAIRES
DES VIELLARDS
RAMOLLISSEMENT HÉMORRAGIQUE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par Henri ROGER, ANTONIN et POINSO
(de Marseille).

Nombreuses sont les causes de *paraplégies des vieillards*, si bien étudiées par Lhermitte. En dehors des troubles de la marche dus à des lésions osseuses ou articulaires, on décrit des paraplégies d'origine cérébrale, cérébelleuse, médullaire, névritique, musculaire, et même fonctionnelle.

Multiples sont les formes de *syphilis médullaire*, depuis la myélite aiguë jusqu'au syndrome de Guillain-Thaon, en passant par la classique paraplégie spasmodique d'Erb, les atrophies musculaires syphilitiques et la forme pseudotumorale. Girot, dans sa thèse (Paris 1925), Lortat-Jacob et Poumeau-Delille dans leur livre récent (1928) en ont établi la liste détaillée.

C'est en raison de son caractère de rareté, tant comme cause de paraplégie chez les vieillards, que comme manifestation clinique de syphilis médullaire, que nous publions l'observation suivante d'hématomyélie, ou plutôt de ramollissement hémorragique, d'origine spécifique chez une personne âgée.

T... (Rose), âgée de soixante et un ans, entre à la clinique neurologique le 6 novembre 1924 pour douleurs et fourmillements dans les membres inférieurs, surtout le droit.

L'histoire de cette malade est la suivante : un mois avant son entrée à l'hôpital, elle a ressenti une douleur en ceinture, une sensation de brûlure sous les seins. Ces sensations anormales ont duré quinze jours. Puis, au bout de ce temps, la malade, en descendant un escalier, a eu l'impression que sa jambe droite vacillait brusquement; elle a continué à marcher, malgré des fourmillements et des douleurs vagues qui rendaient ses pas plus incertains; le membre inférieur gauche s'étant pris à son tour, la marche est devenue impossible en quelques jours. Actuellement, cinq jours après ces derniers symptômes, la malade accuse des fourmillements dans les membres inférieurs; mais aussi des douleurs violentes, soit spontanées et paroxystiques, soit provoquées par la recherche des mouvements passifs. Elles sont assez vives pour empêcher le sommeil, et semblent surtout prédominer aux mollets. Pas d'autre trouble fonctionnel.

Les antécédents sont peu chargés : typhoïde à cinq ans; rhumatisme il y a quinze ans. Quatre grossesses : deux enfants vivants bien portants, un avortement, un enfant mort à trois mois (variole).

I. L'examen neurologique nous a montré les symptômes suivants :

1. *Membres inférieurs : motricité* : les mouvements sont possibles à gauche, ils sont impossibles à droite; seuls, les orteils ont gardé la faculté de se fléchir et de s'étendre. Dans l'épreuve gynécologique, le membre droit tombe lourdement; le membre inférieur gauche ne peut se détacher du plan du lit qu'avec difficulté; l'épreuve de Barré montre un déficit pyramidal bilatéral prédominant à droite.

Sensibilité : thermique et douloureuse, diminuée à gauche, conservée à droite; profonde, exagérée (surtout à droite); Lasègue à 50 degrés.

Réflexes : rotuliens et achilléens vifs à droite, sans clonus, diminués à gauche; Babinski bilatéral; réflexes de défense exagérés (par la piqûre de la cuisse).

Trophicité : léger œdème malléolaire; peau cireuse, amaigrissement de tout le membre,

2. *Membre supérieur* : la motricité, la sensibilité, les réflexes sont normaux. Il n'y a pas de dysmétrie ni d'adiadococinésie.

3. *Face* : nous n'avons décelé aucun trouble pathologique; les pupilles, en particulier, sont absolument normales.

4. *Rachis* : point douloureux léger au niveau de L[1] (par ébranlement latéral). L'hypoesthésie remonte, à gauche, à cette limite (L[1]).

II. Les autres appareils paraissent peu touchés :

Au cœur : souffle inconstant, mal localisé; tension artérielle : 16-11 (Vaquez);

Du côté de l'*appareil urinaire* : dysurie sans incontinence, ni sucre, ni albumine dans les urines.

III. Examens de laboratoire ; *Bordet-Wassermann* : Ho Ho (positif); *liquide céphalo-rachidien* : une division d'albumine après vingt-quatre heures au rachi-albuminemate du sang de Sicard, soit 0g25; 1,8 lympho par millimètre cube; H_2H_2 (subpositif). Radiographie du rachis lombaire : pas de lésion visible.

Un traitement antisyphilitique (oléo-bi, novarsénobenzol) fut aussitôt institué.

Un deuxième examen (10 décembre 1924) nous montrait l'évolution suivante des signes antérieurement constatés :

1. *Membres inférieurs* : *Motricité* : nulle à droite, très diminué à gauche;

Sensibilité : douleurs vives (surtout à droite, face postérieure); hypoesthésie gauche et droite, pour la piqûre, remontant à gauche jusqu'au rebord des fausses côtes, à droite jusqu'à la Xe côte.

Réflexes : rotuliens, achilléens, très diminués; Babinski bilatéral (décelé aussi par le Gordon, l'Oppenheim). Réflexes de défense remontant jusqu'à l'ombilic (au froid et au chaud).

Trophicité : amyotrophie considérable des deux membres, en entier. Escarre minime sacrée.

2. *Rachis* : le point douloureux lombaire n'existe plus;

3. *Signes généraux* : température à oscillations courtes (37-38 degrés).

4. *Sphincters* : urine très difficilement (infection urinaire); constipation tenace.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 1 division; cytologie : 2, 4; Bordet-Wassermann : négatif.

En janvier 1925, nous trouvons à l'auscultation un ramollissement net du sommet gauche, les bacilles de Koch fourmillent dans les crachats (31 janvier 1925); diarrhée incoercible.

Un dernier examen (5 février 1925) nous donne les indications suivantes :

Membres inférieurs : impotence absolue (quelques mouvements des orteils à gauche). Emaciation des deux membres dont la peau est écailleuse.

Sensibilité : douleurs spontanées (la malade a ses membres comme « tordus ») et provoquées (pression des mollets). La piqûre est vivement ressentie à gauche; la malade geint, au moindre contact. La limite supérieure des troubles de la sensibilité est très floue.

Réflexes : rotuliens abolis; achilléens très faibles; Babinski bilatéral; ni clonus, ni trépidation; les réflexes abdominaux sont abolis; les réflexes de défense sont toujours nets.

Trophicité : escarre sacrée (grande paume de main).

Sphincters : cystite marquée; dysurie extrême; diarrhée toujours intense, rebelle au traitement.

Poumons : signes cavitaires au sommet gauche; au sommet droit, râles humides fins.

L'*état général* est très atteint : température entre 38 et 39 degrés (hecticité); anorexie, cachexie extrême.

A tous nos examens, nous n'avons rien noté aux membres supérieurs ni à la face.

Cette malade meurt le 5 février 1925, à 15 heures.

LA NÉCROPSIE nous a montré :

Une tuberculose ulcéro-caséeuse du poumon gauche (cinq cavernes au sommet); infiltration et cavernule du sommet droit;

Une aortite nette, avec plaques ulcérées d'athérome;

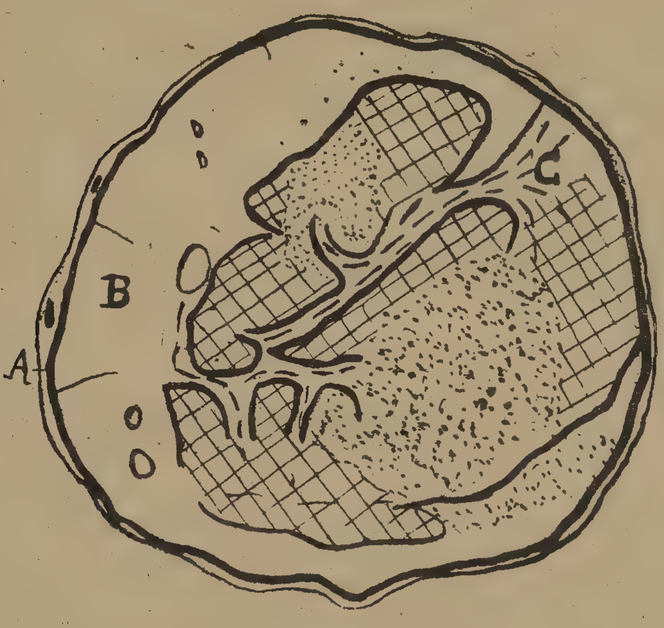
Un infarctus du lobe gauche du foie (de la grosseur d'une noix);

Une surrénale gauche avec des tubercules crus et durs, aunes;

Si le rachis était normal, la moelle présentait au niveau du segment D_{VI} une tache hémorragique noir-violacé, ovale, longue de 1 à 2 centimètres, postéro-latérale droite. Les méninges sont absolument normales (pas de pachyméningite, pas de piemérite), pas de circulation anormale au-dessus et au-dessous de cette tache. Le volume de la moelle n'est pas modifié; mais à la palpation on sent à ce niveau une consistance un peu anormale. Après fixation dans le Bouin, les coupes en série montrent un foyer noirâtre qui va de D_{IV} à D_{XII}. A sa partie supérieure, ce foyer tout à fait limité occupe la région médiane, en arrière de la substance grise. Ce foyer va progressant en largeur à mesure qu'on descend dans les segments sous-jacents; il a son maximum à $D_{VIII-IX}$; il occupe presque toute la moelle sauf une légère bande latérale gauche de 2 millimètres formant un croissant blanc entourant tout le foyer noirâtre correspondant au reste de la moelle. En ce point, sur cette masse noirâtre, tranchent à la partie médiane, deux à trois foyers lenticulaires paraissant de consistance moindre et de couleur légèrement verdâtre.

Le foyer, d'une longueur totale de 5 centimètres, va ensuite en diminuant de largeur, sans être aussi effilé qu'à la partie supérieure; il s'arrête vers D_{XII}-L_{I}.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, dû à l'obligeance de M. le docteur Rouslacroix (à qui nous devons également le schéma médullaire) montre que la moelle dorsale est en grande partie



En quadrillé : Caillot de sang pur.
En pointillé : Tissu nerveux infiltré de sang.
En A : Pie-mère épaissie, très congestionnée.
En B : Substance blanche en dégénérescence totale.
En C : Tractus fibroïde divisant le foyer hémorragique.

détruite par un volumineux foyer hémorragique. Ce foyer, de forme irrégulière, est entouré par un anneau incomplet de substance blanche complètement dégénérée et vacuolisée (dégénérescence graisseuse; neuronophagie; infiltration diffuse plasmocytaire); il arrive, à la partie postéro-latérale, jusqu'à la périphérie et voisine la pie-mère. L'hémorragie comprend des coagula de sang pur et des zones où le sang est infiltré dans le tissu nerveux; mais on ne peut distinguer aucune cellule nerveuse, aucune trace des cornes. Tout autour du foyer, on note une réaction névroglique avec d'assez nombreux capillaires congestionnés; même congestion dans la pie-mère qui montre en outre de petites suffusions sanguines et des manchons de cellules rondes. A son intérieur, cette zone de ramollissement hémorragique est divisée de part en part par un tractus fibroïde composé de fibroblastes adultes entourés de collagène et par de très nombreux macrophages et clasmatocytes étoilés chargés de pigment ocre; sur ses deux faces, cette bande est limitée par une fine couche de cellules pigmentaires.

Il semble que ce processus hémorragique ait eu lieu en deux temps; les coupes présentent en effet un foyer central ancien (C sur le schéma) et des zones périphériques (E) beaucoup plus récentes, composées de sang presque pur. Entre les deux, les séparant, nous voyons le tractus fibroïde à cellules pigmentaires.

En résumé, notre malade, aortique et spécifique, était atteinte de paraplégie spasmodique avec Brown-Séquard (troubles moteurs prédominant à droite, troubles de la sensibilité thermique à gauche) qui avait évolué d'une façon assez rapide : début par sensations paresthésiques de douleurs en ceinture durant une quinzaine de jours; puis, assez brusquement, dérobement du membre inférieur droit, paresthésie et faiblesse s'installant bientôt dans les deux membres, tout en prédominant à droite. Liquide céphalo-rachidien normal, mais Bordet-Wassermann positif dans le sang et subjonctif dans le liquide céphalo-rachidien.

Durant les trois mois qu'elle passe dans le service, nous voyons la parésie progresser et devenir complète, les réflexes se modifier, les rotuliens et achilléens d'abord exagérés à droite, s'atténuer (les achilléens restant cependant décelables). Les troubles sphinctériens s'accusent, une escarre se creuse.

Fait un peu particulier, les douleurs, assez vives, persistent alors que la motilité s'abolit; une dissociation syringomyélique primitivement constatée disparaît, faisant place à de l'hypoesthésie.

Quatre mois après le début de sa paraplégie, la malade succombe à une bacillose aiguë dont l'évolution n'a pas dépassé deux mois.

L'autopsie montre l'absence de lésions du rachis et des méninges, établit l'existence d'un foyer noirâtre hémorragique, d'une hématomyélie spontanée s'étalant depuis D_{IV} jusqu'à D_{XII}-L_{I}) et occupant toute la moelle, sauf une bande gauche, à son maximum dorsal.

* * *

A l'entrée de la malade à la clinique neurologique, en présence de cette paraplégie de vieillard d'origine nettement médullaire, nous éliminons rapidement, en raison de l'absence de réaction méningée, la compression médullaire, soit par tumeur méningée, soit par cancer secondaire du rachis (Henri Roger, *Marseille méd.*, 15 fév. 1925), soit par mal de Pott du vieillard (Thèse de Ripert, Montpellier 1924, faite dans notre service), quoique par certains côtés les

troubles de la sensibilité et les réflexes de défense y fassent penser.

Il s'agit d'une affection intramédullaire.

Nous nous demandons d'emblée, étant donné l'âge de notre malade, si nous ne nous trouvons pas en présence de *troubles vasculaires, d'artério-sclérose de la moelle.*

En dehors de la *claudication intermitente médullaire*, très fréquemment d'origine syphilitique, qu'on voit d'ailleurs surtout à l'âge adulte, et à laquelle le tableau de notre cas ne ressemble nullement, nous n'ignorons pas la rareté relative des SYNDROMES VASCULAIRES MÉDULLAIRES, si on les compare à la fréquence des artérites cérébrales chez les gens âgés. Déjerine et André Thomas, dans leur étude si complète des maladies de la moelle, ne se voient-ils pas réduits à consacrer à la maladie des caissons, à la paraplégie des scaphandriers, une des trois pages qu'ils consacrent à ces troubles vasculaires ?

La raison de cette différence entre le cerveau et la moelle réside dans les particularités anatomiques propres à la circulation médullaire. Les artères pie-mériennes, dont la moelle est tributaire, sont en effet de petit calibre et par suite peu sujettes à l'athérome ; d'autre part elles ont des anastomoses nombreuses qui peuvent suppléer facilement à l'oblitération d'une d'entre elles. Seules sont terminales les artères intramédullaires, dont le trajet très court est pratiquement négligeable.

Fluegel (*Revue neur.*, 1927, t. I, p. 618-623), confirmant les travaux de ses prédécesseurs, en particulier ceux de Sander (*Verhandlungen der Geselschaft deutscher Naturforscher und Aerzte* 1899-1900 et *Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk*, 1900), constate dans la moelle des vieillards ayant dépassé quatre-vingts ans, outre une atrophie des cellules motrices et une raréfaction des gaines de myéline des cordons postérieurs et antérieurs, un léger épaississement et une hyalinisation de la media des vaisseaux, mais ne voit nulle part ni vaisseaux rompus, ni anévrisme, ni thrombose, ni calcification artérielle.

A. **Artériosclérose médullaire.** — Leyden (*Traité des maladies de la moelle*, 1879) est des premiers à décrire une *paraplégie spastique du vieillard* avec troubles sphinctériens, qu'il croit liée à une sclérose autonome de la moelle : il signale également de l'endartérite, pouvant conduire soit à de minuscules thromboses suivies de petits foyers de ramollissement, soit à des coagulations plus importantes susceptibles d'engendrer de volumineux foyers de nécrobiose.

Demange (*Revue de méd.*, 1884-1885), dans un article sur l'*artériosclérose de la moelle*, mentionne, tout autour des vaisseaux atteints d'endartérite prononcée, « des taches plus ou moins étalées de névroglie ». Et il conclut : « Tel devient vieux par le cœur, tel autre par le cerveau, tel autre enfin par la moelle ».

Hirsch (*Journ. of neur. and ment. diseas.*, fév. 1903) publie des observations, purement cliniques, de paraplégies du vieillard, attribuées par lui à l'artériosclérose médullaire, mais considérées comme d'origine cérébrale par la plupart de ses commentateurs.

Pic et Bonnamour décrivent sous le nom de *parésie spasmodique des athéromateux* (*Revue de méd.*, janv. et fév. 1904) un syndrome anatomoclinique, caractérisé par une démarche à petits pas avec faiblesse des membres inférieurs, exagération des réflexes, évolution progressive vers la contracture et par une sclérose médullaire diffuse prédominant sur les faisceaux pyramidaux croisés et les cordons postérieurs. A ce syndrome médullaire s'ajoutent toutefois des troubles psychiques avec dysarthrie, rire et pleurer spasmodiques, dus à des foyers lacunaires cérébraux, associés à la sclérose médullaire. C'est en raison de ces foyers lacunaires cérébraux que Reverchon, dans sa thèse (Lyon 1903), basée cependant sur les mêmes observations, conclut à l'origine cérébrale de cette paraplégie, et non à l'origine médullaire admise par Pic et Bonnamour.

Lhermitte, d'abord avec Lejonne (*Arch. gén. de méd.*, 1905, et *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1906), puis dans sa thèse sur la *paraplégie des vieillards* (Paris, 1907) et dans une série de travaux ultérieurs décrit une paraplégie spasmodique avec démarche en canard et exagération des réflexes sans signe de Babinski, qui aboutit après un temps plus ou moins long à une contracture le plus souvent en flexion parfois en extension. A cette paraplégie correspondent trois types différents de sclérose médullaire : une sclérose périvasculaire type Demange, atteignant surtout la partie inférieure de la moelle, sclérose névroglique avec raréfaction des fibres nerveuses et quelques lésions cellulaires de la substance grise — un type de sclérose marginale, sans rapport avec les vaisseaux, sclérose partant des deux tiers antérieurs de la moelle en convergeant vers les cornes — un type de sclérose combinée correspondant à la description de Crouzon. On trouve bien chez ces malades quelques lésions lacunaires cérébrales, mais celles-ci sont insuffisantes pour expliquer les troubles paraplégiques. La sclérose autonome joue peut-être un rôle plus important que les lésions vasculaires dans la production du syndrome paraplégique.

Plus récemment, Alfonso Magliulo (*Riv. di path. ner. e mental*), étudiant les altérations des vaisseaux sanguins de la moelle à un âge avancé chez les artérioscléreux, constate une dégénérescence hyaline et un épaississement de la tunique moyenne avec hyperplasie des fibres élastiques, qui est plus marquée à la région lombaire et qui retentit sur le trophisme des eléments nerveux de la moelle.

Notre cas, par son début assez aigu et son évolution rapide vers la paraplégie complète avec escarres, ne correspond à aucun de ces syndromes de sclérose médullaire sénile, à marche lentement progressive.

S'agit-il d'un syndrome vasculaire à marche plus rapide, comme ramollissement ou hémorragie ?

B. **Ramollissement médullaire.** — Le groupe des myélomalocies comprend, comme l'ont fait remarquer Foix et Alajouanine, des faits bien disparates. « On y trouve les observations les plus diverses

allant des myélites transverses avec oblitération d'un vaisseau médullaire par un processus d'artérite infectieuse, parfois d'embolie, jusqu'à des faits de sclérose médullaire au cours de l'artério-sclérose des vaisseaux spinaux, tels les premiers cas rapportés par Demange, en passant par des cas de paraplégie dans les maladies des caissons, de paraplégie par compression ou oblitération de l'aorte abdominale, dont on sait que la compression expérimentale réalise une nécrose de la moelle inférieure ».

1. Parmi les RAMOLLISSEMENTS MÉDULLAIRES SECONDAIRES, susceptibles de se rencontrer chez les gens âgés, signalons :

a. Les cas consécutifs à une *néoplasie* : Wyss (*Deuts. med. Woch*, 1898) a observé une myélite hémorragique, due à une thrombose veineuse au-dessous d'une tumeur.

Dans un cas de d'Antona (*Neurologica*, an 3, fasc. 2, p. 65-90, mai-avril 1924), à l'autopsie d'une paraplégie à marche rapide, furent trouvés : d'une part, des nodules cancéreux métastatiques dans divers viscères sans tumeur primitive décelable; d'autre part, de nombreux foyers de nécrose massive dorsolombaire, avec petits nodules nécrotiques faisant saillie à la surface des méninges (hernies spinales malaciques), que l'auteur attribue à un processus vasculaire dû aux toxines cancéreuses.

b. Roussy et Cornil (*Progrès méd.*, 9 fév. 1924), ont étudié récemment un cas assez curieux, rentrant dans la classe des ramollissements *médullaires d'origine tuberculeuse*, décrits par Dana et Ramsay Hunt : sénégalais adulte ayant présenté assez rapidement une paraplégie flasque réalisant un syndrome de section totale de la moelle, avec liquide céphalo-rachidien normal, mais Bordet-Wassermann positif dans le sang; à l'autopsie, outre une tuberculose ganglio-pulmonaire et une péritonite tuberculeuse, gros foyer de ramollissement D^6D^7, avec aplatissement de la moelle réduite à une masse réticulée où l'on ne trouve plus d'élément nerveux, épaississement de la pie-mère, et petites granulations à la face interne de la dure-mère avec cellules géantes et follicules tuberculeux. Les auteurs, en se basant sur ces lésions des méninges, concluent à l'origine tuberculeuse de cette myélomalacie; ils ne croient pas devoir tenir compte de la réaction de Bordet-Wassermann, en raison de sa positivité fréquente, en dehors de la syphilis, chez les Sénégalais originaires du Congo où sévit le pian.

Notre cas se rapprocherait par certains côtés de celui de Roussy et Cornil, puisqu'à l'autopsie nous avons constaté des signes de tuberculose généralisée : tuberculose ulcéro-caséeuse des poumons, tubercules de la surrénale gauche. Mais nous n'avons trouvé aucune granulation tuberculeuse des méninges spinales et d'ailleurs les lésions macroscopiques médullaires diffèrent totalement.

c. Pour la moelle, comme pour le cerveau, l'association de lésions vasculaires et méningées constitue la pierre de touche de la *syphilis*.

Sottas, dans sa thèse (1894) fait remarquer que les altérations les plus fréquentes dans la *syphilis médullaire* sont le ramollissement avec destruction des éléments nobles et l'induration avec sclérose. Un ramollissement par oblitération artérielle précoce et circulation brusquement gênée ou interrompue est signalé dans les observations anciennes de Waldemar-Steenberg (1860) et Winge (1863).

A la phase de début des méningomyélites syphilitiques aiguës, on trouve des lésions vasculaires toujours prédominantes, mais plus ou moins intenses allant de la méningomyélite aiguë avec infiltration lymphoïde jusqu'au ramollissement ischémique, en passant par la méningomyélite vaso-paralytique de Nageotte et Riche ou méningomyélite hyperhémique et nécrobiotique de Gilbert et Lion.

Dans les cas de ramollissement ischémique, la moelle est presque diffluente sur une hauteur de deux à trois vertèbres : artères et veines sont profondément atteintes et les éléments nerveux sont presque complètements détruits.

Tel le cas de Leo Newmark (*Journ. of med. sc.*, déc. 1912) concernant un ramollissement du VIIIe segment dorsal chez un jeune homme mort paraplégique trois mois après avoir reçu une injection intramusculaire de salvarsan.

Mon Fah Chung (*Arch. of dermat. and syphil.*, t. XIV, n° 2, p. 111, août 1926), à propos de 34 cas de paraplégie syphilitique à développement rapide, observés en Chine, insiste encore récemment sur la thrombose des vaisseaux spinaux importants avec altérations secondaires de la moelle.

Par contre, Foix, Crusem et Nacht (*Ann. de méd.*, 1926, t. II, p. 118) et Nacht (*Thèse Paris*, 1926), ne trouvent, à la phase cicatricielle des myélites transverses syphilitiques, aucune systématisation des lésions, qui corresponde à un territoire vasculaire, « dont l'oblitération aurait agi par le même processus de nécrose qu'un ramollissement cérébral, par exemple. » Tout en faisant jouer un rôle important aux troubles circulatoires, soit des artères, soit des veines (gêne de la circulation en retour), ils ne pensent pas qu'on puisse assimiler ces myélites à un ramollissement thrombosique par ischémie : car les lésions portent sur les petits vaisseaux et non sur ceux de calibre moyen dont l'oblitération pourrait déterminer un ramollissement.

La syphilis médullaire du vieillard est cependant *à priori* celle qui est la plus susceptible de faire des foyers malaciques.

2. Parmi les RAMOLLISSEMENTS DITS PRIMITIFS, se rangent : d'une part, les foyers de nécrobiose par artério-sclérose banale; d'autre part, certaines thromboses artérielles d'origine mal déterminée.

Sachs (*New-York med. Journ.*, 1904), observe une myélite à évolution aiguë par thrombose artérielle d'apparence spontanée. Dans le cas de Schlapp (*New-York med. Journ.*, 1906) une paraplégie d'abord spasmodique, puis flasque à marche extensive, était due à un processus destructif à type nécrotique, allant de la moelle sacrée à la moelle cervicale et s'accompagnant d'hémorragies : il existait une thrombose veineuse extensive portant non seulement sur les vaisseaux médullaires, mais sur les vaisseaux méningés et radiculaires.

Serafino d'Antona (*Riv. di path. nerv. e mental*, fév. 1924) a publié un cas de ramollissement chez un homme jeune : paraplégie totale à marche assez rapide, du type flasque avec abolition des réflexes tendineux sans Babinski, dissociation syringomyélique des sensibilités, plus tard réapparition des réflexes avec signe de Babinski, infection urinaire et escarre. L'autopsie montre un ramollissement jaune du renflement lombaire, constitué par de petits foyers nécrotiques discrets, entourés d'un tissu réactionnel avec vaisseaux dilatés; il existait des lésions importantes de l'artère spinale antérieure au niveau du deuxième segment lombaire et des thromboses de l'artère centrale médullaire.

Helge Vedsmand, dans un mémoire sur la thrombose des artères de la moelle épinière (*Acta psychiat. et neurol. Copenhagen*, vol. II, fasc. 3-4, p. 371-384, déc. 1927) relate huit cas de thrombose, dont quelques-unes vérifiées à l'autopsie : thrombose totale du type transverse ou thrombose disséminée aboutissant à de petits foyers de ramollissement, ou syndrome de l'artère spinale antérieure. Ces thromboses seraient très souvent d'origine syphilitique, mais avec Bordet-Wassermann négatif, liquide céphalo-rachidien normal, et même avec précipitation de l'évolution par le traitement novarsénobenzolique.

A côté de ces ramollissements plus ou moins massifs, Foix et Alajouanine (*Revue neur.*, juillet 1926) ont décrit, à l'occasion de deux cas personnels, sous le nom de *myélite nécrotique subaiguë*, une entité anatomoclinique caractérisée :

a. Cliniquement par une paraplégie amyotrophique à marche progressive d'abord spasmodique, puis flasque, par des troubles sensitifs dissociés, puis globaux, par la dissociation albuminocytologique du liquide céphalo-rachidien, par une évolution subaiguë entraînant la mort en un ou deux ans.

b. Anatomiquement par une myélite à tendance nécrosante, prédominant sur la substance grise et au niveau du renflement dorsolombaire et par une endomésovascularite énorme, déterminant une hypertrophie des vaisseaux différente de la vascularite syphilitique, et surtout non oblitérante.

Jumentié rapproche de ces faits un cas personnel ancien (*Soc. neur.*, 30 juillet 1911 et 4 juillet 1912) de paraplégie progressive ayant duré trois ans où une autopsie montre des foyers multiples de nécrose au niveau de D^7-D^9 avec dilatations vasculaires volumineuses.

Van Gehuchten (*Soc. neur.*, 7 avril 1927) a observé un cas, dont les lésions sont assez semblables, nécrose très intense de la moitié inférieure de la moelle, avec dilatations artérielles et veineuses et hypertrophie des parois vasculaires, mais dont l'évolution fut plus aiguë, paraplégie totale dès le début, avec anesthésie complète et mort en trois mois.

Pierre Marie et Foix ont décrit chez les vieillards sous le nom de *téphromalacie antérieure* une dégénération simple, mais profonde, des éléments cellulaires de certains groupes des cornes grises (sans que leur destruction soit compensée par la prolifération), qui se traduit en clinique par une atrophie musculaire myélopathique occupant dans leur cas le groupe Aran-Duchenne. En raison de dégénérescences pyramidales par artériosclérose cérébrale concomitante, le tableau peut rappeler celui de la sclérose latérale amyotrophique. Dans un cas récent d'Antona (*Revue de neur.*, fév. 1928), les lésions d'artériosclérose médullaire étaient assez avancées jusqu'à former une cavité dans la corne antérieure de C8.

Notre cas ne rentre dans aucun de ces cadres de thrombose ou de nécrose d'origine vasculaire. L'autopsie montre qu'il s'agit d'une hémorragie de la région dorsale.

C. **Hématomyélie**. — Les *hématomyélies* spontanées ne sont pas très fréquentes et, fait très particulier, du moins pour les cas que nous avons observés, on les trouve plus chez les personnes jeunes ou adultes que chez les gens âgés.

Tedesko (*Soc. med. Vienne*, 28 oct. 1909) a observé l'hématomyélie par artériosclérose médullaire : chez un homme, âgé de soixante-quatorze ans, entré comateux et mort trois jours après, il constate une hémorragie de la partie supérieure de la moelle qui l'avait détruit sur presque toute sa largeur.

Collins et Zabieski (*Med. Record*, 3 sept. 1904) avaient antérieurement publié une observation qui, quoique attribuée par Lhermitte à une myélite, paraît bien devoir être rattachée à un processus hémorragique. Un homme, âgé de cinquante et un ans, succombe à une paraplégie à début brusque avec abolition des réflexes tendineux, troubles sphinctériens, escarres; à l'autopsie, on trouve de petites hémorragies au niveau de D^5 occupant les cornes antérieure gauche et postérieure droite, par artériosclérose vasculaire prononcée avec espaces périvasculaires distendus par le sang.

Chez notre malade, l'examen anatomique montre une hémorragie et les épreuves de laboratoire établissent l'existence de la *syphilis*, confirmée par l'aortite découverte par l'autopsie.

On sait que la syphilis est une cause assez fréquente d'hématomyélie (Lépine. *Th. de Lyon*, 1900). Siemerling (*Arch. fur psych.*, 1891) cite trois cas de gommes, ramollissements multiples et hémorragies, dont une très étendue de la région cervicale médullaire. Williamson (*The Lancet*, 7 juillet 1894) trouve à l'autopsie d'un adulte une hémorragie des cornes grises gauches s'étendant sur 4 à 5 centimètres de hauteur et des artères thrombosées. Nordmann a récemment insisté à nouveau (*Loire méd.*, 1920, n° 9) sur les hématomyélies d'origine syphilitique.

Dans notre cas, la marche relativement lente de troubles moteurs qui ont mis près d'un mois à se compléter, l'aspect macroscopique et les caractères histologiques de la lésion médullaire permettent de ranger ce cas dans la catégorie mixte du RAMOLLISSEMENT HÉMORRAGIQUE.

Jean Lhermitte et Kyriaco, dans un article très documenté (*Encéphale*, juin 1928), viennent de rénover la vieille notion du ramollissement hémorragique de Rochoux pour l'hémorragie cérébrale massive consécutive au ramollissement cérébral thrombosique. Nous avons tous observé des cas

d'hémiparésie transitoire traduisant une artériosclérose cérébrale thrombosique avec spasmes surajoutés et se terminant par une hémiplégie brusque avec ou sans inondation ventriculaire.

Pareille combinaison de nécrobiose et d'hémorragie peut se retrouver dans la moelle, comme le montre notre observation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1928)

Expériences faites en Grèce sur le mode de transmission de la dengue. — MM. Georges Blanc et J. Caminopetros ont établi quel est en Méditerranée le mode de transmission de la dengue par les stégomyias.

Les *stégomyias*, nourris sur un malade atteint de dengue ou prélevés dans la chambre du malade, sont infectés.

Ils transmettent la dengue par piqûre neuf jours après le repas infectant et restent infectants au moins vingt-huit jours après ce repas. Il en est de même pour les stegomyias prélevés dans la maison du malade. Au contraire, les moustiques genre Culex, infectés sur des malades atteints de dengue, n'ont pas transmis l'infection par piqûre.

Essais de transmission de la fièvre exanthématique de Marseille par les poux. — MM. Etienne Burnet, P. Durand et D. Olmer. Des poux nourris sur des singes atteints de fièvre de Marseille ont été broyés et inoculés à des singes normaux et à deux sujets volontaires, les repas s'échelonnant de cinq à dix-sept jours avant l'inoculation. Toutes les inoculations ont été négatives.

Ces expériences parlent contre l'hypothèse de la nature typhique du virus de la fièvre exanthématique de Marseille.

Election. — M. Camille Gutton est élu correspondant pour la section de physique.

M. Louis Léger est élu correspondant pour la section d'anatomie et zoologie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1928)

Analgésie du nerf laryngé supérieur dans les toux spasmodiques. — M. Halphen rappelle que dans les toux spasmodiques équivalentes ou non d'asthme, une thérapeutique analgésiante sur le nerf laryngé supérieur ou sur les fibres trijémino-sympathiques au niveau du ganglion spléno-palatin peut amener des guérisons immédiates et définitives.

L'action inhibitrice du sulfate de magnésie sur la sécrétion hépatique de la bile. — MM. Chabrol et Maximin ont injecté du sulfate de magnésie par voie intraveineuse à la dose moyenne de 0g15 par kilogramme à des chiens porteurs de fistule cholédocienne temporaire, la vésicule étant exclue par une ligature préalable du canal cystique. Ils ont observé une diminution du volume de la bile excrétée et une augmentation de sa teneur en pigments, la tension superficielle de la bile diluée au 1/50 restant sensiblement la même qu'avant l'expérience.

Evidement total d'un cubitus par réticulo-sarcome de la moelle osseuse (sarcome d'Ewing). — MM. André Léri, Ad. Dupont et J.-A. Lièvre montrent une femme de trente-deux ans qui, depuis dix-huit mois, a présenté de loin en loin une crise de douleurs nocturnes très violentes au niveau de la région du cubitus droit. Objectivement, on ne constate qu'une réduction importante de la pronation et une légère atrophie des muscles épitrochléens. Récemment, en soulevant un enfant, elle se fit une fracture spontanée du cubitus qui fut peu douloureuse et se sépara très bien. A cette occasion, on fit une radiographie, et l'on constata un curieux évidement de la totalité du cubitus, qui était réduit sur toute sa longueur à une gaine de la minceur d'une feuille de papier. Une biopsie, pratiquée par M. Chifoliau, montra l'os rempli d'un tissu gélatineux brun rougeâtre. Ce tissu était caractéristique de la néoplasie décrite par Ewing sous le nom de myélome endothélial, par Connor et Kolodny sous le nom de sarcome d'Ewing, par Oberling sous le nom de réticulo-sarcome de la moelle osseuse.

Azotémie au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Melnotte (de Strasbourg) rapporte l'observation d'une typhique qui, au deuxième septénaire, fit une déferyescence anticipée coïncidant avec une azotémie à 4g97. Une thérapeutique énergique ayant ramené l'urée sanguine à son taux normal, la température remonta et la maladie poursuivit normalement son cours. La rétention azotée a eu ici son action hypothermisante déjà signalée.

Purpura rhumatoïde traité par l'irradiation splénique. — MM. Aubertin, R. Lévy et Jean Lereboullet ont traité par l'irradiation splénique (trois séances de 200 rayons chacune en trois jours) un cas de purpura rhumatoïde dont les stigmates sanguins étaient très marqués. Dès le début de l'irradiation les hémorragies cutanées cessèrent d'apparaître le surlendemain de la troisième séance, non seulement la guérison clinique était complète, mais le temps de saignement et la rétractilité du caillot étaient redevenus normaux.

Un cas de médiastinite tuberculeuse avec symphyse péricardique probable guérie par l'héliothérapie marine. — MM. P.-F. Armand-Delille et J. Bertrand présentent un enfant de dix ans et demi qui était entré dans leur service d'Hérold avec des signes cliniques et radiologiques de médiastinite tuberculeuse.

Sous l'influence d'un traitement de trois mois à l'hôpital, au repos complet et actinothérapie, puis grâce à un séjour de six mois à San Salvadour avec cure hélio-marine, le petit malade est complètement transformé et paraît guéri.

En résumé, les signes de médiastinite et de symphyse ont complètement disparu sous l'influence de la cure hélio-marine.

La dioxyacétone dans le traitement du diabète. — M. F. Rathery, Mlle L. Lévina et M. Maurice Rudolf. La dioxyacétone ne peut être considérée comme une médication active dans le diabète. Elle ne saurait à aucun degré remplacer l'insuline. Si, chez certains sujets, elle paraît mieux assimilée que le glucose, chez la plupart de nos malades, elle a déterminé une élévation de la glycémie et de la glycosurie supérieure à celle qu'engendre le glucose.

Myrtille et diabète. — M. Rathery et Mlle Lévina. L'extrait de feuilles de myrtille a été très étudié en Allemagne et en Amérique comme médicament antidiabétique. Les feuilles de myrtille semblent bien renfermer un principe actif qui pourrait être de quelque utilité pour les diabétiques. Les auteurs ont observé des baisses de la glycémie et de la glycosurie à la suite de l'ingestion de cette substance; mais les effets ne se retrouvent pas chez tous les sujets; des recherches plus nombreuses, et d'une durée plus longue, sont nécessaires pour porter une conclusion ferme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1928)

Ménisque du genou. — MM. WELTI et ARVISET (rapport de M. MOUCHET) envoient une observation de luxation du ménisque interne du genou avec blocage définitif; intervention, extirpation totale du ménisque après section du ligament latéral interne; très bon résultat fonctionnel.

Maladie de Little. — M. SORREL fait un rapport sur un travail de M. YATCHITCH (de Belgrade) qui obtint un bon résultat après section des IIIe et Ve racines lombaires et IIe sacrée. Le rapporteur étudie les résultats des opérations de VAN GEHUCHTEN, de FŒRSTER et de STAFFEL.

M. DE MARTEL a pratiqué quelquefois l'opération de Fœrster qui lui a donné de bons résultats.

M. MATHIEU préfère l'opération de Staffel.

Occlusion intestinale par diverticule. — M. CUNÉO fait un rapport sur deux observations de M. J. CHARLES-BLOCH, d'occlusions intestinales par diverticule de Meckel, traitées par anastomose latéro-latérale entre le fond du diverticule et le bout proximal du grêle, opérations suivies de guérison.

M. LECÈNE ne partage pas les idées de l'auteur et préfère sacrifier en toutes circonstances un organe pathologique.

Cancer de la langue. — M. ROUX-BERGER, clôturant la discussion ouverte sur ce sujet, envisage successivement les conséquences de la biopsie, le retentissement de la radium puncture sur les ganglions, les limites de l'exérèse ganglionnaire, concluant, pour les cas du début à l'utilité de l'adénectomie large et unilatérale.

M. SÉBILEAU est de plus en plus partisan des adénectomies unilatérales.

Elections. — MM. MÉTIVET, BROCQ et PAPIN sont élus membres titulaires.

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1928)

Fracture du cotyle. — M. MOCQUOT présente un cas de fracture du cotyle avec pénétration intrapelvienne de la tête fémorale, chez un garçon de dix-sept ans; la réduction fut difficile et ne put être obtenue que par traction continue avec une anse de bronze passant dans le trochanter; malgré cela la guérison fut obtenue avec ankylose de la hanche.

A propos de l'opération de Staffel. — M. MAUCLAIRE qui a pratiqué deux fois cette opération, estime qu'elle doit être complétée par des interventions orthopédiques.

Traumatismes craniens. — M. LECÈNE fait un rapport sur deux observations de MM. FONTAINE et GIRARDIER (de Strasbourg), la première, de traumatisme cranien chez un homme ayant fait une chute sur la face avec fracture du frontal avec paralysie faciale, et vingt heures après, hémiplégie.

A l'autopsie, zone d'attrition et hématome au niveau de la protubérance; la mort semble due à une hémorragie interstitielle étendue de la protubérance; la deuxième observation, suivie de guérison est un cas de réaction méningée aseptique à la suite d'un traumatisme cranien grave (enfoncement du frontal avec irradiation vers la base).

Cloisonnement du vagin. — M. GUILLEMIN (de Nancy) [rapport de M. LECÈNE] a adressé trois observations de cloisonnements transversaux du vagin; dans le premier cas, hématocolpos; débridement, évacuation d'un litre de sang noir, guérison; le deuxième est un cas de diaphragme avec un petit orifice; guérison après incision et dilatation; enfin cloison du tiers supérieur du vagin, guérison après excision, grossesse ultérieure avec accouchement normal.

Contribution à l'étude de l'apicolyse. — M. LAUWERS (de Courtrai) [rapport de M. PROUST] s'est efforcé de réaliser l'atélectasie dans les altérations du sommet du poumon, en favorisant la ventilation pulmonaire; il fait une résection étendue de la première côte, une phrénicectomie s'il y a lieu et section de l'appareil suspenseur de la plèvre qu'il décolle simplement.

Gangrène pulmonaire. — M. BAUMGARTNER, dans deux cas de gangrène pulmonaire à forme massive a pu guérir ses malades en intervenant directement sur le foyer gangréné par pneumotomie; les opérations ont été faites en trois temps, à l'anesthésie locale, et le malade assis : 1° résection costale étendue et tamponnement; 2° incision de la plèvre et fixation du poumon à la paroi; 3° incision du poumon au thermocautère et destruction des tissus spacélés.

M. GRÉGOIRE a perdu un malade d'hémorragie foudroyante; il reste convaincu que ces pneumotomies sont des opérations graves et incertaines.

Pour M. ROUX-BERGER et M. SÉBILEAU, le diagnostic anatomique de la lésion est très difficile à faire avant l'intervention.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1928)

Cas de charbon symptomatique sans B. Chauvoei ni vibrion septique. — MM. M. WEINBERG et M. MIHAILESCO. L'étiologie et la pathologie du charbon symptomatique ne sont pas encore complètement élucidées, malgré un nombre considérable de documents accumulés.

Les idées de Chauveau et Arloing sur l'unicité de l'agent pathogène de cette infection et sur la non-réceptivité du bœuf au vibrion septique sont à peu près abandonnées par tous. Des observations précises ont montré, en effet, que l'infection spontanée à vibrion septique existe chez le bœuf et que le charbon symptomatique de cet animal est souvent causé par le vibrion septique, seul ou associé avec d'autres anaérobies.

De plus, l'examen des statistiques bactériologiques publiées permet de révéler un fait encore plus curieux : l'existence du charbon symptomatique sans B. Chauvoei ni vibrion septique.

Weinberg et Mihailesco citent quatre cas personnels où le perfringens a été trouvé soit seul, soit associé au *B. bifermentans*, au *B. œdematiens* ou au vibrion septique.

Le *B. perfringens* peut donc causer, à lui seul, le charbon symptomatique du bœuf. Le sérum qu'on utilise pour traiter cette affection doit, pour être plus efficace, renfermer également des anticorps *antiperfringens* et *anti-œdematiens*.

Signification de la glycogénie du sarcome de Jensen. — MM. ROUSSY et CRACIU, poursuivant l'étude du glycogène dans le sarcome de Jensen, ont noté les faits suivants :

1° Le sarcome de Jensen contient peu de glycogène; 2° il se trouve, soit dans les cellules sarcomateuses, soit dans les cellules du stroma; 3° la plupart de ces cellules présentent des lésions très prononcées auxquelles sont associées des lésions aussi intenses des tissus du voisinage.

Dans ces conditions, la glycogénie du sarcome de Jensen apparaît comme un phénomène réactionnel, posttraumatique ou périnécrotique.

La glycogénie est souvent dégénérative, irréversible; les cellules chargées de glycogène sont très lésées. Mais il existe aussi quelques rares cellules chargées de glycogène sans lésions; il s'agit alors vraisemblablement d'une glycogénie simple, peut-être réversible. Cette mise en évidence des hydrates de carbone qui, à l'ordinaire, ne sont pas présents sous forme de glycogène libre dans les cellules du sarcome de Jensen, peut être dénommée glycophanérose.

M. BOREL. Il serait très facile, avec les cultures de tissus sur verre, de résoudre les questions que soulève la communication des auteurs.

M. Craciu. Des recherches sur ce sujet sont en cours ; nous en donnerons prochainement les résultats.

Rôle des collatérales des artères vertébrales et carotides dans l'irrigation de l'écorce cérébrale. — M. et Mme A. Chauchard examinent la part qui revient aux collatérales dans le maintien de l'irrigation de l'écorce après ligature des carotides et des vertébrales chez le chien. Ils mesurent la chronaxie corticale après avoir éliminé l'un ou l'autre groupe de collatérales. Leurs expériences montrent que la part prépondérante revient aux spinales qui suffisent, dans les cas normaux, à maintenir l'excitabilité. Les collatérales carotidiennes et leurs anastomoses sont incapables à elles seules d'assurer la persistance de cette fonction.

Origine tuberculeuse d'un épisode fébrile avec splénomégalie reconnue par la présence de bacilles dans les ganglions du cobaye inoculé avec le sang du malade. — MM. Robert Debré et Henri Bonnet relatent l'observation d'un enfant qui a présenté un long épisode fébrile pendant lequel les seuls signes cliniques observés furent la fièvre et la splénomégalie. Le diagnostic n'a été rendu possible que par l'inoculation du sang au cobaye. Celle-ci a permis de mettre en évidence la présence de bacilles acido et alcoolo-résistants dans les ganglions de l'animal inoculé, à l'exclusion de toute lésions macroscopiques.

Modifications produites dans l'épithélium séminal par les rayons β de l'uranium X. — MM. Lacassagne, Fournier et Lattes montrent qu'il y a similitude entre les effets produits dans le testicule par les rayons β de l'uranium X et ceux bien connus produits par les rayons X. Ce fait paraît en faveur de l'opinion théorique, admise par beaucoup, qu'il n'y aurait pas de différences spécifiques entre les actions biologiques de rayonnements vibratoires du type des radiations X ou celles des rayonnements corpusculaires du type des radiations β de l'uranium X.

Mise en évidence par leur différence d'action biologique de deux groupes de rayonnements β de l'uranium X inégalement absorbables. — MM. Lacassagne, Fournier et Lattes.

(Séance du 1er décembre 1928)

La glycogénie du sarcome de Peyton Rous (quatrième note). — MM. Roussy et Craciu ont noté que cette tumeur contient peu de glycogène. Il manque presque toujours dans les zones non altérées, non nécrotiques, alors que la glycogénie est ordinairement associée à des lésions cellulaires ou tissulaires plus ou moins marquées. Elle est presque toujours cantonnée dans une zone claire qui entoure le centre nécrotique de la tumeur ; on trouve là des cellules tuméfiées avec des grains de glycogène périphériques, tandis que le noyau est repoussé de l'autre pôle de la cellule. Les plasmodes multinucléés et les fibrocytes contiennent parfois aussi du glycogène.

La glycogénie du sarcome de Rous semble être le plus souvent du type dégénératif irréversible. A ce point de vue, le phénomène présente des analogies avec celui du sarcome de Jensen, précédemment étudié par les auteurs.

De l'infection paratyphique B expérimentale. — M. W. N. Kosmodemiansky. Les expériences de l'auteur sur les pigeons ont montré qu'ils sont capables de contracter l'infection paratyphique B lorsqu'on leur fait ingérer par la voie buccale des cultures d'origine humaine. A l'autopsie, on trouve des lésions caractéristiques de l'intestin. Le sérum des pigeons ayant survécu à l'infection paratyphique ne renferme pas d'anticorps.

Du rôle des colloïdes dans le pouvoir anagotoxique des eaux minérales. — M. P.-L. Violle. L'eau bi-distillée, mise en contact pendant trente-six heures avec de la tournure de cuivre, tue un poisson (le vairon) en trois heures. Mais les eaux minérales avec lesquelles il a expérimenté, après avoir été placées dans les mêmes conditions, ne deviennent pas toxiques pour ce poisson. En séparant les colloïdes des cristalloïdes par ultrafiltration à travers une membrane de collodion, il met en évidence que cette action anagotoxique des eaux minérales envisagées n'est due que pour une très faible part aux colloïdes et qu'elle doit être rapportée pour la plus grande partie aux cristalloïdes contenus dans ces eaux.

B. œdematiens et charbon symptomatique. — MM. M. Weinberg et M. Mihailesco. Le *B. œdematiens* qui joue un rôle si important dans la pathogénie de la gangrène gazeuse de l'homme, se rencontre également dans quelques infections spontanées des animaux.

Il a été isolé dans la gangrène gazeuse du porc et du cheval. Il a été dernièrement prouvé que le microbe qui cause l'hépatite infectieuse nécrosante du mouton australien n'est autre que le *B. œdematiens*. Ce dernier a été aussi noté dans quelques cas du charbon symptomatique du bœuf et du mouton.

Weinberg et Mihailesco ont également isolé six fois le *B. œdematiens* seul ou associé à d'autres anaérobies, pathogènes ou non pathogènes, dans des cas de charbon symptomatique typiqne.

En se fondant sur leurs recherches bactériologiques, ces auteurs concluent que l'infection du bœuf ou du mouton, décrite sous le nom de charbon symptomatique tout comme la gangrène gazeuse de l'homme, peut être causée par différents anaérobies pathogènes ; seuls associés entre eux ou à d'autres anaérobies peu ou pas pathogènes.

Localisations viscérales de la strepto-bacillose des cobayes. — MM. A. Saenz et A. Réfik décrivent une forme viscérale localisée de préférence aux lobes pulmonaires et aux ganglions trachéo-bronchiques de la nouvelle maladie due à un strepto-bacille anaérobie que Vincent a décrite et qu'il a observée uniquement sous sa forme ganglionnaire cervicale.

Sur la strepto-bacillose du cobaye. Reproduction expérimentale de la maladie. — MM. A. Saenz et A. Réfik ont réussi à infecter des cobayes avec du pus par la voie buccale, par la voie sous-cutanée et par scarification de la peau, et à reproduire la strepto-bacillose avec tous les caractères de la maladie naturelle du cobaye.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PAIEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

PERSONNES TENUES AU PAIEMENT

On décide généralement que le tiers qui, par humanité, va chercher un médecin pour un blessé ou conduit ce dernier dans une clinique pour y être soigné, ne s'oblige pas personnellement au paiement des frais et honoraires du médecin. Pour que ce tiers soit engagé personnellement, il faut des circonstances spéciales tels que des liens de parenté ou un intérêt spécial justifiant l'engagement tacite. La Cour de Dijon, par un arrêt du 12 juin 1928, a fait application de ces principes dans un cas qui mérite d'être signalé.

Un médecin avait formé une instance en paiement de frais dus pour l'hospitalisation d'un sieur R..., victime d'un accident de bicyclette.

Il avait demandé à faire la preuve par témoins que deux personnes X... et Y... avaient pris l'engagement personnel de payer les frais d'hospitalisation ; et il avait fait entendre trois témoins qui étaient infirmiers dans sa clinique. X... et Y...

commencèrent par *reprocher* ces trois témoins, motif pris de ce que, employés comme infirmiers de la clinique du médecin par lequel ils étaient payés, logés et nourris, ils auraient été à son égard dans un état de dépendance qui ne leur laisserait pas une liberté suffisante pour donner à leurs dépositions toute garantie d'impartialité. Le tribunal avait admis les reproches ainsi formulés; mais la Cour infirma cette partie du jugement, en disant :

« Mais considérant que si la nature même des occupations auxquelles se livrent les témoins ne doit pas, en principe, être prise en considération, il faut du moins, pour qu'ils rentrent dans les prévisions expresses de l'article 283 c. pr. civ., en qualité de « serviteurs et domestiques », cause de reproche invoquée par les intimés, qu'ils soient attachés à la personne ou à la maison de leurs patrons; qu'on ne saurait considérer comme tels, ceux qui, comme dans l'espèce, sont exclusivement employés dans une entreprise commerciale, d'ailleurs complètement indépendante de la maison privée de l'employeur, alors même qu'ils seraient logés et nourris par lui, lorsque, du moins, ils le sont dans des locaux distincts affectés à l'exploitation commerciale, que c'est donc à tort que les premiers juges ont admis cette cause de reproche ».

Examinant ensuite l'engagement personnel qu'auraient pris X... et Y..., la Cour indique que, d'après le docteur, cet engagement résulterait de que X... aurait amené à la clinique le sieur R..., blessé, sans faire aucune réserve et sans prendre soin de spécifier expressément qu'il n'entendait pas s'obliger.

« Mais considérant, dit la Cour, que le seul fait par un tiers de conduire un malade ou un blessé chez un médecin ou d'appeler ce médecin près du malade ou du blessé ne suffit pas pour qu'on puisse en induire chez ce tiers la volonté formelle, quoique tacite, de s'obliger personnellement vis-à-vis du médecin : qu'il faut que ce fait soit accompagné de circonstances spéciales, telles que des liens de parenté ou un intérêt personnel, justifiant un tel engagement; qu'aucune circonstance de cette nature n'existe en l'espèce, si on observe qu'il n'est nullement allégué que X... ait encouru une responsabilité quelconque dans l'accident dont le sieur R... avait été victime, en sorte que son acte apparaît comme de pure humanité. »

En ce qui concerne Y..., le docteur déclarait trouver la preuve de son engagement personnel dans une lettre qu'il lui aurait écrite le 25 octobre 1922, en réponse à une réclamation des frais d'hospitalisation dus à cette date;

« Mais, ajoute la Cour, considérant que cette lettre manifeste bien au contraire la volonté formelle de ne pas s'obliger personnellement et de laisser à la Compagnie d'assurances qui le couvrait le soin de s'entendre avec le docteur..., au cas où elle devrait payer, c'est-à-dire si sa responsabilité à lui Y..., se trouvant engagée, l'assurance devait jouer.

Considérant que, vainement aussi, le docteur... soutient que Y... aurait été, même en dehors de toute responsabilité, obligé par son préposé X..., qui aurait consenti en son nom. — Considérant que le préposé ne saurait engager valablement le commettant, de même que le mandataire ne saurait engager le mandant que dans les limites mêmes de la mission ou du mandat donné et qu'en l'espèce X... n'avait aucun pouvoir de contracter au nom de Y... un engagement qui eût été un pur acte de bienfaisance. »

Ainsi donc, il faut des circonstances spéciales, laissées à l'appréciation du juge d'ailleurs, pour qu'un tiers puisse être considéré comme étant obligé au paiement des frais et honoraires dus à un médecin. Il a été jugé (Cour d'appel de Caen, *Rec. Caen* 1925-70) que si par ses agissements le tiers a induit le médecin en erreur, en le faisant compter sur un paiement, sans lequel ce dernier ne serait pas intervenu, ce tiers était

responsable du paiement des honoraires dus au médecin. Solution juste; car la situation du médecin est très délicate. Il est extrêmement difficile pour le médecin de demander, dès qu'il est appelé auprès d'un malade ou d'un blessé, qui paiera les frais et les honoraires; les convenances et la dignité du médecin s'y opposent. Il y a là une question d'opportunité qui est laissée à l'appréciation du médecin; et on ne peut guère donner de conseil; tout ce que l'on peut faire, c'est d'indiquer quelle solution est donnée par la jurisprudence dans les espèces qui lui sont soumises. Cette solution comporte toujours un enseignement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

L'Anesthésie loco-régionale en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale (1), par Georges PORTMANN, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Bordeaux, et Paul LEDUC, anesthésiste à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Bordeaux.

Beaucoup de traités d'anesthésie loco-régionale ont déjà été publiés. On serait peut-être tenté de penser que le présent ouvrage n'est qu'une amplification ou un résumé de ses prédécesseurs.

Ce serait, on s'en rendra compte à la lecture, mal connaître l'esprit qui a présidé à la rédaction de ce livre.

(1) Un volume de 328 pages, avec 84 figures dans le texte. — Prix : 50 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Les auteurs, en effet, n'ont pas eu pour but de réunir ou de commenter en ces 300 pages les travaux antérieurs sur l'anesthésie locale. Ils n'ont pas mis le lecteur en présence de toute une série de procédés d'intérêt parfois plus théorique que pratique, parmi lesquels il aurait souvent de la peine à choisir le meilleur. Ce qu'ils ont cherché avant tout c'est de le faire bénéficier de techniques simples, consacrées par leur longue expérience, et débarrassées des petites imperfections qu'a pu leur révéler un usage quasi-journalier.

En un mot, le but poursuivi par le professeur Portmann et le docteur Leduc a été de se rendre utile au spécialiste, souvent livré à lui-même, en lui fournissant un guide sûr et précis, allégé de considérations par trop théoriques ou superflues.

Un rapide coup d'œil à travers l'ouvrage montre combien ce livre est vécu et d'un exposé simple et particulièrement clair, tel que l'ont désiré les auteurs : c'est bien le Manuel pratique de l'anesthésie loco-régionale en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale.

Aucun détail, si minime soit-il en apparence, n'a été négligé pour permettre au chirurgien d'entreprendre avec toutes chances de succès les anesthésies jugées les plus délicates de la spécialité.

Les auteurs rappellent d'abord les règles générales et les principes de l'anesthésie loco-régionale. Ils donnent des indications détaillées sur l'instrumentation convenable, la manière de s'en servir utilement. Puis, minutieusement, ils exposent les méthodes qui leur ont paru les meilleures pour l'anesthésie de chaque organe. En tête de chaque chapitre le chirurgien trouvera exposé en quelques lignes et avec l'aide de schémas très clairs le rappel nécessaire de l'innervation de la région où il doit pratiquer l'anesthésie. Il n'est enfin, dans l'explica-

tion des techniques, aucun geste, aucun mouvement de l'opérateur qui ne fasse l'objet d'une description méticuleuse ; éclairé encore par de nombreuses figures, le lecteur a donc devant lui, comme cinématographiée au ralenti, l'opération qu'il va entreprendre.

Ce court aperçu ne montre que très imparfaitement l'intérêt de ce nouveau livre, reflet vivant de l'enseignement donné par le professeur Portmann à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Bordeaux. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

BRONCHO-PNEUMONIES

GÉNÉRALITÉS

On désigne sous le nom de broncho-pneumonie une affection caractérisée :

a. *Anatomiquement*, par des lésions de *bronchio-alvéolite*.

b. *Cliniquement*, par la *multiplicité* et la *mobilité* des foyers pulmonaires, l'évolution par *poussées successives*, la haute gravité, augmentée encore par la possibilité d'une complication fréquente surtout chez l'enfant : la *pleurésie purulente*.

La broncho-pneumonie s'observe surtout chez l'*enfant* et chez le *vieillard*. Chez l'adulte, elle est presque toujours secondaire.

Il est classique d'opposer cette affection à la pneumonie, affection primitive, cyclique, spécifique. Il n'y a pas ici de spécificité microbienne. Des *germes multiples* sont en cause : pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, pneumobacille, bacille de Pfeiffer.

Certains auteurs ont récemment insisté sur le rôle possible du bacille *diphtérique*, d'ailleurs extrêmement *discuté*. Il semble que s'il existe un polymicrobisme marqué, l'un des microbes joue un rôle prédominant.

I. BRONCHO-PNEUMONIE DE L'ENFANT. — Les broncho-pneumonies entrent pour une grosse part dans les causes de *mortalité infantile*. Elles sont d'autant plus *fréquentes* et plus *graves* que l'enfant est plus jeune, et peuvent être :

a. *Primitives.* — *C'est rare*, ces formes apparaissant surtout chez le *nourrisson*, consécutivement à un coryza, à une trachéo-bronchite, ou même spontanément à la suite d'un refroidissement.

b. *Secondaires.* — *C'est la règle.* Les broncho-pneumonies s'observent surtout au cours de la *rougeole*, moins souvent de la *coqueluche*, plus rarement au cours de l'érysipèle, la variole, la scarlatine. C'est la *grande complication de la rougeole* et de ces autres affections, *en milieu hospitalier* où son éclosion est favorisée par l'*encombrement*, l'*exaltation du virus* au cours de *passages successifs*; enfin la *contagion extrêmement facile et rapide*.

Les *précautions* strictes observées dans les services spéciaux des hôpitaux d'enfants, le *boxage systématique* des contagieux ont considérablement diminué la fréquence et la gravité de cette complication.

Types des descriptions. — *Broncho-pneumonies de la rougeole* qui se présentent sous les aspects schématiques suivants :

Formes : *Aiguës, subaiguës, suraiguës.*

A. Forme aiguë. — I. BRONCHO-PNEUMONIE AIGUË A NOYAUX DISSÉMINÉS (FORME LOBULAIRE). — C'est la forme la *plus fréquente*.

Début. — Cette complication peut être :

a. *Précoce*, précédant ou accompagnant l'éruption.

b. *Survenir au déclin de l'éruption*, la température restant élevée, ou s'élevant après être tombée.

c. *Tardive.* — C'est LA RÈGLE. L'éruption a disparu. La température est tombée et reste normale ou subnormale. Bientôt elle S'ÉLÈVE PROGRESSIVEMENT, et peu à peu apparaissent des signes qui confirment la crainte d'un accident pulmonaire. Ce sont :

L'accélération de la respiration ;

Le BATTEMENT DES AILES DU NEZ, qui signe la DYSPNÉE ;

La toux, sèche, quinteuse, douloureuse ;

La tachycardie ;

L'aspect de l'enfant qui est pâle, les yeux fermés.

A l'auscultation, rien de caractéristique : des râles bronchiques disséminés.

Etat. — En quelques jours, l'affection atteint la période d'état. Le tableau clinique est franchement *alarmant*.

1. *Signes généraux.* — L'enfant est pâle, douloureux, les traits tirés, les joues et les *lèvres bleuâtres*. LA TEMPÉRATURE SE MAINTIENT TRÈS ÉLEVÉE, aux environs de 40 degrés. Le pouls est mou, petit, rapide, battant à 120-130. La langue est sèche, la constipation alterne parfois avec une diarrhée fétide, les urines sont rares et chargées d'albumine. A ce tableau s'ajoutent des *signes nerveux* : agitation, *convulsions*, ou au contraire : dépression extrême, asthénie, faisant la preuve de l'intoxication.

2. *Signes fonctionnels.* — La DYSPNÉE est le *signe majeur*. C'est une dyspnée avec *polypnée*, le nombre des respirations par minute atteignant 30 ou 40. La respiration est *pénible*, avec *expiration plaintive*, l'enfant « *pousse à l'expiration* ». Les AILES DU NEZ BATTENT, et il y a souvent TIRAGE SUS ET SOUS-STERNAL, tous symptômes de haute valeur diagnostique.

L'enfant est secoué par une toux sèche, fréquente, égale, « *moniliforme* », ou au contraire ne tousse plus.

En résumé, fièvre élevée, état général alarmant, polypnée, battement des ailes du nez, tirage, tels sont les symptômes qui frappent dès l'abord et resteront les *plus précieux pour le diagnostic*.

3. *Signes physiques.* — Ils sont essentiellement *diffus* et *variables* d'un malade à l'autre et d'un jour à l'autre chez le même malade. A l'auscultation, on entend d'abord des *râles de bronchite disséminés* dans les deux poumons. Puis, siégeant à des niveaux variables, des *bouffées de râles sous-crépitants* éclatant après la toux et groupés *en foyers*. Dans les mêmes zones, existe fréquemment un *souffle* doux, à timbre tubo-pleural, pleurétique plutôt que tubaire, avec *retentissement bronchophonique* de la voix et de la toux. Ce sont des *foyers d'hépatisation* dont les signes mêmes sont variables d'un jour à l'autre dans leur siège et leur modalité.

Evolution. — Elle se fait par *poussées successives*, correspondantes à l'apparition d'un *foyer nouveau*, et marquées par un *crochet thermique* qui, succédant à d'autres, donne à la *courbe de température* un *aspect irrégulier*, désarticulé, *largement oscillant*.

L'évolution peut se faire :

a. *Vers la guérison* péniblement obtenue après une lente défervescence thermique, des reprises et parfois des *rechutes*, une lente et traînante convalescence.

b. *Vers la mort*, c'est l'éventualité la plus fréquente. Elle peut survenir :

1. *Précocement* : l'enfant, agité au début, *cesse de lutter*; il est affaissé, accablé, somnolent, de plus en plus dyspnéique, la respiration encombrée, le visage et les mains cyanosés, le pouls incomptable.

La mort survient dans le *coma asphyxique*, quelques jours après le début des accidents pulmonaires.

2. *Plus tardivement*, le *foie* devient *gros et douloureux*, l'évolution se prolonge pendant *deux ou trois semaines*, et la mort survient par *collapsus cardiaque*. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Consultation de nourrissons. — Liste des candidats classés : Mlle Petot, Mme Michel née Benoist, Mlle Wolff, MM. Jacquet, Cojean, Mlles Lawy Ogliastri, Hirsch, Lavedan, Péchenard, Bastien, Joffé, MM. Henry, Renard, Berhenie, Mme Michaux née Pommay, Mlle Wayubaum, MM. Blavier, Lichtenberger, Mme Chabrut, Mlle Troncay.

— Internat de Brévannes. — *Epreuve écrite.* — Séance du 17 décembre. — Questions données : « Anatomie du nerf poplité externe. — Signes et diagnostic des paraplégies spasmodiques. »

MM. Gluck, 22; Boidot, 26; Psarako, 20; Meillaud, 21; Tellies, 20; Ungard, 22; Lombard, 12; Cabret, 18.

Lecture des copies. — Séance du 18 décembre. — MM. Guyon, 18; Levannier, 20; Reboul, 27; Lebovits, 25; Allith, 12; Barneville, 20.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rennes. — *Concours de l'internat en médecine.* — Sont nommés :

Internes titulaires de médecine et de chirurgie, MM. Divet (Henri), Barré (Emile), Coignard (Winoc), Merlin (Louis), Leroy (André).

Internes suppléants de médecine et de chirurgie, MM. Pailleret (Paul), Valle (François).

Interne titulaire de la maternité, M. Saucet (Jules).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Vacances du Jour de l'an.* — Les vacances sont fixées du samedi 22 décembre 1928 au soir au mercredi 2 janvier 1929 inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés les lundi 24 décembre, mardi 25 décembre, lundi 31 décembre et mardi 1er janvier.

Ils seront ouverts les autres jours aux heures ordinaires.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 16 décembre publie un décret portant règlement sur la protection de la sante publique en Indo-Chine.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — Le Conseil d'administration de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest vient de se réunir à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Sellier.

La réunion a examiné la création, dans le cadre de la Société d'hydrologie et du climatologie, d'un nouvel organisme qui prendra le nom d'*Institut d'hydrologie, de climatologie et d'hygiène des stations.*

Son but est de vulgariser les ressources scientifiques relatives à l'hydrologie et à la climatologie. Ses moyens d'action sont des recherches de laboratoire et des réunions scientifiques.

Plusieurs laboratoires spécialisés dans les recherches physicochimiques et biologiques seront largement ouverts aux travailleurs et leur assureront tous les moyens d'études et de recherches.

L'Institut d'hydrologie et de climatologie et d'hygiène des stations sera rattaché à la Faculté de médecine.

AVIS DE VACANCE D'UNE PLACE D'AUDITEUR AU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène public de France est déclarée vacante, dans la catégorie des fonctionnaires sanitaires, par suite de la nomination comme membre de M. le docteur Ott.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée d'un exposé de leurs titres, avant le 1er janvier 1929,

au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès).

AVIS DE VACANCE D'EMPLOI DE DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Aix-les-Bains.

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an, pouvant aller jusqu'à 20.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau) 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour trois emplois d'inspecteur adjoint des services d'hygiène du département des Ardennes est ouvert à Mézières jusqu'au 31 janvier 1929.

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Les candidats admis ne seront titularisés qu'après un stage d'un an.

A PROPOS DES INFIRMIÈRES. — Un service de placement des infirmières fonctionne à Paris, dans une annexe de la mairie du VIIIe arrondissement, 3, rue de Lisbonne. Une préposée s'y tient en permanence, l'après-midi, pour les demandeurs d'emploi, de 14 à 18 h. Toutefois, le téléphone (Laborde 69-83) peut être utilisé jusqu'à 20 h.

En outre, grâce à l'obligeant concours de la Préfecture de police, un service de nuit est assuré par le commissariat du VIIIe arrondissement, auquel on peut s'adresser pour avoir du personnel, sous le numéro de téléphone Laborde 30-27.

Tout en assurant l'entière gratuité du placement, autant pour ceux et celles qui viennent s'y faire inscrire que pour la clientèle qui s'y adresse le service des infirmières, infirmiers et gardes-malades offre aux usagers du placement le maximum de garanties qu'ils sont en droit d'espérer : garanties de bonne technique, grâce à l'institution d'un fichier à la fois très pratique et très complet, qui permet de classer les candidats suivant leurs préférences, leurs spécialités, le quartier où ils résident ; garanties de bon recrutement, en raison de la valeur professionnelle des éléments qui le fréquentent ; garanties d'impartialité du fait que ses opérations sont contrôlées par une Commission paritaire ainsi composée :

Membres patrons : MM. les docteurs Lenglet, Jayle, François, de l'Union des syndicats médicaux de France ; M. Janot, de la Fédération thermale et climatique de France ; M. Bac, président de l'alliance syndicale du commerce et de l'industrie.

Membres ouvriers : MM. Gisselbrecht, Brousse, Mlle Morel, du Syndicat des infirmières, infirmiers et masseurs ; M. Merma, de la Fédération des services de santé ; M. Pages, membre du Syndicat confédéré des ouvriers coiffeurs.

La Commission est présidée par une personnalité spécialement choisie en dehors de ces éléments : M. Haye, chef de bureau à la direction de l'hygiène, au ministère du Travail.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Henri Gautier, doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de Paris ; M. Eugène Latreille, professeur d'anatomie-pathologie à l'Université de Montréal ; M. Raoul Masson, professeur de clinique médicale infantile à l'Université de Montréal ; MM. les docteurs Louis Brocq, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis ; D. Luis Barraquer Roviralta, l'éminent neurologue de Barcelone.

CHRONIQUE

LA MISSION MÉDICALE BRÉSILIENNE A L'U. M. F. I. A.

Au moment où la mission médicale brésilienne va quitter Paris, l'U. M. F. I. A., fidèle à ses traditions, a tenu à réunir une dernière fois nos confrères du Brésil avec leurs amis de Paris. Ce fut une fête fraternelle et superbe comme sait si bien les organiser Dartigues. Plus de 400 convives étaient réunis autour de M. le professeur Georges Dumas « citoyen de Rio de Janeiro », de S. E. l'Ambassadeur du Brésil, et des représentants diplomatiques des républiques de l'Amérique.

Au champagne, notre confrère Molinéry, secrétaire général de l'U. M. F. I. A., prit le premier la parole pour excuser les absents et saluer en des termes vibrants les médecins brésiliens. Puis M. le professeur Georges Dumas rappela d'une façon émouvante les inoubliables réceptions qu'il a reçues à Rio de Janeiro. S. E. M. Conty, ancien ambassadeur de France au Brésil, S. E. M. Vasquez Cobo, ministre de Colombie, M. le sénateur Merlin, les professeurs Balthazard, Forgue (de Montpellier). J.-L. Faure, Gley, Roule, Louis Martin, Marchoux, Martinenche, MM. Joao Coelho, Bellencontre et Noir proclamèrent à leur tour leur affection et leur admiration pour le Brésil.

Dartigues dans une belle envolée salua le Brésil dont le pavillon déployé étalait fièrement sa devise « Ordem e progresso », il but à l'esprit latin qui « ne veut pas dominer mais qui ne veut pas être subjugué » enfin il dit sa confiance dans la fraternité latine tandis que les drapeaux de la Bolivie et du Paraguay mêlaient pacifiquement leurs plis au-dessus de la table d'honneur.

Le docteur Rosa Martins, au nom de la mission médicale brésilienne, puis S. E. M. de Souza Dantas, Ambassadeur du Brésil, en des termes émus vinrent dire une fois de plus leur attachement à notre pays.

Mais l'heure pressait et les derniers discours furent écourtés pour permettre à la partie artistique de se développer. Après un défilé de mannequins très réussi et des danses de caractère un bal très animé termina la soirée.

Comment ne pas remercier tout particulièrement les animateurs de cette fête, nos confrères Dartigues, Gaullieur l'Hardy, Molinéry et Berry qui se sont dépensés avec tant de bonne grâce et d'amabilité souriante pour accueillir et distraire les invités brésiliens et français.

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

RÉSULTATS COMPARÉS DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA DIAPHYSE FÉMORALE PAR LES MÉTHODES NON SANGLANTES ET L'OSTÉOSYNTHÈSE [1]

Par le docteur J. COTTALORDA,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Si la thérapeutique de la plupart des fractures est actuellement fixée, on peut dire que le traitement des fractures de la diaphyse fémorale reste encore discutable. Il ne nous a pas paru inutile d'exposer le résultat d'une expérience formée à l'Ecole de notre maître M. le professeur Imbert, et à l'aide de documents qu'il a bien voulu nous confier et que sa grande compétence, particulièrement pour les accidents du travail rend plus précieux encore.

Notre étude se borne au traitement des fractures de la partie moyenne de la cuisse et nous éliminons donc les fractures sous-trochantériennes et condyliennes.

Nous ne pouvons aborder l'étude de nos observations, ni exprimer nos conclusions sans exposer quelques généralités sur l'évolution et le traitement des fractures diaphysaires de cuisse. Après ce chapitre de généralités nous passerons à l'analyse de nos observations pour donner dans un troisième et dernier chapitre les conséquences théoriques et pratiques qui nous paraissent devoir s'en déduire.

I. Considérations générales sur les fractures diaphysaires de cuisse. — Dans la plupart des fractures diaphysaires de cuisse résultant d'un accident du travail, il s'agit d'une solution de continuité à trait transversal. Le traumatisme étant habituellement violent, le déplacement des fragments est complet. C'est dire que le fragment supérieur se porte en dehors et en avant faisant saillie sous la peau en même temps qu'il tourne sur son axe se mettant en rotation externe. On ne tient pas assez souvent compte de la complexité du déplacement. En particulier, la rotation externe est négligée et c'est ce qui explique ces consolidations, normales en apparence, mais qui laissent de forts pourcentages par le fait qu'au moment de la marche le décalage étant fixé, le malade porte la pointe de son pied en dehors.

Quant au fragment inférieur il bascule essentiellement en dedans faisant avec le précédent un angle ouvert en dedans et en arrière et dont le sommet répond au foyer de fracture.

Telles sont les lésions initiales. Au cours et après le traitement l'état du membre se complique de lésions secondaires extrêmement importantes dont les principales sont :

Le raccourcissement,
L'atrophie musculaire,
Les raideurs articulaires ou au contraire,
La laxité et l'hydarthrose.

(1) D'après le rapport présenté par l'auteur au Ve Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles, Budapest sept. 1928.

Il faut ajouter à ces lésions, compagnes habituelles mais transitoires des fractures convenablement traitées, la pseudarthrose et le cal vicieux qui ne sont, à proprement parler, que des complications.

Nous reviendrons en détail sur l'étude de ces diverses lésions, qui grèvent lourdement le taux d'incapacité, à propos de l'étude de nos observations et de nos conclusions.

Disons toutefois que si un raccourcissement inférieur à 3 centimètres est bien difficile à obtenir, si l'atrophie musculaire est transitoirement impossible à éviter, le traitement peut et doit écarter dans les cas moyens les complications articulaires et le cal vicieux.

C'est donc avec ce principe qu'à notre avis l'on doit envisager l'étude des diverses méthodes employées. Celles-ci se résument dans l'ostéosynthèse et les méthodes non sanglantes.

Notre rapport du Congrès d'Amsterdam de 1925, en collaboration avec notre maître M. le professeur Imbert, a exposé ce que nous pensions à ce moment des résultats de l'ostéosynthèse en général. Notre point de vue, nous devons le dire, n'a guère changé depuis lors.

Les travaux parus depuis sur la question n'ont apporté aucun élément nouveau et je ne crois pas inutile de reproduire les conclusions auxquelles nous étions arrivés en 1923 :

« L'ostéosynthèse pratiquée dans des conditions normales tant du côté du chirurgien que de sa technique opératoire entraîne :

1° D'une façon constante un retard de consolidation par rapport aux fractures analogues traitées par les moyens ordinaires;

2° Le plus souvent un gros cal;

3° Assez rarement une élimination du matériel de prothèse;

4° Exceptionnellement des fractures itératives. »

Ce que nous savions à ce moment des fractures diaphysaires de cuisse venait encore renforcer notre opinion, puisque M. le professeur Imbert qui avait rédigé cette partie de notre rapport terminait par ces mots :

« La conclusion est qu'il ne faut pas appliquer systématiquement l'ostéosynthèse aux fractures de cuisse. L'opération doit être réservée aux cas compliquées : 1° des pseudarthroses; 2° les cas difficiles à appareiller. »

A la cuisse l'ostéosynthèse présente en effet son maximum de difficultés et de dangers.

L'*épaisseur de la couche musculaire* à traverser, la fréquence des hématomes rend souvent bien difficile, même en suivant minutieusement la technique de Lambotte et d'Hallopeau, l'asepsie rigoureuse qu'exige ce genre d'intervention. D'autre part la nécessité de mettre un appareil plâtré, nécessité dont tous les auteurs conviennent actuellement, rend impossible une stricte surveillance des suites opératoires.

Chez un de nos blessés, malgré une apyrexie absolue, on trouvait à l'ablation de l'appareil et alors que la guérison paraissait assurée, un volumineux hématome décollant toutes les masses musculaires de la cuisse et dont l'infection tardive déterminait une

ostéomyélite sévère se traduisant ultérieurement par un pourcentage de 80 p. 100.

D'autre part, il faut bien le dire, le matériel de synthèse employé paraît difficilement de taille à résister aux contractions des puissantes masses musculaires de la cuisse.

L'avantage indéniable du traitement sanglant est que seul il permet un *restituo ad integrum* anatomique parfait. La déduction logique serait donc que dans les cas où rien ne vient troubler l'évolution de cette thérapeutique la restitution fonctionnelle doive être complète. Nous verrons qu'il n'en est pas ainsi.

Avec des désastres se traduisant quelquefois par l'amputation et la mort, l'ostéosynthèse ne donne guère de résultats supérieurs, fonctionnellement parlant, aux autres méthodes.

Nous reviendrons sur ce sujet quand nous analyserons nos observations.

En face du traitement sanglant, le chirurgien a à sa disposition tout un ensemble d'appareils basés sur le principe de l'immobilisation par *appareil plâtré* ou par l'*extension continue*.

Tout d'abord, qu'il nous soit permis de dire tout le bien que nous pensons, pour l'immobilisation immédiate des fractures de cuisse, de l'atelle de Thomas. Cet appareil a été, en France du moins, une révélation de la guerre et depuis, tous les chirurgiens l'ont adopté.

L'appareil plâtré est laissé au second plan lorsqu'il s'agit de soigner une fracture de cuisse. Pourtant ce mode de traitement vaut mieux que les quelques lignes que lui consacrent les traités modernes. A condition d'avoir un nombre suffisant d'aides et un contrôle radioscopique, on doit obtenir par ce moyen non pas le bout à bout, qui est impossible à réaliser autrement que par l'ostéosynthèse, mais une récupération exacte de l'axe du membre avec un raccourcissement aussi peu marqué que par les autres méthodes. L'appareil plâtré a de plus l'avantage de laisser l'articulation du genou complètement au repos et de n'entraîner à sa suite aucune des complications articulaires des différents modes d'extension continue. Enfin, sur ces derniers, le plâtre a la grosse supériorité de n'exiger qu'une surveillance intermittente à l'écran radioscopique pour se rendre compte du déplacement secondaire possible des fragments. Celui-ci est d'ailleurs rarement considérable.

L'extension continue par contre, quel que soit l'appareil adopté, exige une surveillance constante et une collaboration intelligente du malade et de son entourage. Parfaitement applicable dans un service d'hôpital ou dans une clinique, où elle constitue le traitement de choix, l'extension est souvent à domicile d'une surveillance malaisée et souvent impossible.

On a peu d'expérience en France de l'extension par la broche de Steinmann et notre préférence va aux appareils type Hennequin ou aux appareils à suspension genre Miss Gassett. Tous deux peuvent et doivent donner des résultats absolument comparables aux résultats de l'ostéosynthèse. Nous signalerons une modification heureuse du Hennequin qui nous a été apprise par le docteur V. Aubert, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille. L'extension, au lieu d'être réalisée sur le lac classique de Hennequin, se fait sur un collier plâtré, moulé sur les condyles, évitant par conséquent d'intéresser dans l'extension, l'articulation du genou.

M. le professeur Imbert emploie souvent un appareil un peu spécial ayant la forme d'un double plan incliné d'orientation variable. Le sommet de ce double plan incliné correspond au genou et la jambe pend sur le versant distal. L'extension et la contre extension se trouvent ainsi très simplement réalisées par cet appareil bien toléré par le malade dans tous les cas où nous l'avons vu employé.

L'appareil de marche de Delbet est excellent à tous les points de vue, mais il faut savoir l'appliquer rigoureusement si l'on veut qu'il soit bien toléré par le malade.

On a pu s'étonner que cette rapide revue des traitements employés se soit inquiétée peut-être outre mesure de la sécurité des appareils et de leur facilité de surveillance plus que de leur élégance de conception et de réalisation. En particulier il n'a pas été fait mention de l'appareil de Tillaux. C'est pourtant celui qu'il n'y a pas très longtemps on voyait appliquer de préférence. C'est qu'ici nous avons affaire à des malades un peu spéciaux. La collaboration dont nous parlions plus haut n'est pas la règle. Tous ceux qui s'occupent des accidentés savent que du fait de leur accident, les malades, même sans mauvaise volonté de leur part, voient souvent apparaître et pour un temps assez long, une sorte de déformation de leur raisonnement et comme une indifférence pour un résultat qui devrait pourtant les intéresser beaucoup plus que la pension éventuelle. Cet état d'esprit qui se manifeste au maximum lors de la reprise de la marche existe déjà dans l'appareil.

Et d'autre part, dans les services hospitaliers un peu importants, la surveillance des appareils est souvent un peu négligée. C'est un tort évident mais cela se voit lors des affluences de cas d'urgence nécessitant des soins immédiats et nombreux.

Que de cas qui dans notre statistique seraient guéris avec un minimum d'incapacité s'ils avaient été mis dans un appareil plâtré où seule l'ascension quelquefois impressionnante mais minime du fragment inférieur, serait venue troubler le résultat initial de la réduction vérifiée sous écran.

Ce n'est pas une condamnation des appareils à extension continue que nous écrivons ici. Au contraire, nous les croyons capables de donner les meilleurs résultats et ce sont d'ailleurs ceux que nous employons le plus souvent. Mais il faut savoir qu'ils nécessitent une surveillance rigoureuse de la part du blessé et du médecin, que cette surveillance n'est pas toujours possible aussi bien à l'hôpital qu'en clientèle privée, et que dans ces cas un appareil plâtré bien appliqué est encore la solution qui donne le plus de sécurité.

II. **Analyse des observations.** — Nous avons réuni soit dans les rapports d'expertise que M. le professeur Imbert a bien voulu nous confier, soit dans notre pratique hospitalière ou notre clientèle, 49 cas de fractures diaphysaires de cuisse suivis à longue

échéance. C'est sur l'étude de ces 49 cas que ce travail est basé (1).

Nous démembrons ces observations en deux catégories suivant qu'elles ont été l'objet d'un traitement sanglant ou non sanglant. Parmi nos 49 fractures 11 ont été traitées par l'ostéosynthèse et 38 par les méthodes non sanglantes et dans près de 80 p. 100 de cas, par l'extension continue.

Avant d'examiner les résultats des différents traitements employés nous croyons utile de relever quelques notions générales que l'étude minutieuse et patiente de ces observations a mises en évidence.

Toutes nos observations sauf deux, concernent des hommes. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de sujets dans la force de l'âge entre vingt et quarante ans.

Le traumatisme invoqué est toujours considérable. Il s'agit soit de chute à fond de cale ou d'un lieu élevé, soit de choc par bielle de locomotive, soit de l'écrasement par roue de voiture, bloc de pierre ou fait considérable.

Trois observations nous paraissent intéressantes à relever au point de vue étiologique. Dans toutes les trois, il s'agit d'un sujet relativement assez âgé (quarante-neuf et cinquante-trois). Ces malades occupés à travailler devant une courroie à transmission sont pris dans un brusque courant d'air qui soulève leur tablier. Celui-ci est alors happé par la courroie et entraîne à son tour l'ouvrier. Dans les trois cas, on a noté une fracture de la cuisse gauche au tiers moyen compliqué dans deux cas d'une fracture de la tête du péroné et d'une paralysie du sciatique poplité externe. Dans les trois cas, l'incapacité définitive a été de 40 p. 100. Dans l'un des deux cas compliqué de paralysie, une revision au bout de deux ans a porté le taux à 50 p. 100.

Il s'agit donc d'une forme grave et qui se chiffre par une incapacité dont le pourcentage est très supérieur au taux habituel. Quant au mécanisme de la double fracture fémorale et péronière nous avouons n'en point trouver l'explication.

Dans 50 p. 100 des cas relevés par nous, la fracture de cuisse s'accompagne de lésions souvent multiples des autres parties du corps. Les plus fréquentes sont les fractures de l'avant-bras et de l'extrémité inférieure du radius généralement du même côté que la fracture fémorale. Dans un cas, une contusion du crâne peu importante s'ajoute au tableau.

La fracture du bassin n'est notée qu'une fois. Dans un cas enfin, la fracture s'est accompagnée d'une section de la fémorale. Notons que dans ce cas particulièrement grave, puisqu'on notait, en outre, une fracture du bras droit et une perte de l'auriculaire gauche et malgré un raccourcissement de centimètre, le taux d'incapacité n'est que de 45 p. 100.

Dans un des deux cas survenus chez la femme, il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui accuse, après son accident, des troubles dans la menstruation dont l'expert tient compte dans son taux d'incapacité en l'augmentant de 5 p. 100. Une revision quatre ans après ramène le taux global de 40 à 30 p. 100.

(1) La relation complète de ces observations se trouve à la fin de notre rapport,

Notons un cas assez exceptionnel de fracture ouverte simultanée des deux cuisses qui a entraîné un pourcentage de 80 p. 100.

Ces notions cliniques et étiologiques exposées, passons maintenant à l'étude des résultats thérapeutiques. Et tout d'abord sur quoi base-t-on l'étude de ces résultats?

Les éléments d'appréciation sont, à notre avis, les suivants :

Raccourcissement,
Déformation,
Marche
Atrophie musculaire,
Etat des articulations sus et sous-jacentes,
Lésions associées,
Age du sujet.

Nous pouvons les classer sous les chefs suivants :

1° Eléments directement en rapport avec l'état anatomique au niveau de la blessure :

Déformation,
Raccourcissement.

2° Eléments résultant du retentissement de la fracture sur le membre :

Atrophie musculaire,
Etat des circulations.

3° Eléments complexes sous la dépendance des deux précédentes catégories :

Marche.

4° Eléments indépendants de la fracture :

Lésions associées,
Age du sujet.

La déformation est toujours perceptible ou presque par une crosse à sommet externe dont nous avons étudié plus haut le mécanisme. Cette crosse est d'autant plus marquée que le déplacement des fragments l'un par rapport à l'autre est plus considérable. En outre, c'est à son niveau que siègent ces douleurs tenaces qui sont un si fréquent sujet de récrimination chez les accidentés. Mais en elle-même la déformation n'a dans l'évaluation de l'incapacité qu'une importance secondaire. Nous avons eu l'occasion de soigner une jeune fille qui, par l'infléchissement de son cal au moment de la marche était néanmoins correcte et presque sans boiterie.

Le raccourcissement peut être de cause multiple et sa gravité sera différente suivant l'étiologie.

Un raccourcissement même important résultant d'un simple chevauchement antéro-postérieur avec conservation de l'axe du membre ne grève jamais lourdement le taux d'incapacité. En effet, la bascule du bassin du côté raccourci suffit le plus souvent à corriger le raccourcissement même lorsque celui-ci atteint 4 à 5 centimètres et cela surtout chez les sujets jeunes.

Plus grave est la diminution de longueur du membre, due à la conservation plus ou moins inté-

grale du déplacement primitif. Mais encore dans ce cas le résultat est le plus souvent acceptable si le décalage par rotation externe a été corrigé. Dans le cas contraire, surtout lorsque le raccourcissement est au-dessus de 4 centimètres, les taux d'incapacité sont importants. Nous notons, dans nos observations une moyenne de 45 p. 100.

Il faut, en outre, tenir compte dans quelques cas exceptionnels d'un raccourcissement apparent, dépassant considérablement le racourcissement réel. Dans un de nos cas, la mensuration montrait une diminution de longueur de 3 centimètres, lorsque le blessé était mis en position normale, les deux épines iliaques au même niveau. Tandis qu'en négligeant cette précaution et en abandonnant le malade à son instinct le raccourcissement était de 7 centimètres. Après deux ans, le blessé marchait encore avec des béquilles et en appuyant sur le sol la pointe du pied. Son taux d'incapacité était de 70 p. 100, abaissé à 50 p. 100 après trois ans. Le blessé présentait une contracture de tous les muscles du membre inférieur et c'est dans cette contracture que l'on doit trouver la cause de ces mensurations paradoxales.

Nous verrons plus loin l'influence du raccourcissement sur le taux d'invalidité.

Notons dès l'instant que cette influence est relativement peu importante. Signalons, en particulier, un cas où le raccourcissement nul s'accompagnait néanmoins de 30 p. 100 d'invalidité.

L'atrophie musculaire est toujours importante, mais toujours difficile à apprécier au niveau de la cuisse tout au moins. En effet, le cal, d'une part, d'œdème presque constant, d'autre part, rendent les mensurations sans grande valeur. Il est de règle d'observer sur la cuisse malade un diamètre supérieur à celui que présente la cuisse saine au même endroit. La palpation est le plus sûr moyen d'appréciation. L'impossibilité, le membre étant en extension, de soulever le talon du plan du lit rend compte d'une façon précise de l'atrophie du quadriceps crural.

Dans toutes nos observations la déficience musculaire était évidente bien que dans aucune elle ne fut précisément mensurable.

Mais l'atrophie ne se limite pas à la cuisse, elle s'étend, dans la majorité des cas, à la jambe. Ici, la mensuration est plus simple bien que l'œdème et les troubles trophiques existent aussi à ce niveau.

Ces lésions, surtout à la cuisse, persistent très longtemps après la consolidation juridique de la fracture. Elles entrent pour une bonne part dans ces claudications persistantes qui tiennent plus à l'insécurité psychique que le malade ressent sur le membre atteint qu'au raccourcissement.

L'état des articulations joue un rôle extrêmement important dans l'évaluation de l'incapacité. Les trois articulations du membre inférieur peuvent être touchées, mais les troubles portent surtout sur le genou. A la hanche, la flexion et l'abduction sont quelquefois limitées, mais la raideur grave ou l'ankylose sont exceptionnelles. Quant au cou-de-pied, son enraidissement existe assez rarement.

Au niveau du genou, on observe des lésions assez contradictoires. Le plus souvent, il s'agit de raideurs prononcées empêchant la flexion d'atteindre ou de dépasser l'angle droit.

Plus rarement, on se trouve en présence de laxités articulaires avec mouvements de latéralité et phénomène du Tiroir. Dans un cas, le genou était complètement disloqué, aboutissant à la marche à de véritables dérobements de la jambe. Dans un cas un peu paradoxal, le genou était complètement enraidi à partir d'une flexion de 90 degrés, mais présentait néanmoins un signe du tiroir très net et des mouvements de latéralité. Ces phénomènes trouvaient leur explication dans l'histoire du malade qui avait subi après cinquante jours d'extension continue, une nouvelle période de soixante-dix jours nécessitée par une fracture itérative survenue au moment de la marche. Disons dès à présent que ce fait, en l'exagérant à l'absurde, permet de toucher du doigt, de façon évidente, les inconvénients de ce mode de traitement, inconvénients sur lesquels nous reviendrons plus loin.

L'hydarthrose, complication classique, nous paraît être assez rare et, en somme, à notre avis, une fracture de cuisse risque bien plus l'enraidissement ou la dislocation que l'épanchement.

L'ensemble des manifestations post-fracturaires que nous venons de passer en revue se traduit grossièrement par les troubles de la marche et de la station debout. Nous ne voulons pas dire que ceux-ci soient sans importance, nous pensons simplement qu'ils ne sont qu'une traduction déformée des lésions locales.

Il n'est pas rare de noter qu'une correction anatomique parfaite s'accompagne d'une marche hésitante et d'une boiterie prononcée alors que le raccourcissement est pratiquement insignifiant. Nous verrons plus loin l'influence du raccourcissement sur le taux d'incapacité et nous constaterons que celui-ci varie très peu pour des différences de plusieurs centimètres. Pourtant la diminution de longueur du membre est un élément important d'appréciation et le seul qui ne passe pour ainsi dire pas inaperçu. Comme nous l'avons déjà dit dans nos généralités il y a pourtant lieu de tenir grand compte de la fixation du pied en rotation externe par non réduction du décalage produit sur le fragment inférieur. Voilà, à notre avis, le gros facteur d'entrave de la marche. Dans tous nos cas, où cette déformation a été notée, la marche est difficile et le pourcentage élevé.

Il y a lieu de tenir grand compte de cette notion, car une réduction correcte doit toujours éviter le décalage. Le raccourcissement, par contre, est inévitable et l'on peut dire aussi bien d'après l'etude de nos observations que d'après la lecture des classiques, que l'on doit toujours tabler sur une diminution de longueur moyenne variant entre 3 centimètres et demi et 4 centimètres.

Les raideurs et enraidissements des articulations de même que la laxité jouent dans la marche un rôle évident sur lequel il nous paraît inutile d'insister.

Il ne faut pas oublier que le psychisme du sujet a une influence considérable dans la lenteur de reprise de la vie normale. C'est une banalité de le rappeler lorsqu'il s'agit d'accidentés du travail. Nous ne vou-

lons pas parler ici des simulateurs, mais simplement de cette sinistrose à allures multiples, mais principalement revendicatrice qui anime inconsciemment les assurés.

Enfin, il est un dernier élément dont le rôle est considérable, c'est l'âge du sujet.

Alors que chez les jeunes, des dégâts souvent considérableo donnent des pourcentages pratiquement peu élevés, l'accident marque souvent chez l'homme âgé, le début de la sénilité. Nous n'insisterons pas sur ces notions banales.

Ces notions générales étant exposées d'après l'étude de nos observations, il nous reste à en tirer les déductions thérapeutiques qu'elles comportent.

I. Observations de fractures traitées par l'ostéosynthèse. — Nous avons étudié 16 de ces fractures. Nous ne tenons un compte réel que de onze de ces observations qui comprennent seules le taux d'incapacité et la durée de la consolidation.

Disons que la plupart d'entre elles se rapportent à des fractures graves. Dans plusieurs cas, il s'agit de fractures obliques empiétant sur le tiers supérieur ou le tiers inférieur de la cuisse et donnant des formes se rapprochant des fractures sous trochantériennes ou condyliennes. Dans un cas, le condyle externe était détaché et dut être enlevé. Dans quelques cas, le traitement par les moyens ordinaires avait échoué.

C'est dire que tous ces cas étaient de ceux sur lesquels la plupart des chirurgiens seraient intervenus.

Si nous examinons les résultats, nous sommes frappés par la présence de complications graves presque toutes d'origine ostéomyélitiques. Dans une observation, ces complications entraînent un état septicémique qui amène la mort trois mois après l'intervention. Souvent l'on assiste à la formation de fistules rebelles, quelquefois à l'ablation du matériel de synthèse et nécessitant dans des proportions importantes, des interventions itératives sur le foyer de fracture pour grattage ou trépanation,

Il s'ensuit que la durée de consolidation juridique est en moyenne très élevée. Dans nos 11 cas, cette moyenne est de treize à quatorze mois.

Que sont les résultats définitifs? Au point de vue anatomique, nous notons dans 5 cas un raccourcissement inférieur à 1 centimètre et demi, c'est-à-dire un résultat anatomique parfait.

Le résultat fonctionnel ne correspond pas à cette perfection anatomique. Dans 2 cas, le genou est fortement enraidi ; dans un cas, il est complètement ankylosé en extension. Dans les deux autres observations, il s'agit, au contraire, de laxité articulaire aboutissant dans l'une d'elles à de véritables dérobements du genou. Pour ce dernier blessé, on note en révision après trois ans, une amélioration importante. Notons d'ailleurs que cette laxité, comme nous l'avons signalé dans notre analyse générale, s'accompagnait d'un enraidissement de l'articulation qui ne dépassait pas l'angle droit. Dans 2 cas, la hanche elle-même était enraidie.

Ajoutons que dans tous les cas, il y a amyotrophie de la cuisse et de la jambe avec souvent œdème le plus souvent modéré à ce niveau. Quoi qu'il en soit dans ces 5 cas où le raccourcissement est pratiquement nul, le taux d'incapacité moyen est de 40 p. 100 si l'on ne tient pas compte de la révision de l'un des cas et de 36 p. 100 si l'on retient celle-ci.

Nous verrons que ce taux est très supérieur à celui des fractures traitées par les méthodes non sanglantes quelle qu'en soit la gravité et l'importance des lésions associées.

Dans les six autres observations, les résultats sont encore inférieurs. Le raccourcissement atteint : 8 centimètres, 12 centimètres dans les deux cas. L'enraidissement du genou est presque constant; il s'accompagne de troubles trophiques du membre inférieur. En outre, on note dans quatre observations, des troubles infectieux locaux aboutissant à des fistules.

Ajoutons que nous ne tenons pas compte dans ces six observations du cas de mort signalé plus haut, ni d'un cas que nous rapportons à la fin de notre tableau et dont nous avons l'observation complète mais qui n'est pas encore évalué. Nous l'estimons avoir une incapacité permanente de 70 p. 100 environ.

La moyenne du taux d'incapacité permanente pour tous nos cas est de 48,6 p. 100 avec, rappelons-le, une moyenne de durée pour la consolidation juridique de treize à quatorze mois.

Nous verrons que ces résultats sont bien inférieurs à ceux donnés par les méthodes non sanglantes.

Avant de clore cette partie de notre analyse, nous répondons par avance à deux objections que l'on ne va pas manquer de nous opposer.

On nous dira sans nul doute que le chiffre de nos observations d'ostéosynthèse est bien faible pour asseoir un jugement. Nous rappellerons seulement que nous n'avons tenu compte que des observations complètes par un taux d'incapacité, mais notre expérience s'étend sur un nombre bien plus élevé et atteignant largement le double des cas. D'ailleurs, ces cas sur lesquels nous nous basons, ne sont pas tellement mauvais, nous le répétons, au point de vue résultat anatomique, puisque dans cinq sur onze, le raccourcissement est nul.

On nous objectera encore que nous ignorons les circonstances où l'ostéosynthèse a été pratiquée. Nous répondons que dans toutes les observations que nous publions, nous connaissons le chirurgien qui a opéré. Tous sont des opérateurs ayant une grande pratique chirurgicale, quelques-uns même, sont presque des spécialistes de l'ostéosynthèse et ont une grande habitude de cette chirurgie.

Nous ne trouvons donc pas exagéré de conclure que, comme notre étude générale nous le laissait prévoir, la chirurgie sanglante des fractures diaphysaires de cuisse, doit être réservée à des cas exceptionnels résistant aux moyens ordinaires. Il n'est pas inutile d'ajouter qu'il faut savoir que même réservée à ces cas, l'ostéosynthèse donne souvent des résultats fonctionnels médiocres avec une restitution anatomique presque parfaite.

II. Observations de fractures traitées par les méthodes non sanglantes. — Nous possédons trente-huit de ces observations.

Dans la grande majorité des cas, le traitement employé a été l'extension continue le plus souvent par le simple Tillaux dont nous sommes loin d'approuver l'emploi. Dans quelques cas on a utilisé les appareils à suspension. Exceptionnellement l'appareil de marche de Delbet ou la broche de Steinmann. Plus souvent le Hennequin simple ou le Hennequin plâtré ont été employés.

Nous ouvrirons une parenthèse pour nous étonner que l'on n'emploie pas plus fréquemment, après l'excellence des résultats publiés par les auteurs étrangers, l'extension à la broche de Steinmann. L'appareil plâtré a été utilisé et notons-le également, du moins à notre avis, d'une façon très insuffisante mais toujours avec de bons résultats.

Quels sont les résultats de ces diverses méthodes? Ici aucun résultat anatomique parfait. Le raccourcissement atteint presque toujours au moins 3 centimètres. Il est d'ailleurs de règle de prévenir le malade qu'il s'agit là d'un raccourcissement presque irréductible. Pourtant le taux global d'incapacité est de 36,8 p. 100 avec une durée de consolidation juridique de sept mois. Le taux d'incapacité est d'ailleurs aggravé dans 50 p. 100 des cas par des lésions associées extrafracturaires. De sorte que chez les malades qui n'ont qu'une simple fracture de cuisse, le taux d'incapacité tombe à 30,33 p. 100. Le *taux minimum observé est de 12 p. 100*, pour un *taux maximum de 70 p. 100* lequel est d'ailleurs unique.

Nous avons recherché l'influence du raccourcissement et de l'âge du sujet sur l'évaluation de l'impotence.

Nous réunissons les moyennes obtenues dans les deux tableaux suivants :

1° *Influence du raccourcissement.*
(Cas non compliqués).

Raccourcissement de 3 cm. et au-dessous..	8 cas	21 %
Raccourcissement au-dessous de 6 cm.....	9 cas	33,3 %
Raccourcissement supérieur à 6 cm........	1 cas	70 %

2° *Influence de l'âge.*

Au-dessous de trente ans................	19 cas	28,9 %
De trente à cinquante ans...............	12 cas	40 %
Au-dessus de cinquante ans..............	7 cas	46,4 %

Dans l'ensemble les résultats sont donc très supérieurs à ceux donnés par les méthodes sanglantes. Comme il était facile de le prévoir ceux-ci sont d'autant meilleurs que le raccourcissement est plus faible et l'âge moins avancé.

Et pourtant nous n'avons pas ici les mêmes garanties que pour nos ostéosynthèses. Nombre des appareils ont été appliqués par des médecins non spécialisés, dans les salles d'hôpitaux, un grand nombre n'ont pas été surveillés. Notre statistique s'en trouve lourdement grevée. Dans l'ensemble les résultats sont loin d'être bons. Mais ils sont pourtant supérieurs à ceux donnés par le traitement sanglant. Nous croyons que bien surveillé, le traitement orthopédique ordinaire doit donner d'excellents résultats. Lorsque cette surveillance est difficile ou impossible, l'appareil plâtré doit suffire à la réduction et au maintien de l'immense majorité des fractures diaphysaires de cuisse.

Conclusions. — 1° Dans la réduction des fractures diaphysaires de cuisse, on doit viser à rétablir l'intégrité de l'axe du membre, mais aussi à empêcher le décalage par rotation externe du fragment inférieur.

2° Les éléments d'évaluation de l'incapacité peuvent se ranger sous les chefs suivants :

A. Eléments directement en rapport avec l'état anatomique :

Déformation;
Raccourcissement.

B. Eléments résultant du retentissement de la fracture sur le membre :

Atrophie musculaire;
Articulations { genou. hanche. cou-de-pied.

C. Elément complexe dépendant des deux précédents :

La marche.

D. Eléments indépendants de la fracture :

Lésions associées;
Age du sujet.

Le raccourcissement ne peut être inférieur à 3 centimètres qu'avec l'ostéosynthèse, mais il est un élément parfaitement corrigible et secondaire par rapport à l'atrophie musculaire et à l'état des articulations et surtout de celle du genou.

L'atrophie musculaire et constante est toujours importante bien que difficilement mesurable.

Les lésions du genou sont fréquentes. Elles vont de l'ankylose et plus souvent de l'enraidissement à la laxité articulaire avec quelquefois association paradoxale des deux ordres de lésions.

La marche est un élément complexe dans lequel intervient l'état anatomique et fonctionnel du membre mais aussi l'état psychique du sujet.

3° L'ostéosynthèse avec des résultats anatomiques parfaits donne un état fonctionnel souvent déficient.

On ne doit pas négliger qu'elle se grève de désastres, le plus souvent dus à des ostéomyélites fracturaires persistant quelquefois après l'ablation du matériel de synthèse.

Elle donne :

A. Taux moyen d'incapacité : 48,6 p. 100, avec un taux de 36 à 40 p. 100 dans les cas avec raccourcissement nul.

B. Durée de la consolidation juridique : treize à quatorze mois.

4° Les méthodes non sanglantes (extension ou appareil plâtré) souvent appliquées de façon défectueuse, donnent dans l'ensemble de bien meilleurs résultats :

1° Taux moyen d'incapacité : 36,8 p. 100.

Ce taux s'abaisse à 30,3 p. 100 dans les cas non compliqués.

2° Durée moyenne de la consolidation juridique : sept mois.

D'ailleurs, lorsque le traitement est surveillé, et ici il faut rappeler l'utilité de l'appareil plâtré, il donne des résultats infiniment supérieurs.

5° Il n'est donc pas exagéré de conclure que l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires de cuisse ne doit s'adresser qu'aux cas où les méthodes ordinaires échouent.

Irréductibilité.

Interposition musculaire ou fibreuse.

Fracture complexe à déplacements multiples.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1928)

Adaptation expérimentale de spirochètes récurrents à des ornithodores autres que ceux qui les transmettent dans la nature. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et Jacques COLAS-BELCOUR.

La moelle épinière, le bulbe, la protubérance et le parasite de la rage. — MM. V. MANOUÉLIAN et J. VIALA.

La fièvre exanthématique de Marseille est absolument distincte du typhus exanthématique. — MM. Et. BURNET, P. DURAND et D. OLMER, constatant que la fièvre exanthématique de Marseille ne confère pas l'immunité contre le typhus et que d'autre part l'immunité acquise contre le typhus n'empêche pas l'évolution de la fièvre de Marseille, concluent que ces deux maladies sont absolument distinctes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1928)

Mission japonaise. — M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. le professeur Harno Hayashi, professeur de pharmacologie et doyen de la Faculté de médecine de Tokio, à MM. Kunio Sato (de Tokio), Junichi Sato (de Chiba), Kiyoji Kubo (de Keijo); il les invite à prendre place parmi les membres de l'Académie.

M. le professeur Hayashi remercie au nom de ses collègues.

La situation démographique actuelle de Paris. — M. PINARD étudie ce qu'est et ce que devrait être le mariage, et donne des précisions sur la statistique des naissances, notamment en ce qui concerne les enfants nés prématurément, sur le sort de ceux qui sont dès le début séparés de leur mère et les enfants abandonnés ou assistés. En outre, il donne des renseignements statistiques sur la mortalité en général, la mortinatalité, le rôle des fléaux sociaux dans la mortalité infantile.

Sur la valeur de la prémunition dans la tuberculose et son insuffisance dans la prophylaxie de cette maladie. — M. LIGNIÈRES. « La vaccination des veaux par le B. C. G. agit de la même manière que celles qui ont été très largement expérimentées antérieurement avec des bacilles de Koch atténués, notamment le vaccin Behring et les bacilles du type humain. Le B. C. G. a sur ces derniers le grand avantage d'avoir été mieux fixé dans son atténuation par MM. Calmette et Guérin.

La caractéristique de ces vaccinations est qu'elles donnent une résistance très marquée aux bovins qui l'ont reçue comparativement aux témoins non vaccinés. Malheureusement, cette résistance n'est que relative, pour la juger, il faut attendre au moins une année; elle n'est pas de très longue durée, elle va en s'affaiblissant assez rapidement jusqu'à permettre l'infection tuberculeuse naturelle ou expérimentale des vaccinés après un délai variable en rapport avec leur sensibilité et avec le degré d'infection auquel ils sont soumis. Six mois après l'infection, on peut déjà rencontrer des lésions tuberculeuses sur les animaux prémunisés; dans d'autres cas, les sujets vaccinés résistent plus longtemps; *mais toujours ils finissent par devenir tuberculeux si l'épreuve a quelque rigueur*, Les revaccinations peuvent retarder un peu l'infection tuberculeuse mais elles ne l'empêchent pas.

Puisque jusqu'ici tous les expérimentateurs sont d'accord pour reconnaître que le B. C. G. est inoffensif pour les veaux, il est indiqué de l'employer dans les étables envahies par la tuberculose pour retarder l'évolution de cette maladie chez les prémunisés; mais d'aucune manière et pour les raisons indiquées plus haut, le B. C. G. ne peut remplacer les mesures sanitaires seules susceptibles par l'éloignement des malades, d'assurer l'assainissement complet des étables. Ce sont les résultats expérimentaux obtenus sur les animaux et plus particulièrement sur les bovidés qui ont permis à M. Calmette et à ses collaborateurs d'appliquer le B. C. G. dans la prophylaxie de la tuberculose humaine Cependant, les conditions sont différentes chez l'homme pour des raisons multiples, mais surtout à cause de sa sensibilité plus grande au B. C. G. et du mode d'emploi de ce vaccin qui se prend par le tube digestif chez les nouveau-nés tandis qu'il est inoculé sous la peau des veaux. Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que le vaccin Calmette et Guérin ne peut donner qu'une résistance seulement relative et momentanée qui s'affaiblit et disparaît assez vite. Lorsqu'on en fait usage chez les enfants nés de parents bacillaires et vivant dans un milieu contaminé, il est de toute nécessité de ne pas négliger les mesures d'hygiène. Celles-ci sont toujours la base essentielle de la lutte contre la tuberculose, le B. C. G. est impuissant à les remplacer.

En accordant au B. C. G. des qualités prémunisantes exagérées qu'il n'a pas, on donne aux intéressés une fausse et dangereuse sécurité.

Le problème de la vaccination des nouveau-nés élevés dans un milieu bacillifère reste à l'étude, ainsi que l'a très bien indiqué le Comité d'hygiène de la Société des Nations. La vaccination des enfants sains non exposés à la contagion de la tuberculose ne se justifie d'aucune manière, pas plus que la vaccination en masse de tous les enfants. »

M. Lignières, en terminant, conteste la valeur des statistiques de M. Calmette.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. BROUARDEL dépose son rapport sur les vœux présentés par M. Truc au sujet de la prophylaxie tuberculeuse des conscrits de faible constitution aux conseils de revision.

Modifications à la loi du 17 avril 1832. — L'Académie adopte les conclusions présentées par M. Jeanselme au nom de la Commission de la lèpre :

« Considérant que, d'après la loi du 17 avril 1833, tout militaire ne peut faire valoir ses droits à l'obtention d'une pension pour invalidité que dans un délai dont la durée ne peut excéder cinq ans, l'Académie émet le vœu qu'à l'article 6 de la loi susvisée, après ces mots : « passé ce délai, les demandes ne seront pas admises », il soit ajouté : « Ce délai de cinq ans ne pourra être opposé aux personnes chez lesquelles la lèpre se manifesterait plus de cinq ans après la cessation de l'activité de service »; que la même dérogation, en ce qui concerne la lèpre, soit introduite dans les décrets du 10 août 1886 (art. 1er) et du 15 mai 1889 (art. 3), en sorte que les demandes en majoration de pension pour invalidité puissent être recevables lorsque l'aggravation de la maladie a lieu plus de cinq ans après la cessation de l'activité; que les mêmes dispositions s'appliquent aux fonctionnaires civils en Algérie, dans les pays de protectorat ou dans les pays étrangers où sévit la lèpre. »

La guerre chimique. — L'Académie vote les conclusions du rapport de M. Delépine :

« Tout en déclarant que la guerre chimique doit être

prohibée, l'Académie émet le vœu que dans la prévision où cette prohibition viendrait, comme jadis, à être violée, des comités composés des représentants des autorités civiles et militaires, des Croix-Rouges et des groupements sociaux soient chargés, dès le temps de paix, conformément aux résolutions adoptées par le Comité international de la Croix-Rouge, de rechercher les moyens de protéger la population civile contre les gaz de combat, d'organiser un certain nombre de mesures protectrices qu'il serait difficile d'improviser dans le cas d'une attaque brusquée, de mettre le public au courant des dangers que présente la guerre chimique et de lui indiquer par quelles mesures, individuelles, familiales ou collectives, il pourra s'en préserver. »

Election d'un vice-président, du secrétaire annuel et de deux membres du Conseil pour l'année 1929:

M. Ménétrier est élu, à l'unanimité, vice-président pour l'année 1929.

M. Jules Renault est réélu secrétaire annuel.

MM. Babinski et Delezenne sont élus membres du Conseil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1928)

Les rayons X contre les névralgies et les zonas. — Pour M. FOVEAU DE COURMELLES, l'élément douleur de ces manifestations souvent accompagnées de névrite est très tenace, très difficile à faire céder, quel que soit l'agent thérapeutique employé. En physiothérapie comme en pharmacopée, c'est souvent par tâtonnements, par actions superposées que l'on arrive au résultat cherché. Cependant, il apparaît que les rayons X soient plus actifs, et en des cas vainement traités jusque-là, en 80 p. 100 en général, la douleur cède. La durée du traitement varie avec l'ancienneté du mal, la radiosensibilité ou radio-anaphylaxie du sujet, les doses employées qui peuvent varier énormément, allant de rayons très mous à des rayons très durs. C'est là l'écueil et la difficulté de cette radiothérapie.

Kyste pédiculé du prépuce. — M. P. GALLOIS rapporte l'histoire d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui présentait un kyste sébacé du volume d'une noisette dans la partie postérieure du limbe du prépuce. Cette partie distendue formait une sorte de pendentif à l'extrémité de la verge. Deux fils d'attente sont passés à travers le pédicule que l'on sectionne au-dessous avec des ciseaux; puis on noue les fils. Les suites sont des plus simples, mais secondairement la cicatrice se rétracte avec formation de phymosis. En fendant la tumeur, on constata qu'il s'agissait bien d'un kyste sébacé. Le prépuce est une localisation rare pour ce genre de tumeurs.

Le traitement des adhérences abdominales. — MM. A. BÉCART et H. GAEHLINGER montrent que les adhérences abdominales sont la plupart du temps infectées; qu'elles cultivent en bouillon en donnant de nombreuses colonies microbiennes et que, au contraire, elles ne cultivent pas dans un filtrat mixte.

Ils préconisent :

1° Au point de vue médical, la désinfection de l'intestin par la vaccination par voie buccale, de façon à empêcher les réinoculations continuelles des tissus de périviscérite par les microbes de la muqueuse atteinte de colite. Cette médication sera associée avec bénéfice à la diathermie et aux rayons infrarouges.

2° Au point de vue chirurgical, la préservation du champ opératoire et le tamponnement des tranches de section avec des compresses imbibées de filtrat mixte. Cette pratique employée depuis huit mois leur a donné toute satisfaction.

L'hémospermie. — M. Charles DAVID étudie l'étiologie de l'éjaculation sanglante. Il rappelle qu'elle doit immédiatement attirer l'attention vers la prostate et les vésicules séminales. Chez le vieillard, elle est due le plus souvent à une hypertrophie ou à un néoplasme de la prostate. Chez l'homme jeune, elle est due à une prostatite ou plus souvent à une vésiculite qui peut être d'origine tuberculeuse, gonococcique, ou due à une infection banale. L'auteur insiste sur la fréquence des anciennes vésiculites gonococciques qui passent souvent inaperçues. Le traitement de l'hémospermie dans ces derniers cas consiste dans le massage de la prostate et des vésicules séminales qui guérit ce symptôme avec une grande rapidité sans préjudice du traitement étiologique.

Ulcère de la petite courbure de l'estomac coïncidant avec l'ulcus duodénal. — M. Victor PAUCHET rapporte le cas suivant : un malade gastro-entérostomisé pour ulcus duodénal souffre de nouveau ; le chirurgien l'ouvre et trouve un ulcus gastrique développé depuis la première opération. L'ulcus s'est-il formé depuis, après l'ulcère duodénal? ou bien a-t-il été méconnu? Les deux sont possibles. Ce fait indique la faillite définitive de la gastro-entérostomie pour l'ulcus gastrique, que quelques chirurgiens font encore. Non seulement la gastro-entérostomie ne guérit pas l'ulcus gastrique, mais elle n'empêche pas son apparition alors qu'elle a été faite. Donc, ne jamais faire de gastro-entérostomie pour ulcus gastrique, mais toujours la gastrectomie large.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DOCTRINE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE AU SUJET DE L'HOSPITALISATION DES ASSURÉS SOCIAUX

par M. P. HARTENBERG.
Président du S. M. S.

Notre dernière assemblée générale du 25 novembre 1928 a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant, proposé par M. Baratoux, au nom de la Commission spéciale et adopté par le Conseil d'administration :

« Le S. M. S. proclame que tout assuré ne pouvant être soigné à domicile et devant être transporté dans un établissement, doit pouvoir continuer à être traité, selon le texte de la loi par le médecin de son choix, médecin qui a sa confiance et qui doit pouvoir le suivre partout où il aura besoin de ses soins ».

Afin d'éviter toute erreur d'interprétation et pour qu'il ne se crée pas de légende, je crois nécessaire de reproduire ici les commentaires dont j'ai accompagné ce texte à l'assemblée générale (1).

Le S. M. S., en affirmant cette doctrine, ne prétend nullement vouloir empêcher les assurés sociaux d'entrer à l'hôpital. En vertu du grand principe du libre choix qui domine toute la législation des assurances sociales, l'assuré a le droit absolu de se faire soigner où bon lui semble et par qui lui plaît. Il doit donc pouvoir aller à l'hôpital si l'hôpital lui convient.

Dans quelles conditions y sera-t-il recueilli? Ici, que personne ne se fasse d'illusions. Qu'on ne s'imagine pas que l'Assistance publique ait l'intention d'apporter la moindre modification de son régime traditionnel en faveur de cette catégorie nouvelle de malades payants. D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, l'Assistance publique compte purement et simplement placer dant ses établissements les assurés sociaux futurs sur le même pied que les indigents actuels.

Quant aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, ils ne toucheront pas davantage d'honoraires pour les soins donnés et

(1) Ces commentaires complètent les explications diverses fournies par M. L. BOYER, dans son article du *Bulletin du S. M. S.* d'octobre 1928.

les sommes versées par les Caisses pour les assurés tomberont dans le budget de l'Assistance publique.

***

Mais, si l'assuré a le droit, en vertu du libre choix, d'aller à l'hôpital, par contre, en vertu du même libre choix, il a aussi le droit de ne pas y aller. A côté de l'hôpital de l'Assistance publique devront exister des services ouverts à tous les praticiens où l'assuré pourra continuer à se faire soigner par son médecin habituel qui a sa confiance et sa sympathie.

Et cette possibilité paraît une condition indispensable, impérieusement exigée aussi bien par les intérêts du malade que par les intérêts du médecin.

Prenons un exemple concret :

Un assuré appelle son médecin habituel. Celui-ci diagnostique une fièvre typhoïde. C'est une maladie longue, grave, qui exige des sois constants. Or, la femme de cet ouvrier travaille elle-même au dehors; son garçon, âgé de seize ans, est apprenti; une fillette de dix ans va à l'école; impossible donc de soigner le malade à domicile. C'est ce que le médecin déclare à l'assuré.

Mais alors, demande celui-ci, où allez-vous me mettre?

— A l'hôpital.

— Quel hôpital?

— Celui de tout le monde.

— Il n'y a donc pas d'hôpitaux spéciaux pour les assurés?

— Non.

— Mais serai-je soigné au moins par vous?

— Non, mon ami, je n'ai pas le droit de donner des soins à l'hôpital.

— Par qui donc serai-je soigné?

— Je n'en sais rien; par le médecin du service dans lequel on vous placera.

— Comment! Je suis un assuré social, c'est-à-dire un malade qui paie pour être soigné. Chaque mois on me retient une certaine somme sur mon salaire pour les frais de médecin et du pharmacien, et je vais être jeté à l'hôpital des indigents, comme un vagabond ramassé dans la rue! Et je vais être soigné par un médecin que je ne connais pas. Mon député nous avait dit cependant qu'avec les assurances sociales nous allions être soignés comme des bourgeois, dans de bonnes cliniques, par notre médecin préféré. Alors, on s'est f... de nous!

Et du côté du médecin, autre chanson :

Voici un praticien qui, par sa science et son dévouement, a su conquérir la confiance de son client. Depuis des années, il soigne ses petits bobos qui lui ont rapporté quelques consultations. Or, le jour où ce client tombe sérieusement malade, où des honoraires plus copieux seront à toucher (car n'oublions pas que nous tous, médecins, tant que nous sommes, grands et petits, nous vivons de la lutte contre la maladie), cette source de revenus va lui être brusquement enlevée. Et si nous supposons que le cas d'un malade à hospitaliser peut se présenter plusieurs fois par semaine, chaque jour peut-être, dans une importante clientèle de quartier, on devine quel sera au bout de l'année le préjudice subi par le praticien.

Et quel triste sort sera le sien. Les petits malades, les affections ambulatoires, drainés par les cliniques spéciales qui vont pousser comme des champignons à l'instar des cliniques d'accidents du travail; les grands malades alités, accaparés par l'hôpital. Que lui restera-t-il? Le ventre creux et les yeux pour pleurer.

Tels sont les faits dont s'inspire notre doctrine sur la nécessité d'établissements de soins pour les assurés, ouverts à tous les médecins.

Et cette doctrine, aussi bien au point de vue de la loi qu'au point de vue des intérêts des malades et des médecins, nous paraît inattaquable.

CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. — XXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Montpellier, octobre 1929.) — Le XXe Congrès français de médecine se tiendra à Montpellier, sous la présidence de M. le professeur VEDEL, le mardi 15 octobre 1929 et jours suivants avec un programme qui sera publié prochainement.

Nous rappelons que le bureau de ce Congrès est ainsi composé : professeur Vedel, président; professeurs Vires et Leenhardt, vice-présidents; professeur Rimbaud, secrétaire général; professeur Carrieu, trésorier; professeur agrégé, Boulet, secrétaire général adjoint.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

1° *Étiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine.* — Rapporteurs : MM. Cantacuzène (Bucarest); P. Teissier et Coste (Paris); Sacquépée et Liégeois (Paris).

2° *L'hypotension artérielle.* — Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (Paris); Dumas (Lyon); G. Giraud (Montpellier).

3° *Le traitement des syndromes anémiques.* — Rapporteurs : MM. E. Hédon et Jeanbrau (Montpellier); Lambin (Louvain); J. Carles (Bordeaux).

L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Des séances spéciales du Congrès seront aussi réservées aux communications étrangères aux questions rapportées.

Le Comité du Congrès de Montpellier fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française ainsi qu'aux médecins et savants de toute nationalité pour adhérer au Congrès et venir y exposer leurs travaux, leurs recherches et leurs observations.

Les titres des communications devront être adressés le plus tôt possible au secrétaire général, et, si le bureau du Congrès le juge utile, la communication elle-même devra lui être remise avant l'exposé public.

La cotisation est fixée à 60 fr. pour les membres adhérents (docteurs en médecine, et toute personne s'intéressant à l'évolution des sciences médicales) et à 30 fr. pour les membres associés (membres non médecins des familles des adhérents, internes ou externes des hôpitaux, étudiants en médecine).

Les demandes d'inscription sont reçues dès ce jour et doivent être adressées à M. le professeur Carrieu, trésorier, 5 *bis*, rue de la Merci, Montpellier. Chèques Postaux Montpellier 100-14.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 4 janvier. — Jury : MM. Rouvière, président; Sebileau, Lardennois et Olivier. — M. TROLLÉ. Etude des dents de l'homme au point de vue anthropologique. — M. P. DE TANOUARN. Ostéite diffuse nécrosante aiguë des maxillaires.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Tanon, Panisset, Moussu, Henry et Robin. — M. LENIENT. Etude de la lymphadémie du nourrisson. — M. JOUVEAUX. Etude de l'appareil digestif chez le cheval.

Samedi 5 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Terrien, Dechambre, Moussu, Robin et Coquot. — M. VALLAUD. L'élevage dans la région de Saint-Benoît (Indre). — M. DEHEQ. Etude de la tension oculaire chez les carnivores.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LA MÉNOPAUSE ET SES TROUBLES

I. — Période pré-ménopausique.

L'âge moyen de la ménopause, dans nos climats, est de 45 à 50 ans.

Pendant un certain nombre de mois avant la cessation de la fonction, l'organisme féminin se prépare à la grande transformation qui caractérise l'âge critique. Il se produit alors comme une ébauche des troubles qui pourront être si marqués plus tard : c'est ainsi que le système nerveux devient plus irritable et que des congestions fugaces de la face annoncent les bouffées de chaleur qui apparaîtront par la suite.

Mais c'est surtout par les irrégularités menstruelles que se caractérise la période pré-ménopausique. Tantôt les règles cessent pendant plusieurs mois et réapparaissent sous forme de métrorragies; tantôt le flux apparaît plusieurs fois dans un mois, amenant un sang pâle et séreux. D'autres fois, le sang contient des caillots mous et noirâtre. Enfin, souvent après les règles, s'installe de la leucorrhée. En même temps, la femme se plaint de pesanteurs dans les cuisses et les lombes, signe de congestion utérine; on note encore du prurit périnéal ou vulvaire.

Tous ces malaises constituent une cause d'affaiblissement général, de dépression pénible qui s'accompagne le plus souvent de troubles dyspeptiques variés.

Dans ces cas, où la thérapeutique se montre rarement efficace, la *lachésine* donne des résultats remarquables en régularisant la fonction menstruelle jusqu'à sa cessation, c'est-à-dire en ménageant, entre l'activité ovarienne physiologique et la fin de la fonction, une transition aisée.

Les observations suivantes fixeront les idées et résumeront tout ce qui précède.

Mme D..., âgée de 48 ans, de bonne santé habituelle, est constamment souffrante depuis huit mois environ. Elle est agitée, se plaint de mauvaises digestions et de bouffées de chaleur qui surviennent sans raison presque tous les jours. Elle attribue avec raison tous ses malaises aux troubles très marqués de sa menstruation depuis cette époque. Ses règles ont manqué pendant trois mois de suite pour reparaître à peine pendant un mois et pour donner lieu à une véritable métrorragie six semaines plus tard. Deux comprimés quotidiens de *lachésine* ont apporté promptement la régularité dans sa menstruation et par suite l'équilibre dans sa santé générale.

Voici une autre observation que veut bien nous communiquer le docteur L... (de la Mayenne) :

J'ai traité cinq femmes par la *lachésine*. Ces malades n'avaient pas vu leurs règles revenir et éprouvaient les troubles habituels : vertiges, bouffées de chaleur, gêne continuelle. Toutes ont été très améliorées. Trois d'entre elles ont vu revenir leurs règles quelques jours après le traitement. Les deux autres, très contentes du produit, le réclament tellement elles ont été soulagées.

* * *

Dans de nombreux cas, dès cette période pré-ménopausique, le système nerveux est notablement troublé comme le montre l'observation suivante :

Mlle Ch..., âgée de 48 ans, n'a plus ses règles que tous les deux ou trois mois. Elle se plaint d'agitation et de malaises nerveux aussi variés que vagues (maux de tête, étourdissements, irritabilité, etc.). Elle se plaint encore d'insomnies survenant à peu près chaque nuit et toujours causées par des démangeaisons et des picotements dans les pieds et les mains. Ces insomnies durent au moins quatre heures. Pendant le jour surviennent des somnolences dès que la malade s'asseoit. A ces symptômes assez particuliers s'ajoutent jour et nuit quelques bouffées de chaleur suivies de sueurs. Tous ces troubles ont cessé en quelques jours de traitement par la *lachésine*.

Dr MENDEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Internat de Brévannes. — *Epreuve orale.* — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

MM. Boidot, 18; Allik, 10; Lebovits, 18; Reboul, 17; Cabrit, 14; Gluck, 16; Pescarolo, 18; Guyon, 16; Barneville, 13; Lombard, 12; Tellier, 15; Ungar, 16.

HÔPITAL ROTHSCHILD. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : M. Victor, 58; Mlles Berger 57; Hirchkowitz, 52.

Internes provisoires : MM. Glück, 51, Wechsler et Haïk, 50.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de MM. Lachapèle et Mathey-Cornat, anciens internes des hôpitaux.

HÔPITAL SADIKI A TUNIS. — L'hôpital Sadiki, de Tunis, offre : une place d'interne en médecine, une place d'interne en médecine dans son annexe l'hôpital des contagieux.

Avantages. — Traitements : 1re année, 7.500 fr.; 2e année, 8.000 fr.; 3e et 4e année, 9.000 fr. Logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Indemnité pour le service des contagieux, 5 fr. par jour. La traversée en 2e classe est remboursée après un an de fonctions. Après deux ans, la traversée de retour est payée dans les mêmes conditions.

Les internes sont nommés pour deux ans avec la possibilité d'obtenir deux prolongations d'un an. Les internes peuvent également obtenir leur mutation dans les services de chirurgie ou dans les spécialités, lorsque des vacances se produisent. Préférence est donnée aux anciens internes des hôpitaux de Tunisie pour l'attribution des postes de médecine de colonisation.

Conditions à remplir. — Les candidats doivent être de nationalité française ou tunisienne, avoir satisfait à la loi sur le recrutement et justifier de vingt inscriptions de doctorat ou avoir obtenu au concours le titre d'interne suppléant dans les hôpitaux d'une ville de faculté. Ils peuvent être docteurs en médecine.

Les demandes doivent être adressées à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis, en y joignant : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours s'ouvrira le lundi 17 juin 1929 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

AVIS DE VACANCE D'EMPLOI DE DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Bagnolet (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 6e bureau) 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 20 déc, 1928.)

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU PALUDISME. — Le IIe Congrès international du paludisme aura lieu à Alger (Algérie) les 19, 20 et 21 mai 1930. Ce Congrès coïncidera avec les

fêtes du centenaire de l'Algérie française et avec le cinquantenaire de la découverte de Laveran. Des excursions facultatives sont prévues pour les journées des 22, 23 et 24 mai. Les personnes désireuses d'y participer peuvent s'adresser dès maintenant au secrétariat général du Congrès, à l'Institut Pasteur, à Alger, qui enverra tous renseignements.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

4° Recherche du pH et de la réserve alcaline : Indications. Technique et résultats.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Etude du métabolisme basal. — Technique et résultats (1 leçon).

Transfusion du sang. — Technique et indications (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 14 janvier 1929 et seront terminés le 2 février 1929.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année, en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 16 heures.

NOTES DE PRATIQUE

GOUTTE CHRONIQUE

Indépendamment du régime et des soins d'hygiène, prendre matin et soir, un cachet de 0g25 de Théosalvose lithinée. Cesser 10 jours par mois, durant lesquels la Théosalvose sera remplacée par la résine de gaïac en cachets de 0g50 (3 fois par jour après les repas).

Quatre fois par an, cure laxative à domicile : une cuillerée à café de sulfate de soude à prendre à jeun, pendant trois semaines à un mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1927-1928 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 10. BADAROUX. — Trépanation cranienne à distance. Méthode générale de diagnostic et de traitement de toutes les complications.

3. BERGALLI. — Contribution à l'étude du trachome.

2. BLANCHIN. — Du fonctionnement de la Clinique obstétricale de la Faculté d'Alger durant l'année 1926. (Historique.)

9. CHANCOGNE. — L'amnésie fabulante posttraumatique.

5. COLIN. — Contribution à l'étude clinique des cirrhoses paludéennes.

7. EL KAMAL. — Protection de l'enfance musulmane en Algérie.

22. JUDE. — Contribution à l'étude de l'influence du milieu sur les variations morphologiques et biologiques des microbes, plus particulièrement streptocoque et pneumocoque.

6. LARRIBÈRE. — Traitement de l'éclampsie par le somnifène.

4. MALMÉJAC. — Mécanisme de l'action cardiaque du nerf vague. Etude expérimentale et critique de l'hypothèse de Lœvi.

8. MENUDIER. — Contribution à l'étude du traitement de l'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum.

1. SESINI. — Contribution à l'étude des grandes dystocies à la Maternité d'Alger de 1900 à 1926.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DAME, 30 ans, française, docteur en médecine, ancienne externe des hôpitaux de Paris, sachant l'anglais, cherche situation. Accepterait de préférence poste d'assistante dans clinique ou secrétariat auprès confrère ou dans clinique. Dirigerait maison de santé. — S'adresser au Journal.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1928 : Thèses soutenues à Montpellier (n° 71, p. 1248), à Strasbourg (n° 75, p. 1314), à Bordeaux (n° 81, p. 1411), à Nancy (n° 83, p. 1444); à Toulouse (n° 86, p. 1495); à Lyon, n° 96 p. 1701.

ADOVERNE "ROCHE"

Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée



GOUTTES

GRANULES



Propriétés { Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.

Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.

Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)

Nouveau Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

M. MORO, Pharmacien, 15, Avenue de la Défense, PUTEAUX. — Laboratoire : 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE.

***Sur demande :* LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS**

LE ZINC-SULFARSÉNOL

Adopté par les Hôpitaux

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

Le Zinc Sulfarsénol permet enfin (v. *Revue fr. Dermat. et Vénérologie*, n° 4, avril 1927).

1° Au malade d'être stérilisé pratiquement en 24 heures;

2° Aux gens âgés, affaiblis, etc., de pouvoir suivre un traitement efficace en utilisant des doses maxima faibles d'arséno (30 à 36 ctgr).

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsénique, glycérophosphate et strychnine

PARFAITEMENT STABLES & INDOLORES

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesses

Indications : Anémies, endométrites, retour d'âge, neurasthénie, choré, névralgies chroniques, etc.

Présentation : Boîte de 6 et 10 ampoules.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE, R. PLUCHON, O ✻, 36, r. Claude-Lorrain, PARIS-16e. - Tél. : Aut. 26-62 - *R. C.* Seine 109 239

LES LIGATURES DIFFICILES[1]

Par H. BILLET,
Professeur à la Faculté libre de Lille,
Ex-professeur au Val-de-Grâce.

LIGATURE DES ARTÈRES CAROTIDES INTERNE ET EXTERNE A LEUR ORIGINE

Il est indéniable, si j'en juge par les constatations que j'ai pu faire à maintes reprises, surtout à l'occasion de concours, que la ligature des artères carotides externe et interne à l'origine se présente comme l'une des plus difficiles. Et pourtant, il s'agit de vaisseaux considérables, relativement peu profonds, logés dans une des régions les plus classiques de l'anatomie, la gouttière carotidienne, recouverts par un seul muscle, volumineux, de repérage aisé, le sterno-cléido-mastoïdien. D'où viennent donc les difficultés?

Je n'hésite pas, pour ma part, à penser que c'est parce qu'on a compliqué, comme à plaisir, cette opération. Et je suis obligé en conscience de dire — que l'illustre et vénéré maître veuille bien me pardonner cette hérésie — que le triangle de Farabeuf est en grande partie responsable, et des difficultés rencontrées et des échecs subis par les opérateurs.

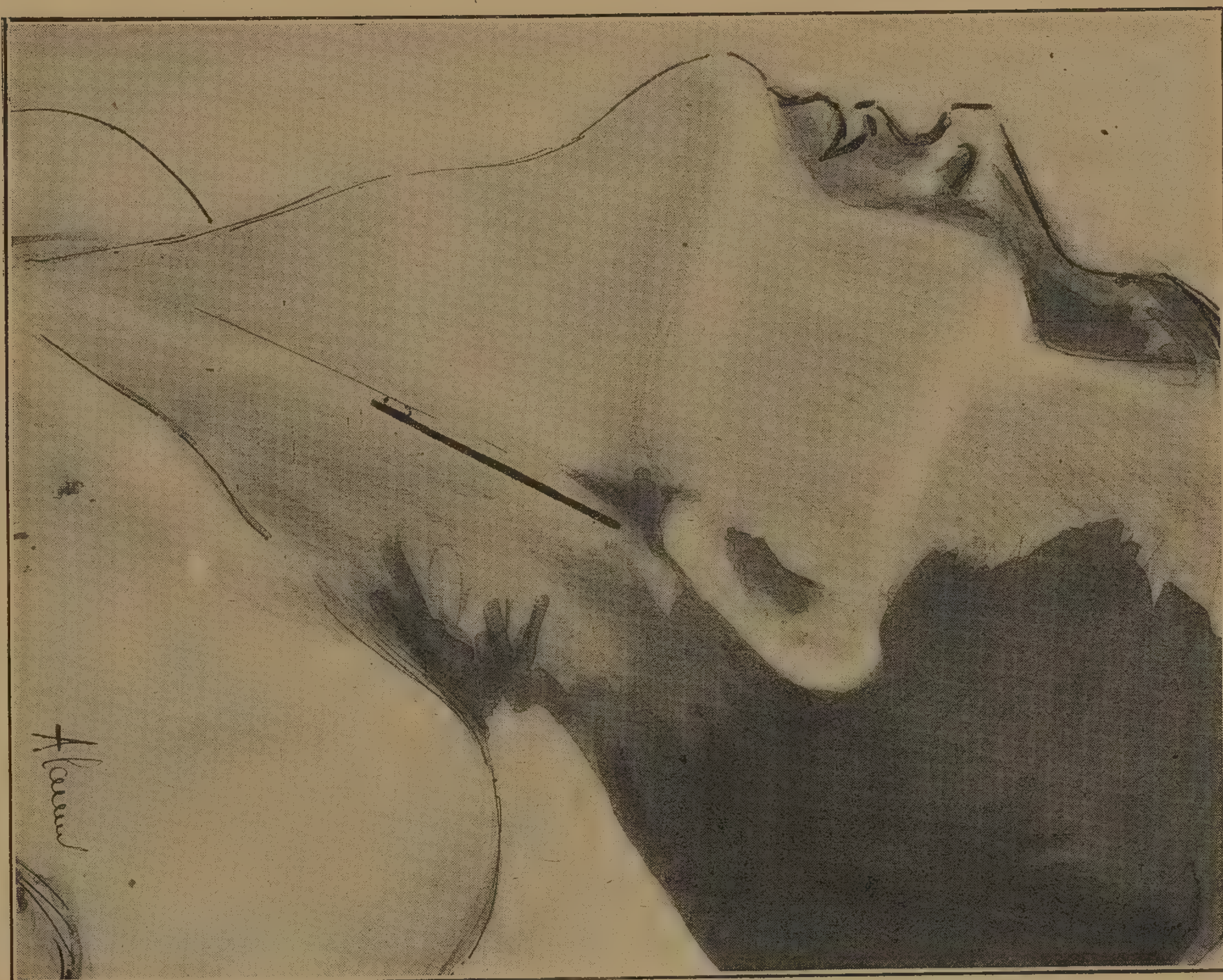


Fig. 1. — *Ligne d'incision*, franchement sur le sterno-cléido-mastoïdien, un peu en arrière de son bord antérieur.

Notez bien que je dis : le triangle, et non Farabeuf.

Farabeuf, en effet, n'a pas indiqué comme des repères les éléments du triangle auquel on a donné son nom. La veine jugulaire interne, il la considère plutôt comme un obstacle à éviter; il recommande bien de ne pas creuser sous le sterno-mastoïdien, pour ne pas la blesser! Quant au nerf grand hypoglosse, qui est en réalité le repère de Guyon, Farabeuf nous dit de lui qu' « il est aussi difficile à trouver que les artères elles-mêmes », et qu' « il ne peut, en aucun cas, servir à déterminer d'une manière précise à quelle hauteur on va placer le fil ».

On ne saurait être plus catégorique. Et pourtant le triangle de Farabeuf est devenu classique. Pour lier les carotides à l'origine, et en particulier la carotide externe, on va les chercher dans le triangle de Farabeuf au lieu d'aller droit au but, c'est-à-dire à l'artère. Et c'est ainsi qu'on voit les opérateurs s'obstiner à dégager, tantôt au bistouri, tantôt, et le plus souvent, à coups de sonde cannelée, les trois

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, n° 54, p. 965 : Ligature des arcades palmaires; — n° 66, p. 1163 : Ligature de l'artère cubitale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras (avec 2 fig.); — Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras (avec 2 fig.); — n° 80, p. 1386 : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (avec 3 fig.); — n° 96, p. 1698 : Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes (avec 3 fig.).

éléments qui forment les côtés du fameux triangle. *Je n'hésite pas à dire que c'est une erreur.*

C'est d'abord une erreur de tactique : c'est s'occuper de l'accessoire, en délaissant le but principal de l'opération. Une telle pratique ne se justifierait que par l'impossibilité d'arriver au but autrement, et ce n'est pas ici le cas.

Je dirai plus, c'est une erreur anatomo-chirurgicale. Ne lisez pas, et surtout n'interprétez pas : erreur anatomique. Une telle pensée ne me vient même pas à l'esprit, bien que cependant le tronc veineux thyro-linguo-facial, comme du reste toutes les veines, soit sujet à de nombreuses variations, et de forme et de situation.

Mais l'anatomie chirurgicale, ce n'est pas de l'anatomie pure ; c'est de l'anatomie appliquée, limitée, dans le cas particulier qui nous occupe, celui d'une ligature, au champ étroit d'une incision opératoire. Et c'est en me plaçant à ce point de vue que j'ai acquis la conviction que le triangle de Farabeuf ne peut ni ne doit être le repère de la ligature des carotides à l'origine.

La veine jugulaire est incluse en quelque sorte dans une gaine cellulo-ganglionnaire, véritable prolongement, dans la région carotidienne, de l'aponévrose cervicale moyenne. Cette gaine adhère au feuillet profond de la loge du sterno-cléido-mastoïdien, que l'opérateur a sous les yeux, s'il a correctement fait son incision sur le sterno-cléido-mastoïdien et qu'il a ensuite dégagé et récliné en arrière le muscle. Si donc il incise le feuillet en bonne place, en se reportant en dedans, vers le larynx, comme le recommande Farabeuf et s'il l'incise bien dans toute son épaisseur, lorsque il réclinera sa lèvre postérieure, il réclinera du même coup la veine jugulaire interne adhérente à la nappe cellulo-ganglionnaire ; il ne l'apercevra même pas. Il ne restera entre les lèvres de l'incision, que le tronc veineux thyro-linguo-facial ou ses veines suppléantes, qui, eux aussi, sont adhérents à ce feuillet fibreux, et dont le dégagement nécessite quelque soin.

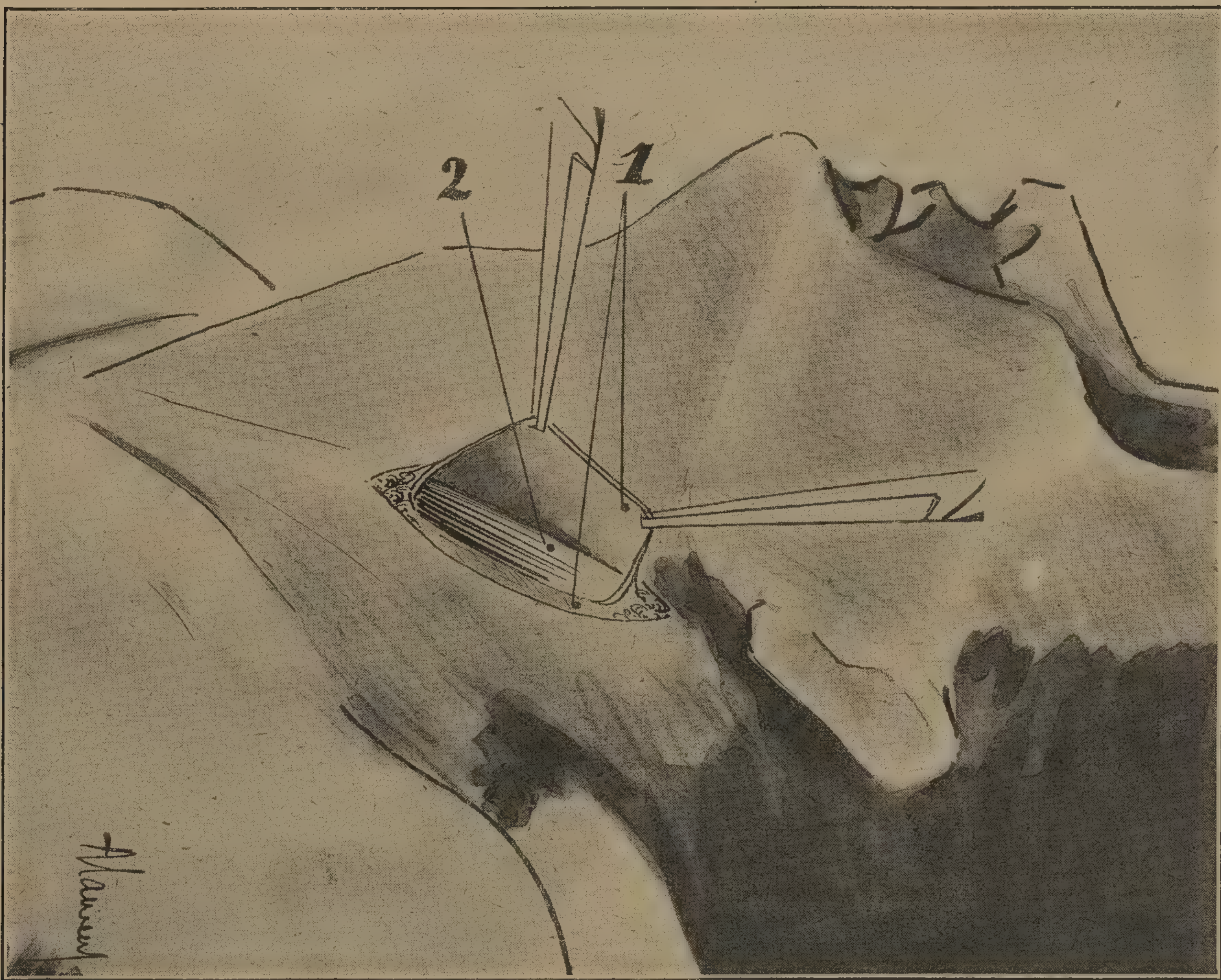


Fig. 2. — *La loge du sterno-cléido-mastoïdien a été ouverte.*

1. L'aponévrose cervicale superficielle (feuillet superficiel de la loge du sterno-cléido-mastoïdien). — 2. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien en place.

Pour ce qui est du nerf grand hypoglosse, je m'en tiendrai à l'opinion même de Farabeuf que j'ai fait connaître au début de ce chapitre. Tant mieux donc si l'opérateur le trouve sur sa route ; mais qu'il se garde bien de le chercher systématiquement.

Des trois côtés du triangle de Farabeuf, un seul, par conséquent, se présente assez régulièrement sous le bistouri ou sous la sonde cannelée du chirurgien, c'est le tronc veineux thyro-linguo-facial,

Encore est-il sujet à des variations, et pour cette raison, il ne peut servir à des fins précises. Néanmoins c'est un excellent repère ; parce qu'il passe en travers du champ opératoire, juste en avant des vaisseaux, il jalonne heureusement la route de l'opérateur; son utilité devient plus grande quand il est à sa place normale, c'est-à-dire juste à la hauteur de l'origine des carotides. Malheureusement c'est aussi un repère gênant, et je ne sais pourquoi, dans les exercices de médecine opératoire à l'amphithéâtre, on s'obstine à vouloir le conserver coûte que coûte, en l'écartant tantôt d'un côté tantôt de l'autre, alors que, sur le vivant, on le sectionne habituellement, dans le double but de se donner du jour et d'éviter un accident fâcheux, tel que la blessure du vaisseau au voisinage de son embouchure dans la jugulaire interne. Farabeuf admet du reste très bien qu'on puisse le couper entre deux ligatures.

Ce n'est pas encore tout. Du fait que le triangle encadre le champ dans lequel on doit lier l'artère, l'opérateur, qui en a recherché les côtés, peut croire, en toute bonne foi, qu'il ne lui reste plus qu'à saisir le vaisseau qu'il recherche, l'antérieur si c'est la carotide externe, le postérieur si c'est la carotide interne.

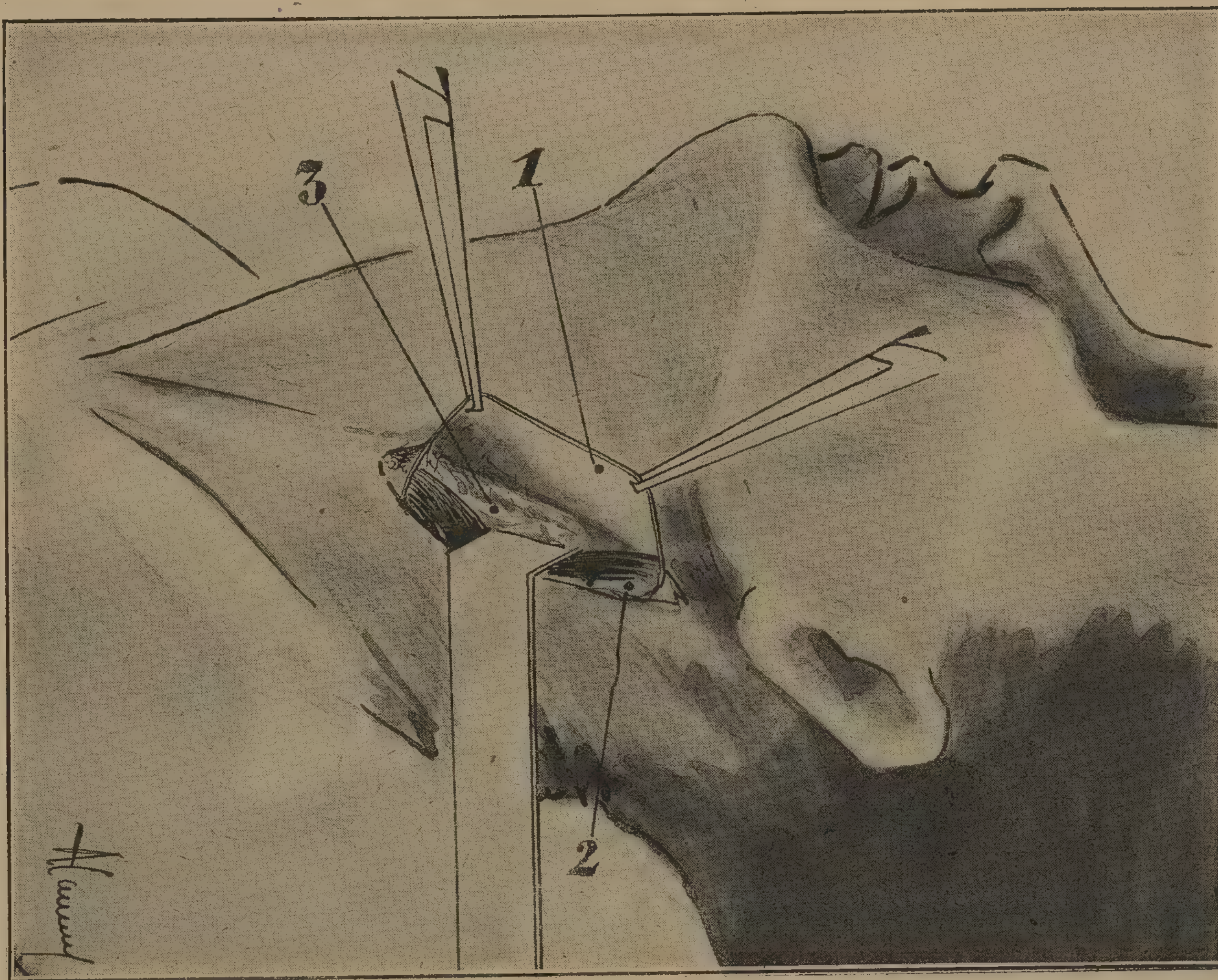


Fig. 3. — *Le sterno-cléido-mastoïdien a été dégagé, puis récliné.*

1. Feuillet superficiel de la loge du sterno-cléido-mastoïdien tendu par des pinces. — 2. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien récliné par un écarteur. — 3. Le feuillet profond de la loge du sterno-cléido-mastoïdien.

Ce sera vrai pour la carotide interne, mais pour la carotide externe qu'il faut lier très exactement à son origine, en amont de la naissance de l'artère linguale, ce ne sera pas toujours vrai. Sans doute dans la très grande majorité des cas, l'espace compris entre la thyroïdienne supérieure et la linguale est suffisamment grand (il varie entre 1 centimètre et 2 centimètres : en moyenne 1cm5); par conséquent, le lieu d'élection de la ligature est bien dans l'aire du triangle. Mais il y a des exceptions. qui ne sont pas des anomalies, et sur lesquelles il faut compter. Les variations d'origine des branches de la carotide, sans être très fréquentes, ne sont pas exceptionnelles ; et si je les signale avec quelque insistance, c'est, en premier lieu, parce que je les ai personnellement bien étudiées et que j'ai eu, par le fait même, l'attention fixée sur ce point; mais c'est aussi parce qu'elles peuvent entraîner un opérateur à commettre une faute. Je viens précisément d'en observer tout récemment un exemple, à l'occasion d'un concours. Bien qu'il fût en plein milieu du triangle de Farabeuf, l'opérateur avait placé le fil à ligature au delà de l'origine des trois principales branches de la carotide : la linguale, la faciale et l'occipitale. Ces trois artères, en effet, naissaient en bouquet, et à quelques millimètres seulement de l'origine de la carotide externe et de l'émergence de la thyroïdienne supérieure,

Je m'excuse de ce très long préambule; mais je le crois nécessaire. Il est beaucoup plus difficile de corriger de mauvaises habitudes que d'inculquer de bons principes; et je crois qu'il faudra livrer encore quelques assauts au triangle de Farabeuf, dont le nom prestigieux semble contenir des promesses, qui n'ont pourtant jamais existé dans l'esprit du maître.

Comme toutes les ligatures, celle des carotides à l'origine ne comporte aucune difficulté réelle, à condition de posséder les quelques *données anatomiques* nécessaires, et de connaître les *repères* fondamentaux qui jalonnent le chemin qui conduira l'opérateur directement au but.

Du côté anatomie, il y a deux notions essentielles à savoir :

C'est en premier lieu, la hauteur à laquelle la carotide primitive se subdivise en carotide externe et en carotide interne. C'est au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde que se fait la bifurcation, c'est-à-dire très haut dans le cou, beaucoup plus haut qu'on ne le croit généralement. Qu'on ne fasse donc pas d'incision au jugé, mais qu'on repère bien le point de bifurcation qui doit servir de milieu

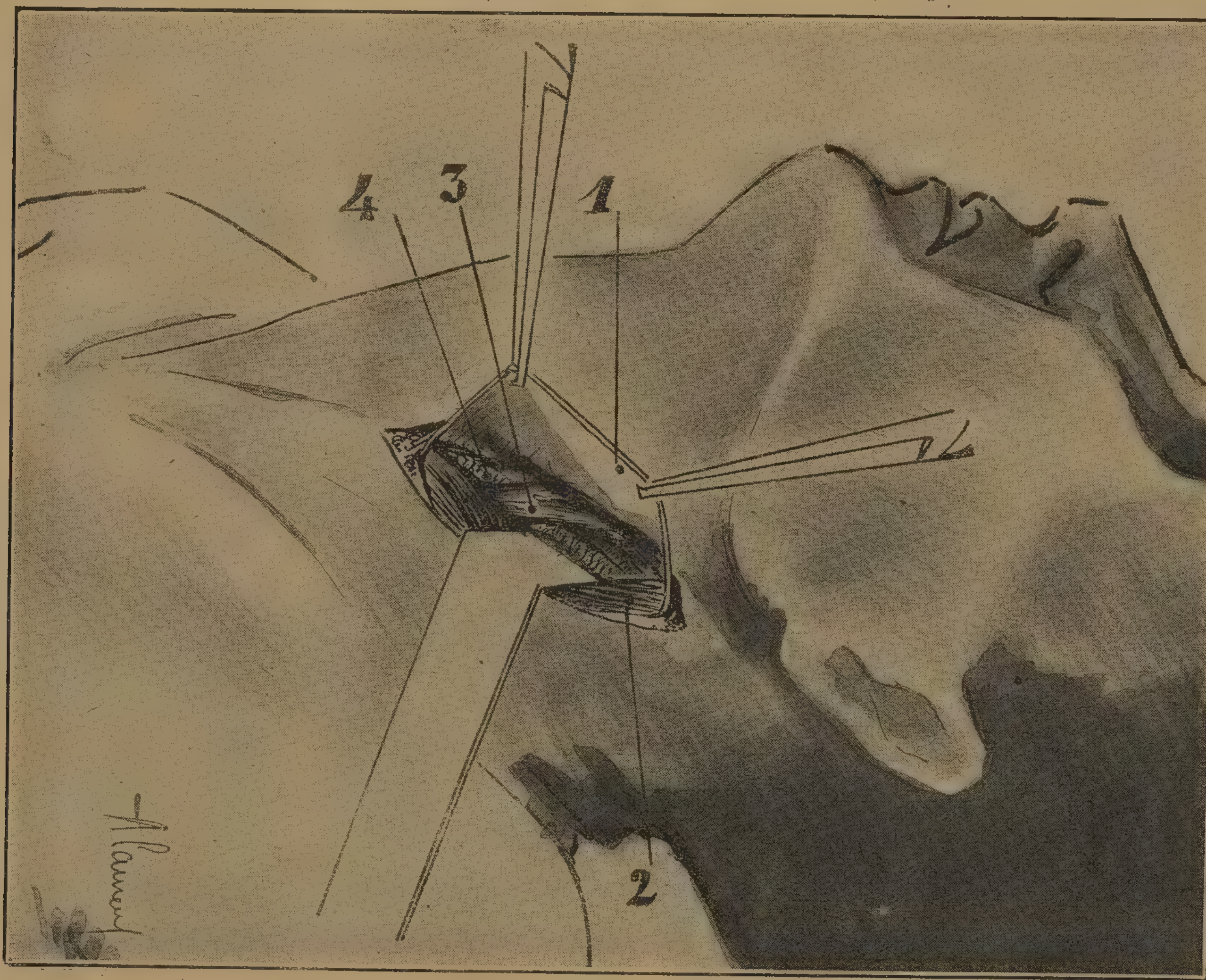


Fig. 4. — *Découverte du plan profond après incision et dégagement du feuillet profond de la loge du sterno-cléido-mastoïdien et du tissu cellulo-ganglionnaire sous-jacent.*

1. Feuillet superficiel de la loge du sterno-cléido-mastoïdien. — 2. Le muscle récliné. — 3. Tronc veineux thyro-linguo-facial. — 4. Les artères carotides.

à l'incision. A défaut de percevoir le bord supérieur du cartilage thyroïde, ce qui est du reste exceptionnel, la grande corne de l'os hyoïde, le grand repère de Farabeuf, vous permettra de le déterminer avec toute la précision voulue.

Ce sont, en second lieu, les caractères distinctifs des deux vaisseaux. Je n'insisterai pas, tellement cette notion est classique et bien connue de tous. La carotide externe est le vaisseau le plus antérieur (ou le plus interne) et elle donne des branches; la carotide interne est le vaisseau le plus postérieur (ou le plus externe) et elle ne donne pas de branches.

Si nous passons maintenant à la question des repères, nous dirons que *deux repères sont très suffisants pour guider l'opérateur jusqu'au but.* De ces deux repères, l'un est fondamental, capital; et, suivant la règle, c'est un repère superficiel : c'est le sterno-cléido-mastoïdien; l'autre n'est, à mon avis, qu'accessoire : c'est la grande corne de l'os hyoïde.

Le *sterno-cléido-mastoïdien est*, dis-je, *le repère capital*, parce que c'est lui qui vous servira de guide tout le long de la route. C'est sur lui que devra être incisée l'aponévrose superficielle, si l'on ne veut pas s'exposer à s'égarer d'emblée au milieu des éléments de la région sous-hyoïdienne.

C'est après avoir dégagé le muscle qu'on décou-

vrira la nappe cellulo-ganglionnaire, adhérente au feuillet profond de sa loge, qui recouvre le paquet vasculo-nerveux du cou et qui adhère à la veine jugulaire interne.

En prenant donc le sterno-cléido-mastoïdien comme axe de votre cheminement vers la profondeur, vous êtes certains d'arriver au but sans risquer de perdre la bonne route.

Par contre, le sterno-cléido-mastoïdien n'est d'aucune utilité dans le sens de la hauteur. Or il est nécessaire de bien savoir à quelle hauteur on se trouve, pour placer le fil à ligature au bon endroit, c'est-à-dire à l'origine des artères. C'est alors qu'intervient le *repère profond*, la *grande corne de l'os hyoïde*. Tous les autres repères proposés par les différents auteurs n'ont qu'une importance secondaire. Servez-vous-en si vous les rencontrez; ne les recherchez pas systématiquement.

Voici maintenant comment vous conduirez l'opération :

1. *Placez le sujet en bonne position* (fig. 1). — C'est un des temps opératoires des plus importants et qu'on néglige trop souvent.

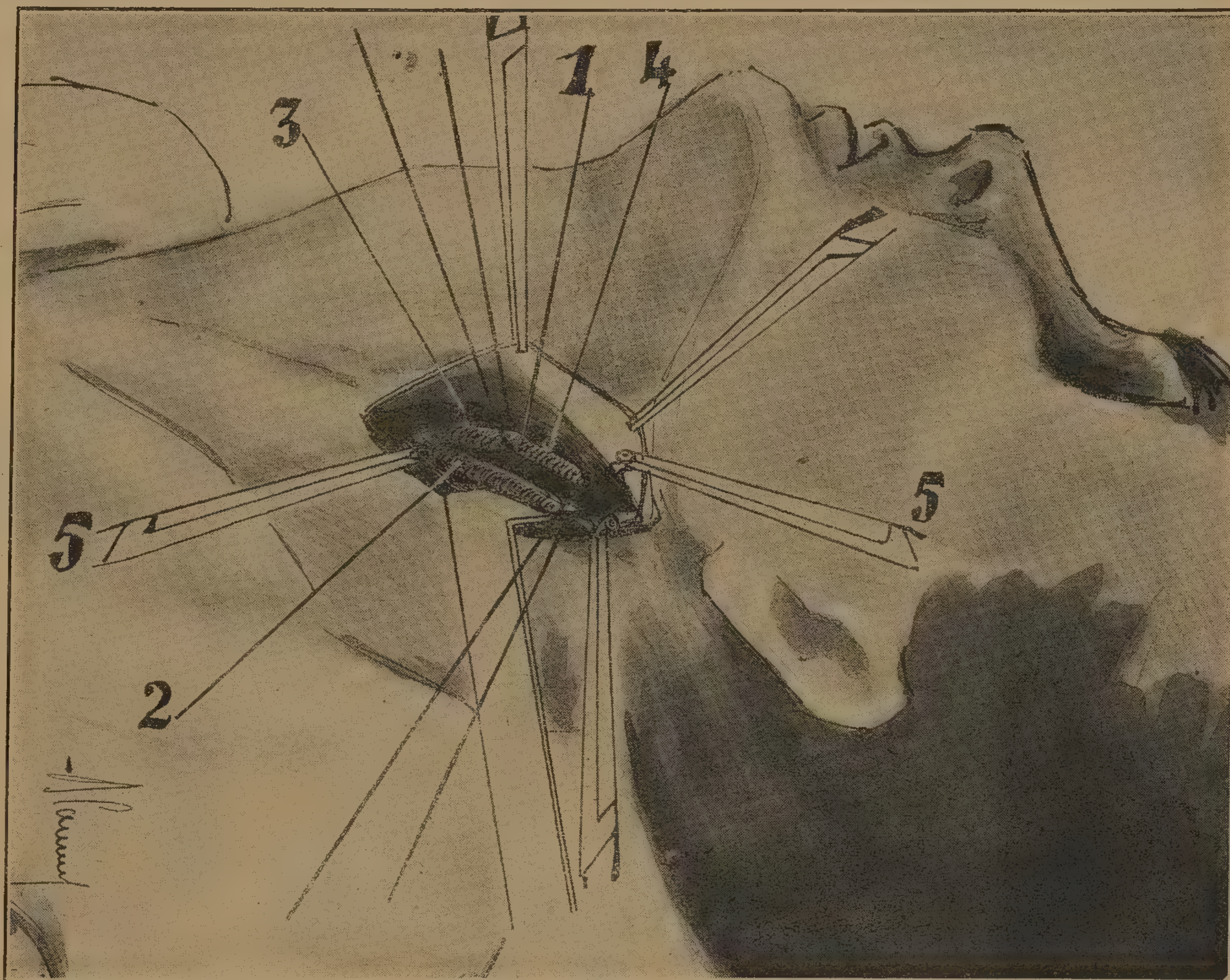


FIG. 5. — *Temps de la ligature.* — Les deux artères carotides externe et interne ont été chargées sur des fils.
1. Artère carotide externe. — 2. Artère carotide interne. — 3. Artère thyroïdienne supérieure. — 4. Artère linguale. — 5. Pinces hémostatiques placées sur les deux bouts du tronc veineux thyro-linguo-facial qui a été sectionné.

Si le cou n'est pas tendu et si le maxillaire inférieur retombe vers le thorax, l'espace dans lequel vous devrez travailler ne sera pas suffisant; vous vous trouverez dans un puits et vous aurez grande chance de vous égarer.

Tendez donc au maximum la région carotidienne. Placez un billot sous les épaules du sujet, demandez à un aide spécial qu'il tienne la tête fortement étendue, inclinée et tournée du côté opposé à celui de la ligature. Les reliefs du sterno-cléido-mastoïdien, de l'os hyoïde, du cartilage thyroïde vous apparaîtront avec la plus parfaite netteté! N'hésitez pas maintenant à en tirer parti.

2. *Incision.* — Non pas sur la ligne sterno-cléido-mastoïdienne, comme cela s'écrit et se dit trop souvent, mais franchement sur le sterno-cléido-mastoïdien lui-même, c'est-à-dire à un bon centimètre en arrière de son bord antérieur et parallèle à celuici (fig. 1).

Le milieu correspondra au bord supérieur du cartilage thyroïde, toujours très facile à repérer, quoi qu'on dise. Dans les cas exceptionnels où il ne vous serait pas possible de le faire directement, l'os hyoïde vous y aiderait.

3. *Cheminement vers les vaisseaux.* — Après avoir sectionné peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscle peaucier, incisez l'aponévrose superficielle *sur le sterno-cléido-mastoïdien.* C'est le point capital de

l'opération, la clef de sa réussite, ne l'oubliez pas. Pincez la lèvre antérieure de l'aponévrose et dégagez le muscle à coups de sonde cannelée (fig. 2). Ce temps est quelquefois laborieux, parce que le muscle adhère à l'aponévrose; puis, avec un écarteur, réclinez le sterno-mastoïdien en arrière (fig. 3). Le feuillet postérieur de sa loge est dès lors devant vos yeux. Avec la sonde cannelée, ou mieux encore avec le bistouri, si vous êtes sûr de votre main, incisez ce feuillet dans la partie antérieure du champ opératoire, en avant du sterno-cléido-mastoïdien supposé remis en place, et non sous lui.

Incisez prudemment, surtout en bas, où se trouve le tronc veineux thyro-linguo-facial. Cherchez à dégager celui-ci, et lorsque il le sera, chargez avec l'écarteur toute l'épaisseur de la nappe celluleuse que vous aurez traversée et réclinez-la en arrière (fig. 4). Si le tronc veineux vous gêne ou qu'il est par trop tiraillé, n'hésitez pas à le couper entre deux pinces.

4. *Ligature.* — Si le temps qui précède a été correctement exécuté, la région vous apparaît comme si elle était disséquée : le champ est désormais libre de tout obstacle et vous avez sous les yeux la fourche de la carotide primitive (fig. 5). Reperez celui des deux vaisseaux que vous avez à lier : celui qui est en arrière et en dehors, et d'où ne part aucune branche, c'est la carotide interne. Celui qui est en avant et en dedans, c'est la carotide externe. Généralement, ses deux premières branches, la thyroïdienne supérieure et la linguale sont visibles; il n'est même pas besoin de les chercher. Si elles ne l'étaient point, suivez le bord interne du vaisseau, et servez-vous de la grande corne comme repère pour découvrir l'origine des deux collatérales entre lesquelles il vous faut placer le fil à ligature.

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

AU SUJET D'UN CAS EXAMINÉ PAR DIX SPÉCIALISTES

Par le docteur Arthur Mc DONALD
(de Washington).

Le jour est loin où un médecin pouvait exercer comme s'il était spécialiste de toutes les maladies. Tout ce que peut faire actuellement un médecin est de se spécialiser dans un champ très restreint. Il existe malheureusement de soi-disant spécialistes qui sont comme un voyageur au courant de tout ce qui concerne sa cabine mais qui ne sait pas où va le navire. De tels spécialistes n'ont probablement pas eu l'instruction préalable étendue qui leur permettrait de voir les rapports de leurs spécialités avec les autres sujets.

Le praticien de médecine générale est l'un des plus importants des médecins, et il peut sans doute découvrir l'état pathologique de son client après que cet état s'est développé, mais il peut rarement le diagnostiquer à ses débuts, ce qui est le terrain de la médecine préventive.

Quant au spécialiste on attend généralement si longtemps avant d'aller le trouver que les chances de succès sont diminuées ou qu'il est trop tard car le feu a couvé si longtemps ignoré qu'il a pu se transformer en incendie.

Tous les médecins savent la difficulté qu'il y a à amener les gens bien portants à prendre des précautions pour conserver leur santé. Beaucoup de personnages importants hésitent longtemps avant d'aller voir même un seul spécialiste, en voir dix leur semblerait incroyable. Cependant c'est exactement ce que la médecine préventive pourrait exiger à l'avenir. L'auteur de cet article, bien qu'il ait toujours été en bonne santé, a été examiné par dix de ses vieux amis spécialistes de l'Ecole de médecine John's Hopkins. En eux-mêmes les résultats de cet examen sont de peu de conséquence, mais ils sont importants à titre de suggestion pour toute personne désireuse d'avoir une vie longue et utile et d'éviter en outre des douleurs et des souffrances inutiles.

L'examen par dix spécialistes constitue une base et ne nécessitera probablement pas une répétition, car les résultats obtenus permettront au médecin habituel du patient de le soigner dans la suite car le médecin sera ainsi renseigné d'avance sur les tendances cachées de son patient qui auraient pu demeurer insoupçonnées jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour en être maître.

L'idée dominante est ici *sécurité d'abord* et s'applique à la santé physique et mentale.

Examen par les spécialistes. — Les résultats de l'examen sont naturellement brefs, car rien n'a été trouvé, ou peu de chose, qui soit d'une nature pathologique sérieuse.

Sujet examiné : docteur A..., auteur de l'article.

Médecin : docteur B...

Taille, 5 pieds; 9 pouces; poids 121 livres un quart. Capacité vitale, 313.

Couleur bonne, plutôt frugalement nourri. Pouls 20 à 21 au quart de minute au début de l'examen. [Artères] radiales palpables, légèrement irrégulières (calcification), brachiales, quelque peu *sinueuses* des deux côtés; temporales visibles, mais non palpables. Tension artérielle normale. De temps en temps une systole prématurée avec pause compensatrice.

Les pupilles : la gauche un peu plus grande que la droite. Toutes deux réagissent vite à la lumière et à l'accommodation, mouvement des globes normal, *arc sénile* bien marqué. Langue nette. Un peu de pyorrhée à plusieurs dents; la gorge paraît normale; la glande thyroïde est petite, et je dirais symétrique. Pas de ganglions aux angles de la mâchoire, au cou, aisselles, régions épitrochléennes ou inguinales. Le thorax montre un angle costal petit et étroit. Ses mouvements semblent égaux. Les limites inférieures du poumon du côté droit au sixième espace, gauche au même point. Les mouvements des poumons sont libres aux deux bases en avant. Les *incissures* cardiaques sont couvertes par la résonnance pulmonaire. Respiration claire.

Cœur, *apex* pulsation visible plutôt diffusément vers la cinquième côte [9 à gauche, 3 1/2 à droite]. Pas de matité *rétrosternale*. Sons clairs.

Abdomen. Cicatrice opératoire ancienne sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis. D'autre part, sans particularité. Le bord du foie n'est pas distinctement palpable, la matité ne s'étend pas au-dessous du rebord costal dans la ligne mamillaire. La rate n'est pas perceptible.

Les réflexes des coudes et poignets sont normaux, ainsi que ceux du genou. Le sujet se tient solidement debout les yeux fermés.

Au travers des pupilles non dilatées les contours des disques montrent une *forme de coupe* normale. Les artères me semblent remarquables par leur bon état.

Ce qui suit contient le résultat de divers examens spéciaux subis par le docteur A... :

Examen du sang, analyse de l'urine et du sang.

Rapport sur l'estimation du métabolisme basal ; La production

de CO^2 est 10,4 p. 100 au-dessous de la moyenne pour l'âge et le sexe du patient et indique une « basse lecture metabolic ». Le pouls au repos était de 72.

Analyse gastrique : repas habituel *digéré* en quarante-cinq minutes, 45 centimètres cubes obtenus, odeur et aspect normaux.

HCl libre.........	20cc p. 100.
HCl combiné......	40 —
Total.......	60 —

Essai *Gaiac* très légèrement positif.

Acide lactique négatif.

Microscopique, granules d'amidon ordinaires.

Wassermann négatif.

Examen électrocardiographique. — Pouls régulier à 85, sauf une systole auriculaire prématurée.

Les ondes P sont plates dans le premier (mouvement), droites dans les deux derniers.

L'intervalle P. R. est 1/12 de seconde.

Les ondes R montrent une suite normale dans leurs hauteurs.

L'intervalle QRS n'est pas prolongé.

Les ondes T sont partout droites.

Diagnostic. Electrocardiogramme normal, sauf l'unique systole auriculaire prématurée.

Examen des selles. — Selles formées, naturelles, brunes. Pas de pus, de parasites ou d'œuf. Pas de fibres de viande non digérée.

Gaiac négatif.

Phtaléine :	première heure.........	50 p. 100
	deuxième heure.........	18 —
	Total........	68 —

L'*examen de l'estomac* montre un estomac en hameçon, légèrement *abaissé* et élargi, *indolent* et *atonique*, pas de défauts définis. Le côlon *abaissé* s'appuyant sur le pelvis. Impression : degré maximum d'*abaissement* avec un *tract* gastro-intestinal *indolent* et *atonique*.

L'*examen des poumons* montre qu'il y a eu un petit nombre de surfaces calcifiées dans les deux sommets indiquant une tuberculose ancienne et probablement sans gravité. Le reste des poumons est sain. Le cœur et l'aorte normaux.

L'*examen des dents* décèle de petits abcès aux racines de la première et deuxième bicuspide supérieure gauche, de la canine supérieure droite, dernière molaire inférieure gauche et des racines avec abcès de la première molaire inférieure droite.

Examen de l'œil. — Sauf pour l'*arcus senilis*, l'examen externe de l'œil est négatif. La tension intraoculaire, les réactions de la pupille et les mouvements extraoculaires sont tous normaux.

La vision corrigée est inférieure à 20/15 pour chaque œil. La presbytie est normale pour l'âge. L'erreur de réfraction est légère, hyperopie dans l'œil droit et léger astigmatisme hyperopique dans le gauche. Les muscles sont normaux *en balance* pour la vision lointaine et rapprochée.

L'examen ophtalmoscopique ne montre rien d'anormal, à l'exception de changements insignifiants dans les vaisseaux de la rétine. La couleur des disques est bonne, leur contour normal.

Les champs visuels sont normaux pour la forme et la couleur. L'examen de la cornée fait voir un épithélium normal et pas d'opacités dans la cornée. L'iris apparaît normal, l'angle de filtration clair, les *lentilles* montrent des changements *nucléens* normaux avec un Y bien marqué au noyau.

Examen du nez. — Le docteur A... a un *septum* nasal sérieusement infecté dont il ne souffre apparemment pas. La seule constatation intéressante est une disparité plutôt marquée de l'ouïe du type oreille interne qui est probablement due à des changements vasculaires.

A eu la fièvre des foins dans sa jeunesse. A été en Europe en 1885 et pas depuis. A eu une « discharge » nasale, il pense que le sens de l'odorat est impair. Pas d'obstruction ou de « discharge » nasale depuis. Maux de tête pariétaux occasionnels. Rhumes rares. S'est servi d'une grande variété de solutions dans le nez, n'emploie plus maintenant que l'eau chaude et attribue à cette habitude sa perte de l'odorat.

Rien à la gorge. Pas d'otite *moyenne*. Le spécialiste pense que l'ouïe n'est pas altérée, mais que A... comprend souvent mal les mots. N'a jamais fumé ni bu. Prostatectomie il y a deux ans et depuis s'est senti beaucoup mieux.

Examen : *Glandes* pas grossies aux angles de la mâchoire.

Dents. — Pyorrhée. Deux racines cariées. Palais dur, haut et étroit. Amygdales petites, Pharynx et larynx, aspect normal, Oreilles, tympans intacts, opaques.

Nez. *Septum* très tordu vers la droite avec un éperon noyé dans le cornet inférieur et au milieu du méat postérieurement. Bon espace pour la respiration à gauche. Pas de polype ou de « discharge ».

Sinus. Frontaux petits. *Antra* claire.

Nasopharyngoscope. Extrémités postérieures des cornets normales, pas de « discharge ». Pas d'adénoïdes.

Essais d'audition. — Pas question de Weber. B. C. très raccourci dans les deux oreilles, A. C. est plus grand que B. C. dans les deux oreilles.

Oreille droite. — Toutes « *fourches* » par A. C. avec disparité presque égale pour C128 et C1024. Ma montre n'est pas entendue (aux trois pouces normaux). Sa montre entendue à deux pouces.

Oreille gauche, toutes « fourches » par A. C. avec disparité pour C1024 plus grande que pour C128. Ma montre n'est pas entendue. La sienne à un demi-pouce.

Impression : 1. septum nasal fléchi ; 2. pas d'infection évidente de sinus ; 3. disparité de l'ouïe du type oreille interne, plus marquée dans l'oreille gauche, probablement causée par des changements vasculaires ; 4. « oral sepsis ».

Organes génitaux. — L'examen du docteur A... a fait connaître les conditions suivantes : pénis normal, pas de cicatrices visibles, testicule droit quelque peu amolli, mais autrement normal, épidydime normal. Conduit entièrement uni. Testicule gauche légèrement amolli, mais d'autre part normal Dans l'épididyme gauche, près du *globus major*, il y a un petit kyste d'environ 2 centimètre sur 1 centimètre et demi, il est ferme, légèrement irrégulier pour la forme et librement mobile. C'est sûrement bénin. Le reste de l'épidydime est négatif, le conduit est négatif.

La prostate a été enlevée, les tissus à sa place sont unis et souples, ils montrent qu'une opération très satisfaisante a été faite. Les deux vésicules sont palpables, mais ni grossies, ni indurées. Le patient a uriné en ma présence, la miction est d'un volume satisfaisant et d'une force modérée. L'urine est claire tout à fait, le microscope décèle un peu de cellules, de pus et quelques « castes ». Il y a une légère trace d'albumine, mais pas de sucre.

Une phtaléine intraveineuse montre 37 p. 100 en deux heures. J'ai dit au patient que pour faire un examen complet une cystoscopie serait nécessaire, mais il a décliné cette proposition.

CONCLUSIONS DES EXAMENS. — Le patient semble en général en bon état pour son âge, les seules anomalies essentielles remarquées sont les suivantes :

Le nez montre une flexion du *septum* nasal vers la droite avec un éperon noyé dans le cornet inférieur et au milieu du méat postérieurement, sans évidence d'une infection du sinus.

Disparition de l'ouïe du type oreille interne qui est probablement due à des changements vasculaires.

Une pyorrhée alvéolaire bien marquée, spécialement des dents antérieures du maxillaire inférieur. Deux racines cariées à droite du maxillaire inférieur et plusieurs nécroses *péri-apicales*.

Une systole auriculaire précoce occasionnelle.

Un prolapsus plutôt bien marqué du côlon et un *tract* atonique gastro-intestinal.

L'atonie du côlon est supérieure à celle qu'on rencontre d'ordinaire chez un homme maigre et élancé comme lui. La légère disparition de l'ouïe me semble dépendre de légers changements artériosclereux, assez répandus à l'âge de soixante-huit ans. Je ne toucherais pas au septum infléchi à moins qu'il n'occasionne des symptômes.

Quant aux dents, je suis d'avis qu'il faut les soigner car elles pourraient causer des ennuis.

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES PAR L'AUTEUR. — Il est hasardeux de juger soi-même, cependant l'auteur risquera quelques remarques.

L'auteur a soixante-huit ans, mais physiologiquement il semble plus âgé de dix à vingt ans, mais cela n'est probablement pas vrai de tous ses organes, l'atonie du côlon est par exemple normale à soixante-huit ans. L'âge physiologique probable de ses organes vitaux est donné par le tableau suivant :

	Age physiologique.
Organes vitaux :	
Appareil digestif	68 ans
Cœur	80
Poumons	85
Reins	85
Système nerveux	90
Autres organes :	
Odorat	50
Ouïe	60
Vue	95

La glande prostatique (hypertrophie) a été enlevée donnant ainsi un supplément de vie. Le problème est d'amener la décadence générale de la vie à s'étendre également à tous les organes vitaux, car ici la chaîne n'est pas plus résistante que son anneau le plus faible.

L'âge physiologique moyen des organes vitaux de l'auteur est de quatre-vingt-deux ans, et son effort devrait être de s'occuper spécialement de ceux de ses organes qui ont moins de quatre-vingt-deux ans, c'est-à-dire le système digestif et le cœur. Cela veut dire une discussion diététique pour le système digestif aussi bien qu'une nourriture rafraîchissante et des exercices réguliers en plein air (la marche est ce qui convient le mieux), et pour le cœur d'éviter la hâte, les frictions mentales, l'exercice excessif et violent, et aussi pas trop de café ou de café trop fort.

Quant à l'odorat son âge avancé est causé par un rhume des foins, pour l'ouïe l'âge et l'âge physiologique coïncident, et la vue est extraordinairement bonne.

Il faut espérer qu'un jour viendra bientôt où chacun se connaîtra lui-même intérieurement aussi bien qu'extérieurement, et c'est ce que l'on pourra appeler une date dans l'hygiène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1928)

Néphrites, néphroses et urémose. — M. Emile FEUILLIÉ définit comme néphrose un état diathésique ayant des manifestations de néphrites. Les descriptions des néphrites classiques s'appliquent aux néphroses. L'auteur y ajoute sept notions qui découlent de ses recherches personnelles : 1° le dosage des albumoses et des savons alcalins du plasma ; 2° la leucopathie ; 3° les troubles de régulation du dédoublement acidobasique du chlorure de sodium ; 4° les cylindres lipoïdiques ; 5° l'œdème par hydrophilie due à une dégénérescence protéo-lipoïdique de leucocytes et de tissus ; 6° la dégénérescence cellulaire cholestérinique ; 7° le traitement thyroïdien et opothérapique des leucopathies.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — MM. BEZANÇON, WAHL et GUILLAUMIN rapportent une observation de néphrose lipoïdique typique, telle que l'ont décrite Munk et Epstein, mais dont l'évolution se fit vers l'urémie. Ce cas montre que l'individualité du syndrome n'est peut-être pas aussi nette que certains auteurs l'ont affirmé. Les modifications chimiques du sang ont été suivies soigneusement et ont montré la diminution progressive de la lipémie quand l'azotémie s'éleva.

Un cas de staphylococcémie avec méningite suppurée ayant abouti à la guérison. — MM. F. BEZANÇON, WEISMANN-NETTER et DESTOUCHES présentent l'observation d'une malade atteinte de staphylococcémie sans porte d'entrée décelable et chez laquelle l'affection a débuté par une méningite cérébro-spinale aiguë, simulant en tous points une méningite à méningocoque. L'hémoculture, la constatation du staphylocoque doré dans le liquide céphalo-rachidien, permirent le diagnostic. Après évolution favorable, relativement rapide de la méningite, la septicémie continue à évoluer avec des localisations successives dont la dernière fut une spondylite suppurée.

Chancre syphilitique survenu chez un sujet à Wassermann positif. — MM. Maurice RENAUD et MIGET. Une femme dont le mari contracte un chancre syphilitique (en octobre 1927) est minutieusement examinée et régulièrement suivie pendant plus de trois mois. La malade est jugée indemne de syphilis. En décembre, le mari présente des lésions ulcéreuses de la verge avec tréponèmes. Dans les premiers jours de février apparaît chez la femme un chancre typique de la vulve avec tréponèmes. Des circonstances particulières ont donc permis de constater de façon certaine l'apparition d'un chancre syphilitique chez une personne dont la réaction de Wassermann était manifestement positive.

MM. CHEVALIER et Marcel PINARD font, sur la nature véritable du prétendu chancre chez la femme du malade, des réserves qu'appuie M. Lortat-Jacob. Il a pu très bien s'agir d'une syphilide secondaire chancriforme.

Eczéma des nourrissons et lait maternel. — M. VARIOT, des observations qu'il a accumulées depuis de nombreuses années, tire cette conclusion qu'il y a des laits de femme eczématigènes. Dans l'ensemble, l'eczéma du nourrisson est plus fréquent chez les sujets nourris au sein que chez ceux soumis à l'allaitement artificiel. La substitution du lait surchauffé et homogénéisé guérit l'eczéma du nourrisson que le lait maternel entretient.

LIVRES NOUVEAUX

Initiation à la biologie [Collection des initiations] (1), par Désiré TITS, docteur ès sciences.

Si la biologie est une science qui date du XIXe siècle, ce n'est qu'en ces dernières années qu'elle a acquis sa grande envergure et sa portée sociale.

L'étude du mystère si complexe de la vie, depuis l'antiquité jusqu'au XVIIIe siècle, on ne la conçut que sous forme de philosophie naturelle où la spéculation le disputait aux affirmations arbitraires.

Au siècle dernier, la connaissance des êtres vivants devint enfin une science naturelle, la science biologique, dont le perfectionnement véritable fut la recherche objective et expérimentale des problèmes de la vie.

A cette recherche les savants s'adonnent avec leur ardeur et leur précision habituelles, non plus seulement dans les laboratoires de nos Universités, mais dans les laboratoires créés, de par le monde entier, au bord de la mer et des lacs ainsi que sur les montagnes.

On trouvera ici les résultats de ces recherches, de ces expériences, de ces travaux. L. G.

(1) Un volume in-16, avec 69 illustrations. — Prix : broché, 10 fr. — Paris, Librairie Hachette.

NOTES POUR L'INTERNAT

BRONCHO-PNEUMONIES [1]

II. Broncho-pneumonie pseudo-lobaire. — Elle se distingue de la forme précédente par :

a. *Son étiologie.* — Elle est souvent *primitive*, succédant à une affection banale des voies respiratoires supérieures (coryza, etc.) et apparaît chez des *nourrissons.*

b. *Ses caractères anatomiques.* — Elle est caractérisée par la *confluence* de nombreux foyers d'hépatisation.

c. *Ses signes physiques.* — Tandis que les signes fonctionnels et généraux de cette forme sont à peu près les mêmes que ceux de la broncho-pneumonie à foyers disséminés, les signes physiques rappellent ceux de la *pneumonie*, avec cependant les différences suivantes :

1. Coexistence d'un ou de deux autres foyers;
2. Coexistence de bronchite généralisée.

d. *Son évolution, moins grave*, et se faisant généralement *vers la guérison.*

En réalité, la clinique n'oppose pas toujours aussi schématiquement ces différentes formes de broncho-pneumonies. On peut voir tous les aspects intermédiaires, et, par exemple, l'apparition d'un foyer lobaire au décours d'une forme lobulaire, ou encore l'aspect d'une pneumonie franche masquant une forme pseudo-lobaire.

B. **Forme subaiguë dite « pseudo-tuberculeuse ».** — Dans certains cas, après sédation incomplète des signes d'une des formes précédentes, l'évolution *traîne.* La température reste subfébrile, oscillant entre 38° et 38°5, l'état général s'altère progressivement, l'enfant se cachectise.

La toux devient grasse, humide. Les signes d'auscultation s'accentuent, prennent le *type cavitaire*, mais siègent généralement aux bases. *C'est le tableau clinique de la tuberculose.* Les antécédents, l'absence de bacilles de Koch au cours d'examens répétés des mucosités recueillies *par tubage* ou au cours d'examens de selles, la réponse de la *cuti-réaction*, les renseignements *radiologiques* permettent de poser le diagnostic.

C. **Forme suraiguë (bronchite capillaire, catarrhe suffocant).** — Elle apparaît *très précocement*, à la phase d'invasion de la rougeole, ou au début de l'éruption qui se fait mal, reste pâle et incomplète (« *rougeole rentrée* »).

Début. — Brutal, par une *élévation thermique à 40 degrés*, une dyspnée extrême.

Etat. — L'enfant *lutte contre l'oppression.* La dyspnée est intense, impressionnante, avec battement des ailes du nez, tirage sus et sous-sternal, l'*asphyxie* paraissant *imminente.*

L'*examen physique* donne *peu* de renseignements :

1. Tantôt : râles sibilants, ronflants, sous-crépitants, mélangés (bruit de tempête, bruit de pigeonnier);
2. Tantôt : *presque rien.*

Dans tous les cas : *thorax sonore.*

Terminaison. — Très rapidement, l'enfant *cesse de lutter.* Il est bientôt immobile dans son lit, le regard terne, le *visage plombé*, la peau tâchetée d'érythèmes morbilliformes, scarlatiniformes. La température reste très élevée (40°-41°), les urines sont taries, le foie est gros, l'asphyxie progresse rapidement et la mort survient en *vingt-quatre à trente-six heures après le début* de cette évolution foudroyante.

Complications. — Quand le malade est sorti de la phase aiguë de la broncho-pneumonie, il n'est pas à l'abri de complications graves, parmi lesquelles les

I. **Pleurésies purulentes** se placent au premier plan.

Quand la température se maintient élevée ou subfébrile, au décours d'une broncho-pneumonie, il faut rechercher *systématiquement* la pleurésie purulente. **La matité** en est le *signe capital.* La ponction confirme le diagnostic et précise le germe en cause. La pleurésie à *pneumocoque* est relativement bénigne et guérit par ponction avec aspiration répétée du liquide. Les pleurésies à *streptocoque* sont plus graves, mais on ne pratiquera pas de thoracotomie avec résection costale avant dix-huit mois.

II. *Plus rares* sont l'*otite purulente*, la *péricardite* purulente, la méningite.

III. *Les séquelles* ne sont pas rares et il faut surtout craindre la **dilatation des bronches** qui survient si fréquemment après les formes traînantes, subaiguës.

Enfin, la *tuberculose pulmonaire* peut se greffer sur un terrain aussi débilité et aura une évolution rapide et grave.

Formes cliniques. — a. *Au cours de la coqueluche*, la broncho-pneumonie est une complication relativement fréquente et *très meurtrière*, encouragée par l'encombrement *hospitalier*, combattue par les mesures d'hygiène prises systématiquement. Elle s'observe plus volontiers au cours de certaines épidémies et s'annonce par :

Une *élévation thermique*;

La *disparition des quintes.*

b. *Au cours de la diphtérie.* — Complication *généralement mortelle*, survenant dans le *croup* et surtout *après trachéotomie.* Malgré le tubage ou la trachéotomie, la dyspnée persiste, intense, et la mort survient rapidement, dans l'adynamie.

c. *Formes du nourrisson.* — Ce sont les mêmes que nous avons décrites. Il faut cependant insister sur :

1. La fréquence des *formes latentes* au cours de l'*athrepsie*;
2. La fréquence des *formes pseudo-lobaires* en apparence primitives.

II. **BRONCHO-PNEUMONIE DE L'ADULTE.** — La broncho-pneumonie de l'adulte est presque toujours secondaire. C'est au cours de la *grippe épidémique* qu'elle revêt l'aspect le plus typique :

a. *Broncho-pneumonie grippale.* — C'est une *très grave* complication. Elle apparaît :

Soit précocement, débutant en apparence avec le processus grippal;

Soit le quatrième ou cinquième jour de l'affection.

Au milieu du cortège toxi-infectieux de la grippe épidémique, on constate les signes d'une broncho-pneumonie *lobulaire à foyers disséminés*, ou *pseudo-lobaire.*

La *mort* survient dans le plus grand nombre des cas :

1. Par *cyanose, asphyxie*, ainsi qu'il était si fréquent au cours de la dernière épidémie de grippe;
2. Par *collapsus cardiaque*;
3. Par *œdème pulmonaire infectieux*, rebelle à la saignée.

Si le malade *guérit*, il faut craindre la pleurésie purulente, et l'on sait les divergences d'opinions en ce qui concerne le traitement opératoire de cette complication.

b. *Broncho-pneumonie au cours d'autres affections*, parmi lesquelles il faut surtout signaler : l'*érysipèle* (sujets tarés de préférence), la fièvre typhoïde, la variole, etc.

Il faut également inscrire sur la liste étiologique les formes dites « *de déglutition* » survenant au cours du cancer de l'œsophage, de la gangrène pulmonaire, des abcès putrides pulmonaires, ou à la suite de lésions ou d'interventions septiques bucco-pharyngées.

Signalons, enfin, les *broncho-pneumonies postopératoires* relevant en général du *colibacille.*

III. **BRONCHO-PNEUMONIE DU VIEILLARD.** — Elle est la *cause de mort la plus fréquente* chez le vieillard, et s'observe surtout chez les *grabataires*, favorisée par le décubitus.

Cliniquement, elle est *essentiellement torpide*, peu à peine fébrile, les signes pulmonaires étant très discrets. C'est la *dépression* très marquée, l'état de la *langue* sèche et rôtie, l'*affaiblissement du pouls* qui, comme dans la pneumonie du vieillard, éveillent l'attention, l'évolution étant presque toujours mortelle.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1928, nº 102, p. 1822.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 105. — SAMEDI 29 DECEMBRE 1928. 101e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1928. — N° 105.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations dans le Corps médical des hôpitaux au 1er janvier 1929. — I. *Médecins.* — 1° Remplacement de M. le docteur Lereboullet, des Enfants-Malades, nommé professeur de Clinique aux Enfants-Assistés, en remplacement de M. le professeur Marfan, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Weill-Hallé, de Hérold; à Hérold, M. le docteur Paisseau, de Tenon; à Tenon, M. le docteur Milhit, de la Maison de santé; à la Maison de santé, M. le docteur Duvoir, de Necker; à Necker, M. le docteur Richet, de Bicêtre; à Bicêtre, M. le docteur Rouillard, titularisé.

2° Remplacement de M. le docteur Gougerot, de Broca, nommé professeur de Clinique à Saint-Louis, en remplacement de M. le professeur Jeanselme, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Weissenbach, titularisé.

3° Remplacement de M. le docteur Le Noir, de Saint-Antoine (limite d'âge) : M. le docteur Villaret, de l'Hôtel-Dieu; à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Stévenin, titularisé.

4° Remplacement de M. le docteur Hudelo, de Saint-Louis (limite d'âge) : M. le docteur Sézary, de Broca; à Broca, M. le docteur Touraine, des Ménages; aux Ménages, M. le docteur Brodin, titularisé.

5° Remplacement de M. le docteur Brühl, de Bichat, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Troisier, de Sainte-Périne; à Sainte-Périne, M. le docteur M.-P. Weil, de Bicêtre; à Bicêtre, M. le docteur Feuillié, titularisé.

6° Remplacement de M. le docteur Enriquez, de la Pitié (décédé) : M. le docteur Loeper, de Tenon; à Tenon, M. le docteur Heuyer, titularisé.

7° Remplacement de M. le docteur Coyon, de Saint-Autoine (décédé) : M. le docteur Faure-Beaulieu, de Andral; à Andral, M. le docteur May, titularisé.

8° Remplacement de M. le docteur Israëls de Jong, de Ambroise-Paré (décédé) : M. le docteur Monier-Vinard, de Andral; à Andral, M. le docteur Faroy, de la Salpêtrière; à la Salpêtrière, M. le docteur Huber, titularisé.

9° Service de tuberculeux de Broussais : M. le docteur Flandin, titularisé.

Mutations intérieures à l'hôpital Tenon : M. le docteur P.-E. Weil prend le service de M. le docteur Loeper, passé à la Pitié; M. le docteur Brulé prend le service de M. le docteur Weil; M. le docteur Laroche prend celui de M. le docteur Brulé, et M. le docteur Heuyer, titularisé, prend le service de M. le docteur Laroche (service de tuberculeux).

II. *Chirurgiens.* — Aucune mutation.

III. *Oto-rhino-laryngologistes.* — Aucune mutation.

IV. *Ophtalmologistes.* — Remplacement de M. le docteur Morax, de Lariboisière, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Poulard, de Necker-Enfants-Malades; à Necker-Enfants-Malades, M. le docteur Monthus, de Laennec; à Laennec, M. le docteur Cantonnet, de Beaujon; à Beaujon, M. le docteur Coutela, titularisé.

V. *Accoucheurs.* — La désignation de l'accoucheur de Bretonneau sera faite très prochainement.

VI. *Stomatologistes.* — 1° Remplacement de M. le docteur Roy, de la Pitié, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Bozo, qui était en disponibilité.

2° Remplacement de M. le docteur Frey, de Bicêtre, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Richard, titularisé.

3° Remplacement de M. le docteur Gourc, de Hérold, atteint par la limite d'âge : M. le docteur Ruppe, titularisé.

4° Réouverture de la consultation de Broussais : M. le docteur Puig, titularisé.

— Internat de Brévannes. — Classement des candidats :
Sainte-Périne : M. Boidoul.
Chardon-Lagache : M. Reboul.
Brévannes : MM. Lebovits, Gluck, Pescarolo, Ungar, Tellier, Guyon, Barneville, Cabrit et Lombard.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination de sept internes titulaires (dont un pour le service d'oto-

rhino-laryngologie) et de plusieurs internes provisoires (dont un pour le service désigné ci-dessus) s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le 14 février 1929 à 9 h.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. l'Administrateur délégué de l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse (XVe), avant le 1er février 1929.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Ont été nommés :

M. le docteur Nancel-Pénard, directeur du service annexe d'électrothérapie à l'hôpital Saint-André.

M. le docteur Lachapèle, directeur du service annexe d'électrothérapie à l'hospice général, chargé du service annexe d'électrothérapie au sanatorium Xavier-Arnozan.

M. le docteur Mathey-Cornat, directeur adjoint du service annexe d'électrothérapie des hôpitaux.

Prix de l'internat. — La médaille d'or de médecine (prix de l'internat 1928) a été décernée à M. Gré.

Concours de l'internat. — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Laffitte, Courriades, Maupetit, Pouyanne, Laporte, Dubarry, Beauchesne, Noblia, Surville, Pauly, Mandillon, Fournier (René) et Guichard, ce dernier à titre exceptionnel.

Internes provisoires : MM. Chastaignet, Lafond-Grellety, de Tannouarn, Le Lain, Ouary, Rigaud.

Concours de l'externat. — Sont nommés :

Externes des hôpitaux : MM. Lapouge, Lévy, Verger, Vignalou, Lepage, Depierris, Dareys, Philibert, Debeugny, Saric, L'Huillier, Secourieux, Galmot, Destribats, Petit, Dignac, Saint-Martin, Braud, Cras, Pigeanne, Beaumont, Bargues, Duffard, Delavallade, Loumaigne, de Laubadère, Corcelle, Grall, Paoletti, Ragnaud, Laveau, Blein, Lombard, Bluteau, Martin, Moncourier, Maria, Renon, Delacrux des Roseaux, Helfft, Méric, Doublet (Roger), Malavoy, Fimayer, Bareau, Audhuy, Gaignaire.

Externes provisoires : MM. Flandrin, Picard, Fagard, Arnauld, Tori, Legrosdidier, Coulanges, Hébraud.

— LYON. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Guilleminet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Denis, interne des hôpitaux de Lyon.

— TOULOUSE. — La chaire de botanique est transformée en chaire de botanique et histoire naturelle médicale.

M. Maurin, agrégé, est nommé, à compter du 1er décembre 1928, professeur de botanique et histoire naturelle médicale. (*J. O.*, 22 déc. 1928.)

HOMMAGE AU DOCTEUR HUDELO. — La semaine dernière, les collègues, les élèves et les amis de M. Hudelo se sont réunis à l'hôpital Saint-Louis pour lui remettre, à l'occasion de sa retraite, son buste par le sculpteur Calvet.

M. le professeur Pierre Teissier, président de la Société médicale des hôpitaux, prit le premier la parole, puis, au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur Jeanselme rappela les travaux de M. Hudelo.

M. le docteur Louste, au nom de la Société française de dermatologie; M. Sabouraud, au nom de l'Association française des dermatologistes et des syphiligraphes de langue française; M. Lespine, au nom des dermatologistes étrangers; M. le professeur Dubreuilh, au nom des dermatologistes de province; M. le professeur Gougerot, au nom de la Société de prophylaxie sanitaire et morale; M. le docteur Queyrat, au nom de la Ligue française contre le péril vénérien; M. Durand, au nom de l'Assistance publique, rappelèrent la carrière scientifique de M. Hudelo et montrèrent la place qu'il a tenue dans le mouvement dermatologique de ces trente dernières années.

M. Louvel se fit l'interprète des sentiments d'affectueux respect de ses élèves,

Enfin, M. Hudelo exprima en termes émus ses remerciements à ses anciens maîtres, à ses amis et à ses élèves.

HOMMAGE AU DOCTEUR LE NOIR. — Une cérémonie intime vient d'avoir lieu, à l'hôpital Saint-Antoine, où les collègues, les élèves et les amis du docteur Le Noir lui ont remis une plaquette à son effigie à l'occasion de sa mise à la retraite. Parmi les nombreux assistants, citons le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine; les professeurs Jeanselme, Lejars, Nobécourt, Gosset, M. Roux, directeur de l'hôpital, etc. Le professeur Teissier, président de la Société médicale des hôpitaux. MM. René Gaultier, Siredey, Courcoux, Charles Richet fils, Bizard, Baize, M. Durand, le directeur de l'hôpital Saint-Antoine, et M. Lejars, prirent successivement la parole pour dire leur reconnaissance et leur affection à leur collègue et à leur maître.

M. Lenoir les remercia non sans émotion.

BROCQ

Nous avons appris avec une douloureuse surprise, la semaine dernière, la mort de M. Louis A.-J. Brocq, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, commandeur de la Légion d'honneur.

M. Brocq était né le 1er février 1856, à Laroque-Timbaut (Lot-et-Garonne). Il fit ses études à Paris et fut reçu interne des hôpitaux le 28 décembre 1878, le premier d'une promotion qui comptait MM. Siredey, André Petit, Paul Michaux, Pierre Marie, Lalesque, Albert Mathieu et Capitan.

En 1885, il fut reçu médecin des hôpitaux. Devenu chef de service en 1891 à l'hospice de La Rochefoucauld, il institua une consultation de dermatologie qui, avec lui et avec son successeur M. Darier, fut un centre particulièrement actif.

M. Brocq passa ensuite à Broca avant de devenir médecin de l'hôpital Saint-Louis, de 1906 jusqu'à sa retraite en 1924.

Les publications de M. Brocq sont très nombreuses. Rappelons qu'il fut le directeur des *Annales françaises de dermatologie et de syphiligraphie*. Il a publié un grand nombre d'ouvrages et de mémoires sur les maladies de la peau et leur traitement, parmi lesquels on doit citer le *Précis élémentaire de dermatologie* avec L. Jacquet, une étude sur la *Dermatite exfoliatrice* à laquelle il avait consacré sa thèse en 1882 et qu'il développa particulièrement au Congrès de dermatologie de 1889.

Citons encore le *Traitement des dermatoses*, le *Traitement des maladies de la peau*, la *Pratique dermatologique*, important Traité en quatre volumes dont il dirigea la publication avec Besnier et Jacquet, et enfin le *Traité de dermatologie appliquée*.

Brocq était avant tout un clinicien et un chercheur; il aimait passionnément la dermatologie et savait la faire aimer par ses élèves. D'une courtoisie parfaite avec ses confrères, bienveillant avec les jeunes, il sera profondément regretté par tous ceux qui l'ont connu.

F. L. S.

SUR L'ADÉNO-FIBROME DIFFUS DES DEUX SEINS

Par M. E. KIRALY,
Interne à l'hôpital Rothschild.

OBSERVATION (mai 1927). — Mme H..., âgée de vingt-sept ans, entre dans le service du docteur Hertz à l'hôpital de Rothschild, parce que ses deux seins ont considérablement augmenté de volume au point que la malade en est très gênée.

Un seul accouchement en 1923 sans la moindre suite pathologique. L'enfant a été allaité par la mère jusqu'à dix mois. Aucun phénomène anormal n'a troublé l'allaitement : ni crevasse du mamelon, ni abcès du sein; la malade prétend avoir conservé « la poitrine grosse » après le sevrage.

Les deux seins gros, mais de volume stationnaire jusqu'au mois de février 1927 (c'est-à-dire pendant près de quatre ans) subissent depuis cette date un accroissement rapide et progressif au point qu'ils présentent actuellement un aspect monstrueux.

A part la gêne et la pesanteur, la malade n'accuse aucun autre symptôme subjectif.

Il y a quinze jours, les deux seins sont devenus rouges « en une nuit » mais l'indolence persiste, malgré ce changement de coloration, lié probablement à une poussée congestive de cause indéterminée.

Antécédents. — Un seul accouchement, pas de fausse couche. Bien réglée (règles normales comme rythme et abondance). Pas de passé gynécologique, aucun trouble du côté de la sphère génitale. Pas d'antécédents pathologiques notables.

Actuellement : très bon état général, avec facies coloré, pas d'amaigrissement.

Les deux seins sont énormes, ils bombent en avant, et descendent en même temps jusqu'au dessous de l'ombilic. Ils sont uniformément rouges et cette coloration s'arrête nettement à la base d'implantation des seins. Circulation collatérale très marquée à la partie externe des deux glandes.

Le sein droit paraît un peu plus volumineux que le gauche.

A la palpation les deux seins hypertrophiés sont uniformément durs. Ils donnent la sensation d'une masse charnue, on ne peut pas délimiter les lobes mammaires.

Leur peau présente le phénomène de la peau d'orange.

La palpation est tout à fait indolore.

Les deux aréoles ont conservé leur forme et leur symétrie.

Les deux mamelons paraissent normaux sans trace de rétraction, ni suintement.

La recherche des adhérences profondes est malaisée, il nous semble qu'il n'y en a pas.

Un petit ganglion dur et indolore existe dans l'aisselle droite. Nous n'avons rien trouvé en faveur de la syphilis; il n'y avait pas non plus de troubles endocriniens.

Ne pouvant expliquer la cause de la rougeur uniforme des deux seins, coloration qui persiste depuis une quinzaine de jours, nous faisons à titre d'essai, le 28 et 30 mai deux piqûres de 4 centimètres cubes de propidon.

Les deux seins deviennent spontanément sensibles. La malade accuse une sensation de picotement, les seins changent rapidement de coloration; ils sont à peine rosés le 31 mai; la palpation est douloureuse.

Opération faite le 1er juin 1927 (docteur Hertz). — Anesthésie générale à l'éther.

Sein droit : incision arciforme sous-mammaire, remontant jusqu'à l'aisselle; en commençant à basculer la glande, on s'aperçoit :

1° Qu'elle est adhérente au muscle;

2° Que les ganglions sont plus nombreux qu'on ne le supposait;

3° Que la tumeur adhère aussi, plus qu'on ne le pensait, à la peau de la région sous-aréolaire.

On décide alors de faire une amputation du sein, au ras de la peau infiltrée.

Curage ganglionnaire de l'aisselle.

Suture de la peau par surjet continu au fil de lin. Drain.

N'étant pas fixé sur la variété anatomo-pathologique des lésions on décide d'intervenir ultérieurement sur le sein gauche.

Examen anatomo-pathologique du sein (docteur Lelièvre). — *A.* Examen microscopique des divers fragments de cette tumeur montre qu'on a affaire à une adéno-fibromatose diffuse du sein.

Les acini mammaires groupés en petits nodules sont essaimés dans un tissu conjonctif dense, fibreux.

Il y a de plus disparition presque complète du tissu adipeux.

Autour des acini, le tissu conjonctif a la structure d'un tissu ferme, à faisceaux conjonctifs grêles et épais, avec cellules nettes.

Plus extérieurement, du tissu fibreux dense. On ne trouve pas de trace de néoplasie épithéliale.

B. Les ganglions présentent une structure normale.

Le 13 juin : ablation du sein gauche avec conservation des muscles pectoraux. — La malade quitte l'hôpital le 23 juin.

*
* *

La tumeur éléphantiasique de la mamelle, qui est en réalité un adénofibrome diffus du sein (Lecène), est une affection rare. La lésion est presque toujours bilatérale, parfois unilatérale (Routier, Morestin).

La surface de section de la tumeur présente à l'œil nu un aspect blanchâtre, granuleux; elle est striée par places de fins canaux; à la périphérie, la tumeur glandulaire s'infiltre dans le tissu cellulo-graisseux péri-mammaire, sans qu'il y ait trace d'une capsule (Lecène, Baumgartner).

Les veines sont élargies, tandis que les artères sont normales.

D'après Lecène, la peau parfois un peu œdématiée et rugueuse est intacte et la tumeur ne lui adhère pas. Dans notre cas cependant nous avons trouvé des adhérences surtout manifestes vers la partie centrale de la tumeur,

La plupart des observations publiées et suivies de comptes rendus d'examens anatomo-pathologiques démontrent qu'il s'agit, en effet, d'adénofibrome diffus. Un certain nombre d'observations sont inutilisables parce qu'elles manquent d'examen histologique et que, d'autre part, elles se rapportent cliniquement à l'hypertrophie graisseuse ou à un état d'engorgement mammaire.

L'étiologie et la pathologie sont inconnues.

Delbet considère cet adéno-fibrome comme une anomalie et en fait l'homologue de la gynéco-mastie chez la femme.

Lecène le classe parmi les tumeurs bénignes (adéno-fibrome).

Caubert attache une grande importance au facteur hérédité (observations de Labarraque, Kocher et de Caubert, *Archives de médecine des enfants*, 1911).

Pauchet remarque (*Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. IV) que l'adéno-fibrome diffus du sein coexiste souvent avec la stase intestinale chronique.

Puech accuse l'irritation utérine.

Certains auteurs s'appuyant sur les expériences

d'Angel et Bonnin mettent au premier plan l'influence du corps jaune.

Patel signale un cas consécutif à la grippe (Shell, *Thèse de Lyon*, 1920).

Un fait est indéniable, c'est que cette tumeur ne s'observe que pendant la vie génitale de la femme.

D'autre part, on signale dans un certain nombre d'observations la coexistence de l'adéno-fibrome diffus de la mamelle avec des troubles de la menstruation due à diverses affections gynécologiques (kyste de l'ovaire, ovaire polykystiques, etc...)

Maximum de fréquence à la puberté, et à l'occasion d'une grossesse.

Delbet en a recueilli 40 observations : 13 gravidiques et 27 non gravidiques; Albert (*Journ. of the Americ. med. ass.*, oct. 1910), 70 cas dont 42 p. 100 gravidiques, 58 p. 100 non liés à la grossesse, entre onze et seize ans.

En ce qui concerne les hypertrophies gravidiques Marchal (*Thèse de Paris*, 1912) en a recueilli 35 observations dans la littérature : 10 ont débuté au moment de la puberté. L'hypertrophie a pris une extension considérable au moment de la grossesse.

Pour les 25 cas restants, dans 21 l'hypertrophie a été consécutive à la première grossesse, dans 3 autres à la troisième grossesse et dans un seul à la quatrième.

L'évolution se fait en deux périodes : le début est le plus souvent insidieux; les seins augmentent lentement et progressivement de volume, exceptionnellement il y a accroissement brusque.

La malade se plaint de fourmillements, de picotements, et accuse une sensation de gêne.

A la palpation, les seins sont fermes et élastiques et on constate l'hypertrophie des lobes.

A la deuxième période : la mamelle est le siège de petites poussées congestives; elle devient rosée, et pendante. les seins reposent sur l'abdomen. La peau revêt parfois l'aspect de la peau d'orange. Ses pores sont presque béants.

A la palpation : la fermeté et la résistance du début ont fait place à de la mollesse et à de l'empâtement. La masse tremblote comme une matière gélatineuse. Les signes subjectifs sont variables; il y a tantôt des douleurs, tantôt de l'indolence, mais presque toujours gêne considérable avec parfois altération de l'état général.

Evolution : l'hypertrophie pubère présente une évolution progressive, lente ou rapide, sans aucune tendance à la régression spontanée (Pasquier, *Thèse de Paris*, 1912).

L'hypertrophie gravidique présente une marche rapide, et régresse parfois partiellement après l'accouchement.

Traitement. — Le traitement médical échoue (iodures, etc...), le seul cas de guérison obtenue pas par des moyens médicaux est celui de Patel (Schell, *Thèse de Lyon*, 1920). Guérison par injections de lait.

Dans la plupart des cas prononcés, l'intervention chirurgicale devient inévitable.

Sauf en cas de lésion manifeste, les opérations sur l'appareil génital sont à rejeter. L'intervention consiste dans l'ablation simple de la mamelle. Morestin a pratiqué la résection discoïdale, mais il a eu une récidive d'un côté chez une de ces malades. Biehl (*Brun's beitrage zur klinischen chirurgie*, t. CXI, fasc. I, 1927, p. 52-57. « Le sarcome mammaire et ses rapports avec la fibromatose mammaire et les tumeurs bénignes de la glande ») conseille, en cas de fibromatose diffuse, l'extirpation sous-cutanée de toute la glande, en conservant le mamelon, et l'examen histologique immédiat par des coupes à la congélation. Les résultats peuvent être trompeurs et ce n'est qu'en pratiquant des coupes en séries sur toute la pièce, que l'on pourra découvrir en un endroit un début de transformation maligne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE 1928)

Discours du président. — M. Maurice HAMY prononce le discours d'usage. Il rappelle le souvenir des morts de l'année, Louis-Félix Henneguy, Guignard, Pierre Puiseux, Lorentz, Félix Lagrange, Luigi Bianchi et Theodore William Richards.

Palmarès. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne ensuite lecture du palmarès dont nous avons déjà publié les extraits intéressant les médecins. (p 1502 et p. 1617).

LIVRES NOUVEAUX

L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues (1), par René CRUCHET, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

En avril 1917, le professeur Cruchet faisait connaître la première relation connue de la maladie nouvelle qui allait bientôt faire tant parler d'elle sous le nom d'encéphalite léthargique.

Ce sont les observations mêmes qui ont servi de base à sa description originale que publie aujourd'hui l'auteur, avec les renseignements concernant l'évolution de la maladie chez le plus grand nombre de ceux qui, les premiers, l'ont attrapée.

Comme l'écrit le professeur Ch. Achard dans son éloquente préface, « découvrir une maladie nouvelle est toujours œuvre difficile et méritoire... La découverte du professeur Cruchet a conduit les neurologistes à reviser certains chapitres de leur nosographie et enrichi leur discipline de données fort instructives. On peut dire que les conséquences ont grandi la découverte...

« L'histoire de la médecine a toujours à gagner à posséder sur l'origine des créations nosographiques des pièces d'archives aussi précises que possible. Les précieux documents que le lecteur trouvera dans cet ouvrage seront à la fois pour la maladie de Cruchet un acte de naissance et un acte de baptême. »

Bien connaître l'encéphalite épidémique devient chaque jour plus difficile. Ce petit livre synthétique et clair sera, à ce sujet, consulté avec fruit. L. G.

(1) Un volume in-8 de 136 pages, avec 8 figures originales. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

TABLE DES MATIÈRES

1928

A

B

C

D

**

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES AUTEURS

1928

C

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE


SOCIÉTÉ
GALLOIS & Cie
41, BOULEVARD DES BROTTEAUX,
LYON
Vous accroîtrez votre notoriété,
Vous agrandirez votre clientèle,
Vous augmenterez le domaine scientifique.
en utilisant les
RAYONS ULTRA-VIOLETS
Vous aurez une installation simple, pratique et peu onéreuse avec les
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleurs à haut rayonnement ultra-violet. (Brevets Gallois et H. George)
La Société GALLOIS & Cie construit aussi un
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
pour
RAYONS INFRA-ROUGES
ainsi que des
NOUVELLES ÉLECTRODES
genre Mac Intyre, en quartz pur transparent pour applications combinées des courants à
Haute Fréquence
et des Rayons Ultra-violets (Brevet R. Gallois)
La Société Gallois et Cie se fait un plaisir de communiquer à MM. les Docteurs les résultats acquis par 20 années d'expérience et d'indiquer tous renseignements bibliographiques spéciaux aux rayons ultra-violets et infra-rouges.
Pub. Drouat Lyon